

Inhalt

Editorial:

Pessimisten küsst man nicht

Maik Herberhold 2

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie. Teil III: Integration in die Routinediagnostik

Franz Wienand 7

Systemische Therapie bei Depression im Kindes- und Jugendalter

Ingo Spitzcok von Brisinski 25

Knappe Ressource Lebenssinn

Religion und Werte bei Kindern und Jugendlichen heute

Friedrich Schweitzer 44

Medizinische Kinderschutzhotline

Tobias Heimann, Oliver Berthold & Vera Clemens 58

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 62

Kolumne:

Pharmakologische Behandlung: Bipolare Störungen – ADHS

Sind bipolare Störungen bei Kinder- und Jugendpsychiatern und ADHS
bei Nervenärzten unterdiagnostiziert?

Klaus-Ulrich Oehler 65

„KJP am Bodensee“ – eine neue Tagung für Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapie in Lindau

Franz Wienand 79

Hinweise für Autoren 85

Abonnement Forum 87

Beitrittserklärung zum Berufsverband BKJPP 88

Anzeigen 89

Mediadaten 94

Impressum 96

*Editorial:***Pessimisten küsst man nicht**

Wer mit heiterem Sinn das Leben ordnet,
Wer das stolze Geschick sich zwingt zu Füßen,
Wer das wechselnde Glück mit festem Auge
So betrachtet, daß nie ihm zuckt die Wimper,
Den beugt nimmer die Wut, das Dräu'n des Meeres,
Das bis tief auf den Grund die Woge aufwühlt,
Nie der Zorn des Vesuv, der immer neue
Schlote reißend im Bauch die Flamme wirbelt;
Der den ragenden Turm zermalmt, der Blitzstrahl
Selbst, er wird seinen Geist niemals erschüttern.

Boethius, Trost der Philosophie

Depression kann uns ergreifen, schauen wir „mit festem Auge“ unsere Realität an. Klimawandel und Klimawandelleugnung, Lüge und Wahnsinn als Grundlagen aktueller weltpolitischer Führung, Sterben und Hass auf die Überlebenden als „Eindringlinge“ ... – unsere Kinder und Jugendlichen täten gut daran, die Realität zu „verkennen“ oder zu ignorieren. Der US-amerikanische Psychologe Martin Seligman kommt in seinem Buch „Pessimisten küsst man nicht – Optimismus kann man lernen“ (München, Droemer Knauer, 1990, S. 140) zu dem Schluss, „dass nichtdepressive Menschen die Wirklichkeit zu ihren Gunsten entstellen und depressive Menschen die Wirklichkeit korrekt wahrnehmen.“

Wie passt das aber zum Krankheitsmodell der Depression, das u.a. (nach Beck) von einer „kognitiven Verzerrung“ bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression ausgeht? Plötzlich stehen wir mitten in einer Paradoxie, die direkt existenzielle und spirituelle Fragen berührt.

Im vorliegenden Heft beschäftigen sich drei Beiträge aus unterschiedlicher Perspektive mit diesem existenziellen Paradoxon, die Realität so wahrzunehmen, dass man in ihr optimistisch, konstruktiv, sogar gut gelaunt, kurz: nicht-depressiv leben kann. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass dieses Paradoxon gerade Kinder und Jugendliche wiederkehrend auf verschiedenen Stufen ihrer Reifung vor eine enorme Entwicklungsaufgabe stellt.

Spitzcok von Brisinski stellt von einer phänomenologischen Sicht der Depression ausgehend systemische Ansätze der Therapie dar. Im Sinne der vorliegenden Betrachtung nähern diese sich quasi „von außen“ dem depressiven Subjekt und zeigen, dass empirisch gesichert auch durch reine Veränderung des „Außen“, d.h. der Beziehungen und der Interaktion, das „Innen“, das subjektive Depressionserleben und das dadurch bedingten beobachtbaren Verhalten, verändert werden und Heilung erfolgen kann. Ich habe bewusst das etwas altertümlich anmutende Wort „Heilung“ benutzt, dazu später mehr.

Was passiert, wenn „Depression verschwindet“? Offenbar ersetzt eine neue Weltsicht die vorherige depressive Matrix der Weltwahrnehmung und Bewertung, vermutlich durch neue Erfahrungen, die das depressive Kind im Zusammenhang einer systemisch-therapeutischen Einflussnahme auf das engste Beziehungssystem erfährt.

Einerseits ist natürlich denkbar, dass Erfahrungen mit einem dysfunktionalen Familiensystem eine durchaus realistische, wenn auch „depressiogene“ Wahrnehmung der Lebenswelt bedingen und die objektive Veränderung des Familiensystems in ein „funktionales“ System ebenso realistisch wahrgenommen wird und dann einen nicht-depressiven Zustand erzeugt. Diese Sichtweise geht m. E. aber an dem zentralen Vorgang, der überhaupt aus einem „dysfunktionalen“ ein „funktionales“ System (sei es das Individuum, seien es aufeinander bezogene Individuen) macht, vorbei.

An dieser Stelle soll noch einmal Seligman (nomen est omen quasi seligmachend) zu Wort kommen (1990, S. 253): „Der Optimist erlebt ebenso viele Niederlagen und Tragödien wie der Pessimist, aber er bewältigt sie besser. (...) Der Pessimist scheint der Realität ausgeliefert zu sein, während der Optimist über eine starke Abwehr gegen die Realität verfügt, die ihm auch angesichts eines gnadenlos gleichgültigen Universums Zuversicht und Frohsinn ermöglicht.“ Nimmt man diese Sichtweise ernst, geht es gar nicht um Transformation von Dysfunktionalität in Funktionalität, sondern um die Fähigkeit zu Abwehr, Verleugnung, Ignoranz, ja Faktenresistenz – sozusagen das „Prinzip Trump“ als Psychotherapiemethode?

Seligman schießt m. E. über das Ziel hinaus, da er eine reduzierte Sichtweise der Realität hat. Und damit sind wir im Kern der oben angedeuteten Paradoxie, bzw. im Kern der durch jede Depression aufgeworfenen Frage: „Was ist real“?

In seinem unbedingt lesenswerten Büchlein „Gott denken – Ein Versuch über rationale Theologie“¹ stellt der Philosoph Holm Tetens den reduktionistischen „Naturalismus“ einen „rationalen Theismus“ gegenüber. Grundsätzlich sind seiner Darlegung nach beide Welterklärungen in sich logisch und ausreichend widerspruchsfrei, um als „rational“ durchzugehen. Beide sind allerdings in gleicher Weise und in letzter Konsequenz weder beweisbar noch widerlegbar. Naturalismus akzeptiert an der Stelle ein Erklärungsvakuum, an der ein rationaler Theismus Aussagen über „das Ganze der Wirklichkeit“ macht. Faszinierend macht Tetens in sauberer philosophischer Argumentation klar, dass nicht nur Letzteres, sondern auch der Naturalismus Metaphysik ist: „Der Naturalismus folgt nicht aus den Resultaten der Wissenschaften. Er ist selber eine metaphysische Position, indem er die Wissenschaft zur Metaphysik erhebt“². Das methodisch begründete bewusste Ablehnen (oder Ignorieren) von nicht-naturwissenschaftlich erforschbaren „Realitäten“ (die axiomatisch als „Hirngespinnste“, bzw. unbeweisbare Hypothesen aussortiert werden) ist zwar legitim, sagt aber eben nichts über die „wirkliche Realität“ aus.

Jede Psychotherapie arbeitet mit nicht direkt beobachtbaren Phänomenen wie Gedanken, Gefühlen, gar der „Seele“ oder dem „Unbewussten“. Selbst die Verhaltenstherapie, die sich entsprechend dem natur(alistisch)wissenschaftlichen Paradigma entsprechend „nur“ mit dem beobachtbaren Verhalten beschäftigen wollte, machte einen „cognitive turn“. Selbst systemische Therapie, die im Sinne des radikalen Konstruktivismus noch weiter ging, und die Realität selbst zur reinen „Wirklichkeitskonstruktion“ erklärt, arbeitet mit Systemen (und Individuen), denen sie im Letzten nicht ihre Realität abspricht, sondern allenfalls Bedeutungszuschreibungen, die wie Realität erscheinen und Wirkung entfalten, in Frage stellt. Jede Psychotherapie arbeitet explizit oder implizit mit „Ressourcen“, das heißt im Klartext Potentialitäten – im Kontext des Problems noch nicht (ausreichend) Gestalt gewordenen, also erst noch potentiellen, heilsamen Realitäten. Wo existieren die Ressourcen? Wo findet sich Resilienz in Zeit und Raum?

1: Holm Tetens (2015): Gott denken – Ein Versuch über rationale Theologie. 6. Auflage. Reclams Universal-Bibliothek Nr 19295. Stuttgart: Reclam.

2: Ebd., S. 15

Friedrich Schweitzer veröffentlicht in unserem Heft seinen Vortrag beim 6. Aachener Symposion der Stiftung ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, der sich mit der „knappen Ressource Lebenssinn“ und „Religion und Werten bei Kindern und Jugendlichen heute“ beschäftigt. Ausgehend von empirischen Befunden werden paradox erscheinende Ergebnisse deutlich, die wiederum die Frage aufwerfen, welcher Teil einer Wirklichkeit mit einer Frage überhaupt beleuchtet wird. Er zeigt, dass jedes Kind sich im Laufe seiner psychischen Entwicklung mit Metaphysik beschäftigt – und sei es schließlich mit der Übernahme einer dezidiert materialistischen Überzeugung –, so dass diese Dimension entwicklungspsychologisch hoch relevant ist. Das heißt nicht, dass etwas so unbeweisbar Metaphysisches wie „Spiritualität“ oder „Religion“ unabdingbar für eine gesunde psychische Entwicklung sei. Schweitzer weist aber darauf hin, dass „Lebenssinn“ eine (unabdingbare) Ressource ist.

Dies bedeutet für Psychotherapie, dass sie diese „Potentialität“ gerade bei Kindern und Jugendlichen, deren „Wesen“ ja zu einem großen Teil das „Noch-nicht-Gewordene“ ausmacht, dringend in den Blick nehmen muss. Die oben beschriebene existenzielle Paradoxie, dass funktionale sich von dysfunktionaler Weltwahrnehmung nicht in Bezug auf ihren „Realitätsgehalt“, sondern in Bezug darauf, welche Teile der Wirklichkeit wir annehmen und welche wir ausblenden wollen oder können, unterscheidet, hat direkte Auswirkungen auf den psychotherapeutischen Prozess egal welcher Provenienz oder Schule.

Franz Wienand lenkt den Blick in dem dritten Teil seines Überblicks der Projektiven Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf eine mögliche Methodik, direkt initial das nicht direkt Beobachtbare in der kindlichen Seele (was immer das sei) einer rationalen Behandlungsplanung zugrunde zu legen. Nicht verwunderlich, dass es in seinem Beitrag wiederum zentral um Ressourcen und Entwicklung geht. Interpretationen und Deutungen dienen diesen Zielen. Dieser Beitrag regt gerade in seiner Praxisnähe an, darüber nachzudenken, welches Paradigma wir unserer Tätigkeit zugrunde legen. Wie, glauben wir, Heilung erzielen zu können? Feuerbach hat in seiner berühmten Religionskritik Gott als „Projektion des menschlichen Wesens“ gekennzeichnet: „Gott ist dein höchster Begriff und Verstand, dein höchstes Denkvermögen... Was ich im Verstande als wesenhaft erkenne, setze ich in Gott als seiend: Gott ist das, was der Verstand als das Höchste denkt. Was ich aber als wesenhaft erkenne, darin offenbart sich das Wesen meines

Verstandes, darin zeigt sich die Kraft meines Denkvermögens“³. Sind wir als Psychotherapeutinnen also im wahrsten Sinne des Wortes mit dem Göttlichen beschäftigt, sind wir die eigentlichen modernen Seelsorger? Auf jeden Fall gehören Heilung und Heilungswunder zum zentralen Glaubenskern aller Religionen. Religion (oder Spiritualität) und Psychotherapie schöpfen in dieser Sichtweise aus der gleichen Quelle.

Pessimismus oder Depression korrelieren nicht mit der Menge an negativen Erfahrungen. Möglicherweise erleben Optimisten sogar (vorübergehend) mehr Rückschläge, geben dann aber oft nicht auf und erhalten sich die Chance auf letztendlichen Erfolg. Wenn der Pessimist die Zahl seiner Misserfolge zur Bestätigung seines Weltbildes heranziehen kann, kann der Optimist sich beim Defokussieren von den zwischenzeitlichen Misserfolgen und dem Blick darauf, dass schlussendlich doch „alles gut gegangen ist“ bestätigt fühlen.

Depression und Naturalismus sind in sich logische Welterklärungssysteme, aus meiner Sicht eher an den Rändern als im Kern mit kognitiven Verzerrungen behaftet. Optimismus und psychische Gesundheit sind ebenso rational begründet, erweitern allerdings Realität um Potentialität, Sinn, hilfreiche und konstruktive Zukunftserwartung.

Heilung setzt auf das, was noch nicht ist, sondern erst wird. Wäre der Mensch der Vorzeit ausschließlich Realist gewesen, gäbe es unsere moderne Welt sicher nicht. *Conditio humana* ist in besonderem Maße die Möglichkeit zur Phantasie, zum Entwurf, zum Erschaffen, was eben noch nicht Realität ist. Psychotherapie wird dann zur Heilung, wenn sie es schafft, Ganzheit im metaphysischen Sinne herzustellen.

Maik Herberhold

3: Feuerbach, Ludwig, Wilhelm Bolin (Hrsg.) und Friedrich Jodl (Hrsg.): Sämtliche Werke. Bd. VI, S.47f. Stuttgart, Frommann 1960 - 1964

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Teil III: Integration in die Routinediagnostik

Franz Wienand

Vorbemerkung

Der erste Teil dieser Serie (Forum 3/2018, S. 63-76) behandelte die Geschichte, die Prinzipien und die theoretischen Grundlagen der projektiven Diagnostik. Der zweite Teil (Forum 1/2019, S. 2-24) bot einen Überblick über die Vielfalt und das Potential projektiver Verfahren. (Quellenhinweis: Die Texte basieren auf Wienand (2016, 2019): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart).

Der vorliegende Beitrag behandelt die Frage, wozu und wie projektive Verfahren im Rahmen der Routinediagnostik in der kinder- und jugendpsychiatrischen und sozialpsychiatrischen Praxis eingesetzt werden können.

Diagnostik in unserem Fachgebiet zielt auf die Beantwortung folgender Fragen ab:

- Liegt überhaupt eine Störung von Krankheitswert vor?
- Wie stark ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen?
- Welche Risikofaktoren haben beim Zustandekommen der Störung zusammengewirkt?
- Welche protektive Faktoren und Ressourcen lassen sich bei den Patienten und in ihrem Umfeld finden und für die Behandlung nutzen?
- Wie ist der Stand eines jungen Menschen im Hinblick auf seine körperliche, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung im Vergleich mit Gleichaltrigen?

- Handelt es sich um eine strukturelle Störung der Persönlichkeitsentwicklung, um eine Traumafolgestörung oder um eine neurotische Störung vor dem Hintergrund spezifischer Konflikte?
- Welche Motive, Konflikte, Bedürfnisse und Ängste spielen eine Rolle?
- Wie erlebt der Patient seine Störung und welche Hoffnungen oder Befürchtungen hegt er im Hinblick auf eine Behandlung?
- Welche Übertragungen wirken auf die Beziehung des Patienten und seiner Familie zum Behandler bzw. zum Praxisteam ein?
- Wer erteilt welchen Behandlungsauftrag?
- Wie sind die Behandlungsvoraussetzungen einzuschätzen?
- Welcher Verlauf der Störung und welche Prognose sind zu erwarten?

Die verschiedenen Daten zur Erfassung menschlichen Erlebens und Verhaltens (Lehmkuhl 2013) entstammen der biologischen (somatischen, physikalischen) Ebene, der psychischen Ebene (die Erfassung des individuellen Erlebens, des Verhaltens und des kognitiven Potenzials) und der sozialen Ebene (Interaktion und Kommunikationsverhalten im familiären und sozialen Umfeld).

Subjektivität als Erkenntnisquelle:

Die Ergebnisse der unterschiedlichen diagnostischen Methoden der KJPP führen zu Daten von durchaus unterschiedlicher Qualität und konfrontieren uns mit dem *Ergänzungsgegensatz von objektiver und subjektiver Erkenntnis*:

- Dem wissenschaftlichen Ideal größtmöglicher Objektivität kommen nur diejenigen standardisierten psychometrischen Tests nahe, die über aktuelle Normen verfügen und deren Validität (Gültigkeit für das zu messende Merkmal) und Reliabilität (Messgenauigkeit) nachgewiesen sind. Aber selbst hier können mangelnde Beachtung des Manuals, Tendenzen des Untersuchers und Nachlässigkeit die Objektivität von Durchführung und Auswertung beeinträchtigen.
- Die Beurteilung der einzelnen Aspekte einer körperlich-neurologischen Untersuchung wird durch Erfahrung und das subjektive Erleben des Untersuchers beeinflusst.
- Fragebogen ergeben einen Selbstbericht, der von der aktuellen Verfassung der ausfüllenden Person, ihrer Bereitschaft zur Offenheit und von Tendenzen beeinflusst wird, die häufig durchaus bewusst sind, wie etwa

dem Wunsch, sich in ein möglichst gutes Licht zu setzen. Durchaus nicht alle Fragebögen verfügen über eine entsprechende Kontrollskala.

- Projektive Verfahren entstammen weit überwiegend der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts, verfügen entweder über gar keine oder über völlig veraltete Normen und sind üblicherweise weder in der Durchführung noch in der Auswertung oder Interpretation exakt standardisiert. Sie regen aber zu Assoziationen und damit zum kreativen Ausdruck auch unbewussten Materials (Bedürfnisse, Konflikte, Ängste) an, welches wiederum durch subjektive Einfühlung interpretiert und verstanden werden kann.
- Anamnesen beruhen auf Erinnerungen, die, wie wir wissen, bei jedem Abruf neu konstruiert und somit von unbewussten Tendenzen beeinflusst bzw. verfälscht werden: „Mit Erinnerungen ist es wie mit Juwelen – die falschen funkeln immer am schönsten“ (Salvador Dali, nach Fellmann 2019, S. 24).
- Wohl das größte Ausmaß an Subjektivität findet sich bei der (in den psychodynamischen Therapieschulen besonders bedeutsamen) Beurteilung der „Szene“, also der Art und Weise, mit der ein Patient und seine Familie mit dem Untersucher Kontakt aufnimmt. Die genaue Beobachtung dieser Begegnung und der darin verborgenen Appelle, Bedürfnisse und Widersprüche mitsamt der resultierenden Gegenübertragung stellt eine wertvolle, aber höchst subjektive Informationsquelle dar. So weisen etwa die Vermittlung von Nähe und Vertrautheit, erlebte Ratlosigkeit und der Wunsch nach sofortiger Hilfe auf aktivierte Bindungsbedürfnisse hin, während fühlbare Distanziertheit für Scheu und Hemmung, aber auch für Misstrauen und Skepsis stehen kann.

So stellt sich bei genauer Betrachtung die Forderung nach größtmöglicher Objektivität in der Psychodiagnostik als ein Phantasma heraus. Subjektivität vermeiden zu wollen hieße, zwischenmenschliche Beziehung, Empathie und Verständnis zu eliminieren. Das Gegenteil von Objektivität ist jedoch nicht Willkür, sondern Reflexion und Kontrolle von Subjektivität. Auf die ganzheitliche Erfassung eines jungen Menschen ausgerichtete Psychodiagnostik stellt einen heuristischen Suchprozess dar, bei dem objektive und mehr oder weniger subjektive Hinweise, Erkenntnisse und Befunde zu Hypothesen führen, die im weiteren diagnostischen Prozess überprüft, erweitert, widerlegt oder bestätigt werden können.

Kinder sind ihren Familienangehörigen gegenüber stets loyal, Liebe und Rücksichtnahme erschweren den direkten Ausdruck von Frustration und von ambivalenten, aversiven oder aggressiven Gefühlen, die ja auch nicht immer bewusst sein müssen. Projektive Verfahren geben dem Patienten Gelegenheit, seine Ahnungen, Befürchtungen, Ängste und Konflikte und damit sein Erleben und seine Emotionalität symbolisch darzustellen. Sie bieten so eine Bühne für das, was nicht gesagt werden kann oder darf. Die Anregung zum Malen, zum Spiel oder zum Erzählen von Geschichten ist kindgerecht, regt die Funktionslust junger Menschen an und erlaubt nicht zuletzt einen Blick auf Ressourcen wie Phantasie, Gestaltungskraft und Kreativität, die mit den herkömmlichen diagnostischen Methoden nicht unbedingt erfasst werden. Sie liefern einen Blick auf das innere Erleben eines jungen Menschen, darauf, wie er sich und seine Welt und sich in seiner Welt sieht.

Die wichtigsten diagnostischen Zielsetzungen projektiver Verfahren zeigt die nachstehende Übersicht:

Verfahren	<i>zielt auf:</i>
Satzergänzungstests (z. B. Rauchfleisch 2001)	Kontaktanbahnung, Erweiterung der Exploration, erste Hinweise auf Konflikte und Probleme, Grundlage des Familiengesprächs
Wunschprobe (Wilde 1950) 10-Wünsche-Phantasiespiel (Klosinski 1988)	Erweiterung der Exploration, Akzentverschiebung in Richtung auf Lösungen, Ressourcen und Bedürfnisse
Baumzeichnung (Koch 1949), Haus-Baum-Mensch-Test (Buck 1948)	Graphomotorische Kompetenz, Gestaltauffassung, Entwicklungsstand, Sorgfalt, Selbstbild, Bindungsaspekte, Sicht auf die Familie
Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test (Lutz 2007)	zusätzlich noch Aspekte der Vitalität und Umgang mit Aggression
Familie in Tieren (Brem-Gräser 1957), Verzauberte Familie (Kos & Biermann 1973)	Familienbeziehungen, Geschwisterrivalität, Macht- und Dominanzstreben, Selbstwert, Beziehung der Eltern, Zugehörigkeit vs. Isolation
Wunschfamilie in Tieren (Wienand 2016)	Lösungs- und zielorientierte Phantasie, was in der Familie fehlt aus Sicht des Kindes

Verfahren	zielt auf:
Sterne-Wellen-Test (Avé-Lallemant 1978)	Hinweise auf Belastungen, Beziehung zwischen Über-Ich und Unbewusstem, Umgang mit Angst und Bedrohung
Düss-Fabelmethode (Düss 1942) (4-10 Jahre)	Phasentypische intrapsychische und innerfamiliäre Konflikte
Picture Frustration Test (Rosenzweig 1945)	Umgang mit Frustration, Widerständen, Aggression und Hemmungen
Schweinchen-Schwarzfuß-Test (Corman 1977, 1995) (Vorschul- und Grundschulalter)	Getrennte Erfassung von Motiven/Triebtendenzen und Abwehr/Hemmung am Beispiel intrapsychischer und innerfamiliärer Konflikte
Thematischer Apperzeptionstest (Morgan & Murray 1935) (ab dem Grundschulalter)	Verbale Kompetenz und Phantasie, Motive wie Ehrgeiz, Bindung, Aggression, Vermeidung im Umgang mit Anforderungen, Zwängen und Einschränkungen („needs and press“)
Kinder-Apperzeptions-Test (Bellak & Bellak 1949) (Vor- und Grundschulalter)	Weiterentwicklung des TAT mit Tierzeichnungen: Alters- und entwicklungsbezogene Konflikte von Kindern
Scenotest (von Staabs 1964)	Freie Darstellung der inneren und äußeren Situation eines Kindes, seiner Bedürfnisse, Ängste und Konflikte

Anwendung der projektiven Verfahren:

Es hat sich bewährt, aus der Vielfalt projektiver Verfahren (p. V.) eine persönliche Auswahl zu treffen und mit eher wenigen Tests Erfahrungen zu sammeln, die sinnvollerweise in Fallbesprechungen, Intervisions- und Supervisionsgruppen vertieft werden. *Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen* ist zu empfehlen, p. V. in den probatorischen Sitzungen anzuwenden, um so wertvolle zusätzliche Informationen für die Antragstellung und Behandlungsplanung zu sammeln. In der *kinder- und jugendpsychiatrischen und sozialpsychiatrischen Praxis* folgt in der Regel auf die Erhebung der Anamnese und die Exploration des Patienten eine umfassende Psychodiagnostik. Diese kann eher eng und störungsbezogen oder breit angelegt sein, sollte aber grundsätzlich den Entwicklungsstand, die Intelligenz, eventuelle Teilleistungsstö-

rungen und die emotionale Situation und die Ressourcen eines Kindes zu erfassen versuchen.

Als ein mögliches Beispiel für die Integration projektiver Verfahren ist nachstehend das Vorgehen in der Praxis des Verfassers dargestellt:

Für das *Erstgespräch* sind etwa 60 Minuten vorgesehen. Es beginnt gemeinsam mit Mutter/Vater und Kind und der Erkundigung nach den Gründen für die Vorstellung. Daran schließt sich ein Gesprächsabschnitt mit dem Kind oder Jugendlichen alleine an, in dem es um seine Sicht auf die Problematik geht. Während der Arzt anschließend die Familien- und Eigenanamnese mit den Eltern erhebt, führt die Psychologin/SPV-Mitarbeiterin mit dem Kind die Zeichentests „Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test“ und „Familie in Tieren“ durch und lässt es den Scenotest aufbauen, der besprochen und (zusammen mit dem Kind) fotografiert wird. Manche Patienten brauchen dafür sehr lange, dann wird diese Diagnostik beim nächsten Termin fortgesetzt, allerdings sollten die vorliegenden Zeichnungen dann noch kurz besprochen und gekennzeichnet werden.

Am Ende des Erstgesprächs teilt der Arzt der Familie seinen ersten Eindruck bzw. seine Hypothese mit, worum es gehen mag, und bespricht (und begründet) die Planung der Diagnostik. Die Eltern erhalten die Child Behavior Checklist (CBCL), das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) und gegebenenfalls spezifische symptombezogene Fragebögen, bei getrennt lebenden Elternteilen für beide Eltern, sowie bei Schulproblemen auch ein Formular, mit dem sie die Lehrer um einen schulischen Entwicklungs- und Verhaltensbericht bitten.

Zu den routinemäßig eingesetzten *Fragebogenverfahren*, aus denen für jeden Patienten eine Auswahl getroffen wird, gehören ein Satzergänzungstest, der Youth Self-Report (YSR 11-18), das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) bzw. das Beck Depressionsinventar (BDI), der Angstfragebogen für Schüler (AFS), der über eine Kontrollskala zur Sozialen Erwünschtheit verfügt, bzw. der Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI) und der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK 9-14) bzw. der Mehrdimensionale Persönlichkeitstest für Jugendliche (MPT-J) oder das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R).

Spezifische symptombezogene Fragebogen wie ADHS-Listen, das Verhalteninventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen (BRIEF), der Anstrengungsvermeidungstest oder Fragebögen zu Essstörungen kommen je nach Fragestellung dazu.

Das umfangreiche Material füllen die Patienten in der Regel in der Praxis im Anschluss an einen oder zwei der diagnostischen Termine aus. In Einzelfällen geben wir zuverlässig wirkenden Jugendlichen die Fragebögen oder zumindest einen Teil davon mit nach Hause mit der expliziten Auflage an die Eltern, dass sie die ausgefüllten Bögen nicht einsehen dürfen.

Zum nächsten Termin für die „*emotionale Diagnostik*“, für den 45 Minuten angesetzt sind, kommen die Patienten alleine und bringen im Idealfall die ausgefüllten Fragebögen mit. Zu Beginn knüpfe ich an auffallende Antworten im Satzergänzungstest an und erkundige mich dann nach den Vorlieben und Ressourcen des Patienten (*lösungsorientierte Exploration*). Die *Wunschprobe* fokussiert auf Bedürfnisse und Lösungen und leitet über zur Besprechung der *Zeichentests*. Die Geschichte, die der Patient zum *Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test* (BHFWM) erzählt, nehme ich mit einem Diktiergerät auf. Es folgt der *Picture Frustration Test* (PF), dessen Items ich mit lebendiger Betonung vorlese, während die Antworten des Patienten aufgenommen und später getippt werden, was die Durchführung erleichtert und vor allem Zeit spart.

Abschließend führe ich den *Thematischen Apperzeptionstest* (TAT) durch. Aus den insgesamt 31 Tafeln des Tests habe ich eine Auswahl von etwa 12-14 Tafeln für beide Geschlechter zusammengestellt, die ich der Reihe nach vorlege mit der Bitte, der Pat. möge eine möglichst spannende Geschichte dazu erzählen, wie es zu der dargestellten Situation kam, was die Personen machen und denken und wie es wohl weitergehen wird. Wenn er mit der Geschichte fertig ist, möge er die Tafel umdrehen und ablegen. Tafeln, die nur für das andere Geschlecht gedacht sind, lege ich auf den Stapel. So bleibt die Reihenfolge erhalten und ich muss nicht jedes Mal neu auswählen und sortieren. Wenn die Geschichten sehr ausführlich geraten, bitte ich den Patienten auch schon einmal, eine kurze Geschichte zu erzählen.

Es ist mit etwas Routine und zügigem, konzentriertem Vorgehen durchaus möglich, dieses diagnostische Programm in 45 Minuten zu absolvieren, allerdings gelingt das nicht, wenn es aus klinischen Gründen notwendig oder sinnvoll ist, dem Patienten viel Raum zum Gespräch zu bieten. Dann wird ein zusätzlicher Termin erforderlich.

Der nächste Termin (oder die nächsten Termine) zu je 90 Minuten für die *Leistungsdiagnostik* findet vormittags statt, durchgeführt werden dann je nach Fragestellung und Alter die K-ABC-II, der Wechsler-Intelligenztest und ergänzende Tests auf Teilleistungsstörungen sowie bei Bedarf die körperlich-neurologische Untersuchung.

Dr.med. Dipl.-Psych. Franz Wienand, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 71034 Böblingen			
Psychologische Untersuchung von: geb.; J., am:			
Fragestellung	Schule:		
Symptomatik:			
CBCL			
YSR			
Anamnese/ Familie:			
Eigen-A:			
Verhalten:			
DIKJ: PR=	BDI:		
AFS: PA:PR=	MA:PR=	SU:PR=	SE:PR=
AVT: P: PR=	AV: PR=		
SET/Exploration:			
WP:			
BHFWM:			
FiT:			
TAT:			
Sceno:			
Intelligenz:	<input type="radio"/> KAB-C-II		
	<input type="radio"/> WISC-V		
speziell:	<input type="radio"/> WAIS-IV		
	<input type="radio"/>		
Entwickl/ Neurol.:			
Beziehung:			
Ü/GÜ			
Psycho- dynamik:			
Diagnose:			
ICD 10.:			
Therapie- empfehlung:			
<small>Übersicht Psychol Untersuchung 6-2019 06/19 © Dr. Wienand Böblingen www.praxis-wienand.de</small>			

Für *ergänzende Untersuchungen* (Motodiagnostik, neuropädiatrische Untersuchung mit EEG, Qb-Test, EKG, Labor etc.) wird der Patient überwiesen.

Die *Auswertung, Zusammensicht und Interpretation* aller erhobenen Befunde und vorliegender Daten einschließlich Schulbericht, Arzt- und Klinikbriefen erfolgt kurz vor der abschließenden Besprechung der Diagnostik mit Eltern und Patient. Als sehr nützlich hat sich dabei ein Übersichtsblatt (s. li.) erwiesen, in das alle relevanten Befunde auf einer Seite eingetragen werden und das die Grundlage des *Auswertungsgesprächs* (und des Arztbriefes) bildet.

Die Bedeutung der Befundbesprechung:

Den Auftakt der Befundbesprechung bildet die Frage an den Patienten und die Eltern, was denn schon alles seit der Erstvorstellung in der Praxis besser geworden ist. Damit entsteht in der Regel (manchmal muss ein wenig nachgeholfen werden) ein positives Klima und die verständliche Nervosität in der Familie kann nachlassen. Dann gehe ich auf die aus Patientensicht vermutlich wichtigen, eher positiven Aspekte der Diagnostik ein. Jugendliche bleiben, wenn sie möchten und die Eltern nichts dagegen haben, während des ganzen Gesprächs dabei. Kinder bitte ich, im Wartezimmer zu warten, weil ich mit den Eltern auch alleine sprechen möchte. Ich bitte aber grundsätzlich die Patienten um ihr Einverständnis, den Eltern ihre Bilder zeigen zu dürfen. Wenn sie nicht einverstanden sind, unterlasse ich das selbstverständlich. Am Ende des Gesprächs, wenn es um die Therapieempfehlung geht, ist das Kind wieder dabei.

Es ist wichtig, im Auswertungsgespräch die unterschiedliche Datenqualität zu betonen und klarzustellen, dass Fragebogen ein (bewusstes) Selbst- bzw. Fremdbild liefern und die projektiven Verfahren zu begründeten Hypothesen führen, die im Gespräch mit den Eltern überprüft und validiert oder abgewandelt werden müssen. Das setzt meine Bereitschaft voraus, Bedenken, Einwände und Argumente der Eltern ernst zu nehmen, mich damit auseinanderzusetzen und meine Annahmen gegebenenfalls zu revidieren. Die Interpretation der Befunde ist somit erst nach ihrer Erörterung mit der Familie abgeschlossen.

Die Darlegung der erhobenen Befunde und sich daraus ergebenden Überlegungen erfordern eine ausgesprochen behutsame, aber dennoch klare und verständliche Sprache, die Anklagen und Schuldzuweisungen vermeidet, aber auch nichts beschönigt. Das übergeordnete Ziel besteht darin, dem jungen

Menschen zu vermitteln, dass er verstanden wird, und den Eltern zu erklären, wie ihr Kind sich selbst, seine Welt und seine Familie und seine Beziehungen sieht, welchen Zwängen es sich ausgesetzt fühlt, welche seiner Bedürfnisse zu kurz kommen und wie ein Weg gefunden werden kann, dass seine Situation besser wird. Die *Besprechung der Familienzeichnung* ist dabei ein manchmal konfrontatives, in der Regel aber sehr hilfreiches Mittel, den Eltern zu zeigen, wie ihr Kind sich in seiner Familie erlebt.

Die Reaktion der Familie und des Patienten in diesem Gespräch ist eine ergänzende diagnostische Information und mit entscheidend für die Empfehlung zu einer bestimmten Therapiemethode. Während die *Indikation* zu einer stationären oder teilstationären Behandlung vom Ausmaß und der Schwere der Symptomatik, der Eigen- oder Fremdgefährdung und vom Grad der Belastung der Familie abhängt, empfiehlt es sich für die Indikationsstellung zu einer ambulanten Therapiemethode, die Behandlungsvoraussetzungen der OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016) zu prüfen. Dazu gehören subjektive Dimensionen (Schweregrad der Beeinträchtigung, Krankheitshypothesen, Leidensdruck und Veränderungsmotivation), Ressourcen (Beziehungen zu Gleichaltrigen, außerfamiliäre Unterstützung, intrapsychische und familiäre Ressourcen) und spezifische Therapievoraussetzungen (Einsicht in bio-psycho-soziale Zusammenhänge, spezifische Behandlungsmotivation, Krankheitsgewinn sowie Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit).

Werden meine Befunde und Annahmen offen angenommen, kritisch reflektiert und auch emotional akzeptiert oder abgewehrt und wegdiskutiert? Ist ein jugendlicher Patient und sind die Eltern eines Kindes interessiert daran, sich über die Bedeutungen des Erlebens und Verhaltens, auch unbewusster Motive und Zielsetzungen klarer zu werden oder geht es ihnen vorwiegend um rasche Veränderungen auf der Verhaltensebene? Sind die Betroffenen bereit, auch ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und zu verändern oder sieht die Familie die Ursache der Problematik in der Außenwelt, etwa bei den Lehrern oder den falschen Freunden?

Gerade die spezifischen Therapievoraussetzungen lassen sich in einem ausführlichen Gespräch über die erhobenen Befunde und Zusammenhänge gut beurteilen und sind wichtig für die Indikationsstellung zu einer klärungsorientierten (psychodynamischen) oder einer bewältigungsorientierten (kognitiv-behavioralen) Therapieform (Senf/Broda 2012, S. 36).

Der *Arztbrief* fasst Anamnese, Befunde, Beurteilung und Empfehlung in einem schlüssigen Resümee zusammen (vgl. Wienand 2012).

Die mit Hilfe der projektiven Diagnostik gefundenen Hypothesen, Erkenntnisse und Zusammenhänge fließen schließlich in die *Therapieplanung* ein. Sie geben Hinweise auf die geeignete Methodik (einsichts- bzw. klärungs- oder bewältigungsorientiert), auf anzustrebende Therapieziele und auf die passenden Interventionsformen (mehr stabilisierend oder mehr konfrontativ) und lassen unter Umständen auch eine vorläufige Einschätzung der Prognose zu.

Fallbeispiel:

Das beschriebene diagnostische Vorgehen sei abschließend an einem klinischen Beispiel demonstriert:

Die gerade 17-jährige Jugendliche wird mir von ihrer besorgten Mutter auf ihren eigenen Wunsch hin vorgestellt.

Zur *Symptomatik* beschreiben beide eine sich allmählich steigende depressive Entwicklung, die vor etwa einem Jahr begonnen habe, mit einer erheblichen Minderung des Antriebs, weitgehendem Verlust von Lebensfreude und Motivation, sozialem Rückzug, verloren gegangenen Selbstvertrauen, Kopfschmerzen und Einschlafstörungen.

Als *Belastungsfaktoren* wurden Konflikte mit dem älteren, impulsiven Bruder beschrieben, der an ADHS leide, die Trennung der Eltern vor eineinhalb Jahren und eine massive Belastung der allein erziehenden Mutter, die aus beruflichen Gründen in der letzten Zeit nur am Wochenende in der Familie sein konnte.

An *Ressourcen* der Jugendlichen wurden ihre soziale Kompetenz, ihre Empathie, eine rasche Auffassungsgabe, ein hoher Ehrgeiz, ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit auch in den Fremdsprachen, ihr Interesse an kulturellen Themen und eine ausgeprägte Kreativität beschrieben.

Zur *familiären Situation* wurden seit Jahren bestehende Konflikte der Eltern berichtet, die Mutter habe sich kaum unterstützt und von ihrem Mann allein gelassen gefühlt. Der Vater lebe im Ort, die Kinder hätten regelmäßig Kontakt. Die Mutter sieht große Ähnlichkeiten zwischen sich und ihrer Tochter.

Die *Eigenanamnese* wurde in jeder Hinsicht als zeitgerecht und unauffällig beschrieben, sie habe sich in allem früh entwickelt, problemloser Kindergar-

tenbesuch, sehr gute Leistungen am Gymnasium, keine sozialen Probleme, vielseitige Interessen.

Wesentliche Befunde: Körperlich altersentsprechend entwickelte und sehr gepflegte, aber jünger wirkende Jugendliche, Brillenträgerin, die über eine sehr gute Sprachkompetenz und ein ausgezeichnetes Allgemeinwissen verfügt. In der Testsituation arbeitet sie ehrgeizig, sich dabei unter Druck setzend und zunehmend gestresst wirkend mit. Emotional wirkt sie belastet, aber offenkundig bemüht, sich nicht allzu viel davon anmerken zu lassen.

Im Gespräch beschreibt sie offen, dass sie sich viele Gedanken und Sorgen, vor allem um ihre Zukunft mache, und dass sie ihr Selbstvertrauen weitgehend verloren habe. So sei sie davon überzeugt, dass sie ihre guten Noten im Grunde gar nicht verdiene. Sie sei harmoniebedürftig, möchte es allen recht machen und niemanden enttäuschen. Sie sei zwar depressiv und denke gelegentlich an Suizid, würde es aber nicht tun. Sie beschreibt sich selbst als ehrgeizig, vernünftig und kontrolliert, sie werde praktisch gar nicht ärgerlich oder wütend.

In den *Fragebogen* (BDI, FPI-R, FEEL, EDI-2), die nicht ganz offen ausgefüllt wurden, schildert sie eine ausgeprägte depressive Verstimmung ohne aktuelle Suizidalität, ein gesteigertes Harmoniebedürfnis, das Gefühl von Ineffektivität, eine überdurchschnittliche soziale Unsicherheit und Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit und Bedürfnisse.

Die projektive Diagnostik umfasste folgende Verfahren: Satzergänzungstest, Wunschprobe, Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test, Familie in Tieren, Picture Frustration Test, Scenotest und Thematischer Apperzeptionstest. Im *Satzergänzungstest*, in dem sie sich sehr bedeckt hält und allgemeine Aussagen macht, zeigt sich ein Konflikt zwischen Verschlossenheit und Kontrolle einerseits und dem Wunsch, verstanden zu werden auf der anderen Seite: Diesen Fragebogen „*finde ich irgendwie doof*“ und die Erwachsenen „*verstehen mich nicht*“. Sie zeigt sich nicht und leidet darunter, nicht gesehen zu werden. Auch im Scenotest versteckt sie sich: Sie umstellt den Fuchs mit Bäumen und kommentiert lakonisch: „*Ein Fuchs schleicht durch den Wald*“.

In der *Wunschprobe* deutet sich eine narzisstische Thematik an, aber auch ein Konflikt zwischen dem Wunsch nach Erregung und dem nach Entspannung: Sie würde gerne fliegen und durch die Zeit reisen können, etwa in historisch aufregende Situationen, aber auch die Zeit anhalten können, um durchzuatmen und sich von dem Schuldruck zu erholen.

Im *BHFWM-Test* zeichnet sie mit zartem Strich in die linke untere Bildhälfte eine Art Blockhütte, ins Blattzentrum ein Lagerfeuer mit heller Flamme und in die rechte Bildhälfte einen Fluss. Sie sitzt entspannt am Stamm eines Baumes, der am Ufer steht. Sie erzählt dazu: *Das Mädchen lebt allein in der Hütte, geht gerne zum Fluss und war baden, und ist aus dem Wasser raus gekommen und hat sich umgezogen und weil's ein bisschen kälter geworden ist hat sie sich ein Lagerfeuer angemacht und dann hat sie sich noch untern Baum gesetzt. (Und wie geht's dann weiter?) Die bleibt dann noch ein bisschen sitzen und irgendwann geht dann das Feuer aus und dann schaut sie sich die Sterne an.* Sie malt und beschreibt eine Situation der Ruhe und Entspannung. Im Anlehnen an den Baum könnte sich ein Beziehungswunsch bei erlebter Einsamkeit andeuten, vielleicht auch eine positive Übertragung auf den Untersucher.

Im *FiT* zeichnet sie die Kinder in die linke, die Eltern in die rechte Bildhälfte: Sich selbst stellt sie als einen Delphin dar, der aus der linken unteren Bildecke zur Mitte hin springt, vor sich den Bruder, der ein kleiner bunter Papagei ist und nach rechts zur Mutter schaut, die als sitzender Wolf wiederum den Papagei fixiert. Am rechten Bildrand, dem Betrachter zugewandt, sitzt der Vater als zotteliger Bär. *Delphine sind schon immer meine Lieblingstiere, die sind schlau, sozial, friedlich und elegant, die leben nicht nur, sondern die begreifen auch was. Der Papagei-Bruder (da hat noch ein bisschen Farbe gefehlt) ist nervig und laut. Der Wolf (die Mutter) ist ein Einzelgänger und auch friedlich. Der Vater-Bär ist groß, beschützerisch, vielleicht auch ein bisschen ungeschickt.* In der *Wunschfamilie in Tieren* drückt sie ihren Wunsch nach familiärer Ordnung, aber auch die Zuordnung der Kinder zu jeweils einem Elternteil aus: Sie zeichnet eine Löwenfamilie, in deren Zentrum die Mutter am Boden ruht. Links neben ihr der Vater, neben dem außen der Sohn steht, dessen Mähne sich schon andeutet. Sie selbst sitzt rechts neben der Mutter. Alle Tiere schauen ruhig und zufrieden zum Betrachter.

Im *Picture-Frustration-Test PF* liegen ihre Werte in den Skalen „extrapunitiv“ und „ego-defense“ im unterdurchschnittlichen Bereich. Überdurchschnittliche Scores erreicht sie in den Skalen „impunitiv“, „obstacle-dominance“ und „need-persistence“. Es fällt ihr also schwer, Aggression nach außen zu wenden und sich gegen Angriffe zur Wehr zu setzen. Sie versucht, Konflikte zu vermeiden und bewertet hindernde Umstände sehr stark. Zugleich beharrt sie auf ihren Bedürfnissen.

Die Geschichten des *TAT* wirken auffallend konfliktfrei, was sich am deutlichsten in der Tafel 11 zeigt, die dem Gemälde Drachenschlucht von Arnold

Böcklin nachempfunden ist: *In einer Höhle lebt ein Drache, und zu ihm zu Besuch kommen immer Hunde, und dann freut er sich immer, wenn sie zu Besuch kommen, und sie spielen zusammen.* Auch in Tafel 4, die einen wütend entschlossenen Mann zeigt, der sich von einer Frau loszureißen versucht, wird die offenkundige Trennung und damit die Aggression verleugnet: *Das Mädchen darf eigentlich den Jungen nicht sehen, weil ihre Eltern ihn nicht mögen, und deshalb müssen sie immer aufpassen, wenn sie zusammen sind, aber wenn sie zusammen sind, sind sie glücklich, und, ja.* Ebenso in der Geschichte zur Tafel 13MF, auf der eine halbentblößte, tot wirkende Frau im Bett liegt, während im Vordergrund ein angezogener Mann steht, der sich den Arm vor die Augen hält: *Das Ehepaar hat zusammen in dem Bett geschlafen und es ist früh morgens, und deshalb muss der Mann aufstehen und zur Arbeit gehen, aber er will seine Frau nicht aufwecken und lässt sie deshalb schlafen und macht sich alleine fertig und geht zum Geschäft.* Hier scheint nicht nur die offenkundige Aggression, sondern auch Sexualität verleugnet und damit abgewehrt zu werden.

An weiteren Themen zeigen sich im TAT die Spannung zwischen Bindung und deutlichen Autonomietendenzen sowie zwischen Leistungsehrgeiz/Anstrengungsbereitschaft und dem Wunsch nach Entspannung.

Zur Gegenübertragung: Ich empfinde die Diskrepanz zwischen ihrer körperlichen Reife und ihrer noch kindlichen Ausstrahlung irritierend und habe den Eindruck, ich solle sie schonen und noch das kleine Mädchen in ihr sehen, während sie mir zugleich zu zeigen versucht, wie vernünftig und kontrolliert und kompetent sie ist. Sie spricht mich an, zugleich wird mir aber bewusst, dass ich darauf achten muss, die Not und Verzweiflung und die Bedürfnisse zu sehen, die sich unter ihrer kompetenten Selbstdarstellung verbergen.

Begabungsdiagnostik: Die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit liegt mit einem Gesamt IQ von 118 im WAIS-IV im überdurchschnittlichen Bereich (Normbereich 85-115). In der Skala Sprachverständnis erzielt sie 118, in der Skala wahrnehmungsgebundenes logisches Denken 126 Indexwerte. Demgegenüber sind ihre Ergebnisse in den Skalen Arbeitsgedächtnis mit 100 und Verarbeitungsgeschwindigkeit mit 103 völlig durchschnittlich. Möglicherweise ist sie daher nur eingeschränkt imstande, die Stärken im Sprachverständnis und insbesondere im wahrnehmungsgebundenen logischen Denken vollständig zur Geltung zu bringen.

Aus der Zusammenschau der vorliegenden diagnostischen Informationen lassen sich die folgenden *psychodynamischen Hypothesen* ableiten, die ich mit Mutter und Tochter gemeinsam bespreche:

- Es bestehen zentrale Konflikte zwischen dem Wunsch nach Erfolg und Bestätigung einerseits gegenüber dem Bedürfnis nach Entspannung und Freiheit von Leistungsanforderungen auf der anderen Seite;
- Es bestehen zentrale Konflikte zwischen Bindungswünschen und alterssprechenden, aber noch gehemmten Autonomiebestrebungen sowie Identitätskonflikten, die mit Selbstunsicherheit, dem Erleben fehlender Selbstwirksamkeit und einer sozialen Unsicherheit tun haben.
- Das Erleben und der Ausdruck von Aggression und vermutlich auch von sexuellen Wünschen erscheinen stark gehemmt bis hin zur Verleugnung. In Konfliktsituationen kann sie sich daher selbst schlecht verteidigen, nimmt Hindernisse rasch als unüberwindlich wahr und versucht, Konflikte zu vermeiden, ohne allerdings auf die Durchsetzung ihrer Bedürfnisse verzichten zu wollen.
- Aufgrund ihrer starken Selbstkontrolle und Aggressionshemmung ist die Durchsetzung ihrer Wünsche und Bedürfnisse erschwert.
- Auch fällt es ihr schwer, sich von ihren hohen eigenen Ansprüchen und den Erwartungen ihrer Umwelt zu distanzieren mit der Folge, dass sie sich selbst stark belastet bis überfordert.
- Es resultiert eine depressive Entwicklung bei einer überdurchschnittlich klugen und vielseitig begabten Jugendlichen, die sich offenbar vor dem Hintergrund der beschriebenen familiären Umstände und Belastungen sowie unter dem Druck der schulischen und entwicklungsbedingten Anforderungen ausgebildet hat.
- Das Strukturniveau erscheint bei guten personalen und sozialen Ressourcen insgesamt hoch, es finden sich keine Hinweise auf strukturelle Einschränkungen oder Entwicklungsdefizite.

Die Patientin äußerte in diesem Gespräch, dass sie sich verstanden fühlt; auch die Mutter bestätigt, dass sie ihr Kind in den beschriebenen Zusammenhängen gut erkennen kann. In der ersten therapeutischen Sitzung gesteht die Patientin auf mein Nachfragen hin allerdings, dass sie sich auch durchschaut fühlte und dies nicht gerade als angenehm empfunden habe, weil sie schließlich grundsätzlich versuche, andere zu beeindrucken.

Die Behandlungsvoraussetzungen sind günstig, die Patientin hat einen deutlichen Leidensdruck, ist hochmotiviert und die Behandlung wird von ihrer Mutter unterstützt. Die Prognose erscheint auch in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen günstig.

Diagnose: Depressive Entwicklung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F 32.1)

Empfehlung: Ambulante jugendpsychiatrische Behandlung unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge. Aufgrund der Schwere der Symptomatik wurde mit einer antidepressiven Behandlung mit einem SSRI begonnen.

Für die *Therapieplanung* ergeben sich aus den Befunden folgende Hinweise: Zunächst wird es vorrangig darum gehen müssen, die Tendenz der Patientin zur demonstrierten Kompetenz zu verstehen, zu würdigen, aber auch zu problematisieren und die Auswirkungen auf ihre Offenheit in der Therapie zu untersuchen. Dies berührt die therapeutische Beziehung und ist die Voraussetzung für die Bearbeitung umschriebener inhaltlicher Themen.

Das zentrale Thema der Patientin ist die gehemmte Aggressivität, der offenbar eine ausgeprägte Angst vor andrängenden Triebansprüchen, aber auch ein starkes Bindungsbedürfnis und die Angst vor Liebesverlust zugrunde liegen. Die aggressive Gehemtheit behindert die Anerkennung und Durchsetzung ihrer ja ebenfalls deutlichen Autonomieansprüche und stellt so ein zentrales Element ihrer depressiven Verstimmung, aber auch ein wichtiges Hindernis in ihrer weiteren Persönlichkeitsentwicklung dar.

Im Kontext der Bearbeitung dieser Themen dürften dann auch die bislang noch weitgehend verleugneten Konflikte in den familiären Beziehungen ins Blickfeld geraten.

Und schließlich wird es um die adoleszenzspezifischen Themen Identität, Sexualität und Beziehung zum anderen Geschlecht sowie um die Entwicklung einer Zukunftsperspektive gehen.

Zusammenfassung:

In diesem Beitrag ging es darum, das Potenzial projektiver Verfahren als wertvolle Bausteine der Routinediagnostik im Kindes- und Jugendalter sowie ihre Bedeutung für die Planung der Behandlung aufzuzeigen und an einem Fallbeispiel exemplarisch darzustellen. Die hier beschriebene Art der Ver-

bindung von projektiven Verfahren mit den übrigen diagnostischen Methoden hat sich in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis des Verfassers seit nahezu 30 Jahren bewährt. Im Kontext und unter den Bedingungen einer Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in der das Gespräch und die Verhaltensbeobachtung im Vordergrund stehen, sind wohl weniger komprimierte Methoden der Psychodiagnostik geeignet und sinnvoll. Allerdings bieten sich die probatorischen Sitzungen an, um mithilfe dieser Verfahrensgruppe wertvolle zusätzliche Informationen zu gewinnen. In Kliniken und teilstationären Einrichtungen, die heutzutage unter starkem Zeitdruck stehen, können projektive Methoden die Diagnostik zu Behandlungsbeginn und damit die Therapieplanung mit Gewinn ergänzen.

Autor:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Wilhelmstraße 24, 71034 Böblingen
Email: info@praxis-wienand.de
Website: www.praxis-wienand.de

Literatur

- Avé-Lallemant U.* (1994). Der Sterne-Wellen-Test. München: Reinhardt.
- Bellak L. & Bellak S.S.* (1949). The Childrens Apperception Test (C.A.T.). New York: C.P.S. Inc
- Bellak L. & Bellak S. S.* (1955) CAT – Der Kinder-Apperzeptions-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Brem-Gräser L.* (2001). Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung. Entwicklung eines Testverfahrens (8. Aufl.). München: Reinhardt.
- Buck J.N.* (1948). The H-T-P Technique. A Qualitative and Quantitative Scoring Manual. *Journal of Clinical Psychology* 4, S. 317-396.
- Corman L.* (1995). Der Schwarzfuß-Test. Grundlagen, Durchführung, Deutung und Auswertung. Übersetzt aus dem Französischen von Renate Krieger (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Düss L.* (1956). Fabelmethode und Untersuchungen über den Widerstand in der Kinderanalyse. Biel: Institut für Psycho-Hygiene.
- Fellmann, M.* (2019): „Ich sehe das alles ziemlich pessimistisch“. *Süddeutsche Zeitung Magazin* Nr. 26, 28. 6. 2019, S. 20-25.
- Klosinski G.* (1988). Das »10-Wünsche-Phantasiespiel«. Gedanken und Erfahrungen zum »projektiven Fragen« am Beginn des therapeutischen Dialoges mit Kindern und Jugendlichen. *Acta paedopsychiatrica* 51, S. 164-171.

- Kos M. & Biermann G. (2002).* Die verzauberte Familie. Ein tiefenpsychologischer Zeichentest (5. Aufl.). München: Reinhardt.
- Lehmkuhl, G. (2013) Einleitung.* In: *Lehmkuhl, G., F. Poustka, M. Holtmann und H. Steiner (Hrsg.) (2013):* Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Band 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe, 229-230.
- Lutz C. (2007).* Projektive Verfahren und ihre Verwendung für die psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In H. Hopf & E. Windaus (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. S. 159-176. München: CIP-Medien.
- Morgan C.D. & Murray H.A. (1935).* A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. Archives of Neurological Psychiatry 34, S. 289-306.
- Rauchfleisch U. (2001).* Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Rosenzweig S. (1945).* The Picture-Association Method and its Application in a Study of Reactions to Frustration. Journal of Personality 14, S. 3-23.
- Staabs, G. von (1964, 2004).* Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewußter Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie. (9., unveränderte Aufl.) Bern: Huber.
- Wienand, F. (2012):* Der Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 22, Heft 2, 2012, S. 8-40
- Wienand F. (2016):* Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- Wilde K. (1950).* Die Wunschprobe. Psychologische Rundschau 1, S. 213-224.

Systemische Therapie bei Depression im Kindes- und Jugendalter

Ingo Spitzcok von Brisinski

„Jeder Mensch kennt Phasen im Leben, in denen es nichts gibt, worauf man sich freuen kann, alles grau in grau erscheint, man ‚deprimiert‘ ist. So kann das Wetter, die berufliche Tätigkeit oder eine private Enttäuschung als deprimierend erlebt werden. Depression wird oft als Begriff gebraucht, um alltägliche Schwankungen unseres Befindens zu beschreiben. Aber eine Depression im medizinischen Sinne ist etwas anderes als eine vorübergehende Phase der Niedergeschlagenheit und Unlust oder ein Stimmungstief, das bei fast jedem Menschen im Laufe des Lebens ein- oder mehrmals auftritt“ (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2019).

Bereits das 1902 von Theodor Ziehen publizierte Buch „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters“, dem 1904 und 1906 weitere Teile folgten, und das das zweite bedeutende deutschsprachige kinderpsychiatrische Werk darstellte (Ziehen 1915), aber auch das erste systematische und weitgehend vollständige Lehrbuch der Kinderpsychiatrie, umfasste Erkenntnisse aus einer engen Zusammenarbeit mit dem Pädagogen Johannes Trüper. Dessen Psychopathie-Konzept ging nicht von einer charakterlich-moralischen Minderwertigkeit aus, sondern von gesundheitlicher und sozialer Situation.

Der Heidelberger Psychiater August Homburger publizierte 1926 sein Lehrbuch „Die Psychopathologie des Kindesalters“, in dem er erstmals biologische Ursachen von psychischen Erkrankungen mit verstärkenden Umweltfaktoren in Verbindung setzte, Mehrdimensionalität mit Entwicklungspsychiatrie kombinierte.

Ab Mitte der 1920er Jahre waren psychotherapeutische (vor allem psychoanalytische) Ansätze integraler Bestandteil des psychiatrischen Diskurses zu Neurosenfrage und fanden auch innerhalb der psychiatrischen Klinik Beachtung (Spitzcok von Brisinski 2019).

Die Vorläufer der heutigen Erziehungs- und Familienberatungsstellen wurden auf Initiative von Ärzten eingerichtet (Vossler 2012).

Seit Ende der 1970er Jahre wurde an kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Familientherapie zunehmend in die tägliche Arbeit integriert (Spitzcok von Brisinski 2019), und in den folgenden Jahrzehnten auch in den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

Während bis in die 1990er Jahre psychoanalytische und tiefenpsychologische Ansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch überwogen, behandelt mittlerweile die Mehrheit kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken verhaltenstherapeutisch. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes für nichtärztliche Psychotherapeuten (PsychThG) 1999 streben die meisten in Kinder- und Jugendpsychiatrien tätigen nichtärztlichen Berufsgruppen eine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an. Dies war bis vor kurzem nur für Tiefenpsychologie/Psychoanalyse einerseits und Verhaltenstherapie andererseits möglich. Seitdem Systemische Therapie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als wissenschaftliches Verfahren anerkannt ist, werden auch zur Approbation führende Ausbildungen in systemischer Therapie angeboten. Da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bisher nur bzgl. erwachsener Patienten der systemischen Therapie den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit als Psychotherapieverfahren anerkannt hat und damit als ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden kann, gibt es bisher für die Ausbildung zum systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur wenige Institute und auch nur wenige, dafür aber idealistisch geprägte Ausbildungsteilnehmer.

Altersabhängigkeit der Symptomatik depressiver Störungen

(DGKJP, BAG & BKJPP, 2007)

Kleinkindalter (ein bis drei Jahre)

- wirkt traurig
- ausdrucksarmes Gesicht
- erhöhte Irritabilität
- gestörtes Essverhalten
- Schlafstörungen
- selbststimulierendes Verhalten: Kopfwackeln, auch im Bett beim Einschlafen (Jactatio capitis), exzessives Daumenlutschen
- genitale Manipulationen
- auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer
- Spielunlust
- mangelnde Phantasie

Vorschulalter (drei bis sechs Jahre)

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik und Mimik
- leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil
- mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten
- vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme
- Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen

Grundschulalter

- verbale Berichte über Traurigkeit
- suizidale Gedanken
- Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Schulleistungsstörungen

Pubertäts- und Jugendalter

- vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- zirkadiane Schwankungen des Befindens
- psychosomatische Störungen
- Kriterien der depressiven Episode
- psychische und somatische Symptome zu früherem Zeitpunkt vorhanden

Systemische Theorie und psychiatrische Klassifikationen

Auch in der systemischen Therapie kann es sinnvoll sein, psychiatrische Klassifikationssysteme zu nutzen, insbesondere zur Hypothesenbildung mit begrenzter Laufzeit (Spitzcok von Brisinski 1999), aber auch zur Verbesserung der Anschlussfähigkeit (Spitzcok von Brisinski 2006, 2012).

Die unter dem Begriff ‚Antipsychiatrie‘ zusammengefassten Aktivitäten mit kritischer bis ablehnender Haltung gegenüber der Psychiatrie fanden bereits ab 1967 Verbreitung. Psychiatrische Diagnosen und Erkrankungen wurden als Produkt sozialer, politischer und juristischer Etikettierungsprozesse angesehen, Psychopharmakotherapie und Zwangsbehandlung wurden weitgehend abgelehnt, soziale Ursachen und Folgen psychischer Störungen wurden betont, aus der Berücksichtigung familiärer und sozialer Beziehungen sowie gesellschaftlicher und gesellschaftspolitischer Bedingungen wurden therapeutische Ansätze abgeleitet. In der systemischen Szene kam es jedoch erstaunlicherweise erst rund 10 bis 20 Jahre später zur Ablehnung psychiatrischer Diagnosen: Nach den diagnosebezogenen Ansätzen in der Frühzeit der Familientherapie (Schizophrenie, Anorexia nervosa) kam es in den 1980er Jahren in der systemischen Szene zu radikaler Ablehnung psychiatrischer Diagnosen, was die Behandlung im Rahmen von Krankenkassenfinanzierung und Notwendigkeit diagnosespezifischer Wirknachweise innerhalb der medizinischen wissenschaftlichen Community deutlich erschwerte. Harlene Anderson sprach gar von der „Tyrannei der Diagnose“ und Lynn Hoffman von „psychiatrischer Haßsprache“ (beide in Gergen et al., 1997). Spitzcok von Brisinski schlug 1999 vor, auch psychiatrische Diagnosen ressourcenorientiert zu betrachten, statt sie pauschal zu verdammen, und entwickelte in der Folge an Konzepten der Selbstorganisation (2006, 2012) orientierte diagnose-spezifische Behandlungskonzepte (u. a. 2014, 2017bc, 2018ab, Spitzcok von

Brisinski & Lüttger 2007, Spitzcok von Brisinski et al. 2015). Schließlich erschien 2006 das „Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II - Das störungsspezifische Wissen“ von Jochen Schweitzer & Arist von Schlippe unter Mitwirkung von Spitzcok von Brisinski und im selben Jahr – veranlasst durch die Bestrebungen der systemischen Fachgesellschaften, in Deutschland die wissenschaftliche Anerkennung für die systemische Therapie zu erhalten – ein systematischer Review zu kontrollierten diagnosebezogenen Studien (von Sydow et al. 2006). 2014 erschien „Störungsspezifische Systemtherapie: Konzepte und Behandlung“ von Hans Lieb als Auftakt der Buchreihe „Störungen systemisch behandeln“.

Klassifikation depressiver Störungen

Depressive Störungen können als einmalige Episode von wenigen Wochen bis mehreren Monaten, rezidivierend oder chronisch auftreten, ohne erkennbaren Anlass oder auch als Anpassungsstörung nach einem belastenden Ereignis. Eine angemessene Trauerreaktion wird nicht als depressive Störung klassifiziert. Einer depressiven Episode kann eine manische Episode vorausgehen oder folgen (bipolare Störung).

Der Beginn kann akut oder schleichend sein. Die Betroffenen leiden unter gedrückter Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration ist vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach kleinster Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von Interessenverlust, Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust begleitet sein. Je nach Schweregrad werden unterschiedliche Empfehlungen zur Behandlung gegeben.

Schweregrade nach ICD-10-GM

- *leichte depressive Episode*: Zwei oder drei der Symptome sind vorhanden. Der Patient ist beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.
- *mittelgradige depressive Episode*: Vier oder mehr der Symptome sind vorhanden. Der Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

- *schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome*: Mehrere der oben angegebenen Symptome sind vorhanden. Es bestehen Verlust des Selbstwertgefühls sowie Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, meist liegen somatische Symptome vor.
- *schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen*: Zusätzlich liegen Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder Stupor vor. Alltägliche soziale Aktivitäten sind unmöglich und es kann Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen.
- *Dysthymia*: chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Da sie jahrelang andauern kann, kann sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

Obwohl die Symptomatik depressiver Störungen altersabhängig ist (s. o.), gibt es in ICD-10-GM für Kinder und Jugendliche keine andere Beschreibung als für Erwachsene und auch die Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter ergibt keine neuen Aspekte:

- *Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung*: Kombination einer Störung des Sozialverhaltens mit in auffälligem Leiden, Interessenverlust, mangelndem Vergnügen an alltäglichen Aktivitäten, Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit. Schlafstörungen und Appetitlosigkeit können gleichfalls vorhanden sein.

In DSM-5 wurde für Kinder bis zum 12. Lebensjahr zusätzlich zumindest die „Disruptive Affektregulationsstörung“ im Kapitel „Depressive Störungen“ aufgenommen mit im Vordergrund stehender chronischer, nichtepisodischer Reizbarkeit und häufigen Wutanfällen, da diese Symptomatik häufig später in eine Depression des Jugend- und Erwachsenenalters übergeht. Allerdings wird diese Diagnose noch kontrovers diskutiert (Birkle et al., 2017).

Skalierungsfragen

Fragebögen, die eine Skalierung der Symptomausprägung zulassen, können als Sammlung von in der systemischen Therapie üblichen und akzeptierten Skalierungsfragen verstanden werden, deren Beantwortung und Auswertung nicht nur zur Verlaufsmessung geeignet ist, sondern auch zum Vergleich mit Gleichaltrigen. Normierung anhand von (möglichst repräsentativen) Stichproben ist dabei ein Qualitätskriterium und kein ideologisches Hindernis.

Normierte Fragebögen zu depressiver Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen

zur Selbstbeurteilung:

- DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, 8 bis 16 Jahre, 3. überarbeitete und neu normierte Auflage 2014),
- DTK-II (Depressionstest für Kinder – II, 9 bis 14 Jahre),
- ADS (Allgemeine Depressionsskala, ab 12 Jahre, auch für Erwachsene, 2. überarbeitete und neu normierte Auflage 2012)
- BDI-II (Beck Depressions-Inventar Revision, ab 13 Jahre, auch für Erwachsene)
- DISYPS-III SBB-DES (Diagnostik-System für psychische Störungen für Kinder und Jugendliche – III Selbstbeurteilungsbogen für depressive Störungen, 11;0-17; 11 Jahre),

zur Fremdbeurteilung durch die Eltern:

- DISYPS-III FBB-DES (Fremdbeurteilungsbogen für depressive Störungen, 4;0-17; 11 Jahre).

Kinder mit Depression können Schamgefühle haben und eine ausgeprägte Verleugnungstendenz aufweisen.

Beurteilung von Spielverhalten (Spielunlust, schnelle Entmutigung, dysphorisches Abwehrverhalten, ggf. spezifische Spielthemen wie z.B. Tod), Essverhalten (mäkelig, verminderter oder gesteigerter Appetit) und Schlafverhalten (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume) ist bei jüngeren Kindern besonders wichtig (DGKJP et al., 2007). Bei kleineren Kindern basiert die Diagnostik auf Spielinterview und Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, im Jugendalter eher auf Gespräch und Selbsteinschätzungsfragebögen (Seiffge-Krenke, 2007).

Epidemiologie

Die Prävalenz beträgt vor der Pubertät 1-3 %, danach ca. 6% (Dolle & Schulte-Körne, 2014). Die saisonale depressive Störung tritt meist als Winter-Depression auf, die Prävalenz bei 10- bis 20-jährigen liegt bei etwa 8%, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen und junge Erwachsene häufiger als Kinder (Borisenkov et al., 2015). Die prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS) ist im DSM-5 ebenfalls den depressiven Störungen zugeordnet (DGPPN et al., 2015).

Verlauf

Jugendliche haben ein besonders hohes Risiko für rezidivierende Verläufe (auch im Erwachsenenalter), präpubertär auftretende depressive Störungen sind dagegen mit einem geringeren Risiko verbunden (Fombonne et al., 2001). Das Risiko für einen ungünstigen Verlauf steigt mit der Schwere der Erkrankung, Problemen in der Eltern-Kind-Interaktion, Vorliegen komorbider Störungen und wenn die Eltern selbst an Depression erkrankt sind.

Komorbidität

Etwa 60% der 10- bis 18-jährigen mit Depressionen haben mindestens eine komorbide Störung (z. B. Sozialverhaltens-, Angst-, somatoforme, hyperkinetische, posttraumatische Störungen) (Hoffmann et al., 2012; Jaffee et al. 2002). Auch somatische Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen können depressive Symptome erzeugen, ebenso Medikamente und Drogen (Spitzcok von Brisinski 2002, Saxena et al., 2013). Etwa die Hälfte aller suizidalen Kinder und Jugendlichen leidet unter einer Depression, etwa die Hälfte aller Jugendlichen mit bipolarer Störung hat Suizidideen (Hauser et al., 2013).

Risiko- und Schutzfaktoren

In der Kindheit gibt es keine Geschlechterunterschiede, ab der Adoleszenz nimmt der Mädchenanteil auf das Zwei- bis Dreifache gegenüber Jungen zu. Weitere Risikofaktoren sind Migration (auch in der zweiten Generation), chronische körperliche Erkrankungen sowie familiäre Belastungsfaktoren wie Trennung der Eltern, psychische Erkrankung der Eltern, Gewalt in der

Familie und sexueller Missbrauch (Ceri et al., 2017; Jaffee et al. 2002, Poole et al., 2016; Seiffge-Krenke, 2007).

Therapie

Außer störungsunspezifischen, streng einzelfallbezogenen individuellen Ansätzen können auch störungsspezifische individualisierte Interventionen erfolgversprechend sein (Spitzcok von Brisinski 2018a, b). McCarty und Weisz (2007) selektierten aus einer Metaanalyse bzgl. Psychotherapie depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen (kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Therapie, Bindungsbasierte Familientherapie) folgende Strategien:

- Fokussierung auf das Erreichen messbarer Ziele und Erhöhen der Fertigkeiten in einem bestimmten, von den Jugendlichen selbst identifizierten Bereich
- soziale Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung
- Psychoedukation
- ausreichend, aber nicht zu viel Raum für Klagen lassen
- Verschlimmerungsfragen zu Beginn der Therapie
- verstörende Interventionen bei langanhaltender Depression
- wenn ein Familienangehöriger auch depressiv war: Exploration, wie er es geschafft hat, diesen Zustand zu überwinden, oder damit zu leben

Vermieden werden sollte:

- „Kopf hoch“-Bagatellisierung (Hermans, 2016)
- dem Klienten frühzeitig die Kundenrolle aufzwingen, wenn er sich noch als »Klagender« gemäß de Shazer (2015) fühlt
- Verbesserungs- und Bewältigungsfragen zu Beginn der Therapie
- sich anstecken lassen von der Problemtrance, es sei denn für einen kontrollierten Zeitraum als Maßnahme zur Gestaltung der Anschlussfähigkeit (strukturelle Kopplung) oder zur Entwicklung einer paradoxen Intervention bei langanhaltender Depression

Attachment-Based Family Therapy (ABFT)

ABFT ist eine manualisierte Kurzzeittherapie für depressive Störungen bei 12- bis 17jährigen. Dieser Ansatz orientiert sich an der Bindungstheorie von Bowlby (1997), mehrgenerationaler „Contextual Family Therapy“ von Boszormenyi-Nagy & Spark (2015), struktureller Familientherapie, multidimensionaler Familientherapie (MDFT) und Emotion Focused Therapy (EFT). Primäres Ziel ist das Wiederherstellen von Vertrauen und fairem Umgang miteinander in der Familie (Diamond et al., 2003).

Die 3 bis 12 Sitzungen à 60-90 Min. über 12 Wochen verfolgen u. a. folgende Ziele:

- Fokusverschiebung von der Behandlung des Patienten auf eine Verbesserung familiärer Beziehungen
- Exploration der familiären Konflikte aus Sicht des Patienten
- Exploration der Stressoren und negativen Bindungserfahrungen der Eltern
- Konfrontation mit Konflikten, Konfliktlösung
- Autonomie des Patienten und außerfamiliäre Beziehungen.

Mit dem Jugendlichen werden bindungsrelevante Familienkonflikte erkundet und warum der Jugendliche, als er sich schlecht fühlte, nicht bei seinen Eltern Hilfe gesucht hat. Der Therapeut zeigt Verständnis für den Jugendlichen und die Eltern und gibt der Hoffnung Ausdruck, dass eine ‚wiederhergestellte‘ Beziehung in zukünftigen Krisensituationen mehr Geborgenheit und Unterstützung gibt. Er wirbt dafür, Probleme direkt anzusprechen und klärt, welche Unterstützung der Jugendliche vom Therapeuten braucht.

Im zweiten Schritt klärt der Therapeut mit den Eltern allein deren Situation (oft akuter Stress) und Geschichte (oft haben sie selbst belastende Bindungserfahrungen gemacht). Ihre Verlusterfahrungen werden gewürdigt und in Zusammenhang mit dem depressiven Verhalten des Jugendlichen gebracht. In 3 bis 4 Familiengesprächen wird an der ‚Wiederbelebung‘ der Eltern-Kind-Bindung (reattachment task) gearbeitet und abschließend, aufbauend auf verbesserter Bindungssicherheit, die Autonomie des Jugendlichen gestärkt (von Sadow 2015).

In der Therapie werden Risikofaktoren bearbeitet wie z. B. übermäßige Kritik durch die Eltern (Reframing), fehlende Motivation des Jugendlichen oder elterlicher Stress (Stärken der therapeutischen Allianz), ineffektive Erziehung

(Psychoedukation), familiäre Konflikte, dysfunktionale Affektregulation (re-attachment) sowie negative Selbstkonzepte (Kompetenzförderung).

Systemic Behavior Family Therapy (SBFT)

Der Ansatz für 13- bis 18jährige mit depressiver Störung (Brent et al., 1997) umfasst 12 bis 16 Sitzungen à 60 Min. in wöchentlichem Abstand. Anfangs erfolgt Psychoedukation bzgl. depressiver Störungen. Danach folgt eine Phase, die auf Functional Family Therapy (FFT) basiert: Der Therapeut klärt Sorgen und Bedenken, die die Familie in die Behandlung gebracht haben, und bietet Reframings an zur Optimierung des Engagements in der Therapie und des Erkennens dysfunktionaler Verhaltensmuster. Die nächste Phase basiert auf dem Problemlösungsmodell von Robin und Foster (2003): Die Aufmerksamkeit der Familienmitglieder wird auf Kommunikation, Problemlösefertigkeiten und Veränderung familiärer Interaktionsmuster fokussiert. Wichtige Themen sind Erziehungs- und Entwicklungsaspekte, Kommunikation, Problemlösen und Interaktionsmuster innerhalb der Familie.

Systems Integrated Family Therapy (SIFT)

SIFT integriert strukturelle Familientherapie, narrative Therapie, sozialen Konstruktivismus, psychodynamische Therapie sowie Epigenetik und Neurowissenschaften (Miller & Wrate, 2014). Der manualisierte Ansatz von Trowell et al. (2007) für Patienten im Alter von 9 bis 15 Jahren mit depressiver Störung umfasst 8 bis 14 Sitzungen à 90 Minuten über 9 Monate und fokussiert auf intrafamiliäre dysfunktionale Muster unter Berücksichtigung narrativer („rewriting family scripts“) und bindungstheoretischer Ansätze.

Multi-Familien-Therapie: BEST MOOD

Das manualisierte Programm von Poole et al. (2016) zielt auf Behandlung adoleszenter Depression hinsichtlich individueller und familiärer Faktoren. Der familiensystemtherapeutische Ansatz bindet Psychoedukation und bindungstheoretische Elemente ein. Es werden 8 Multifamilien-Therapiegruppen à 2 Stunden in wöchentlichem Abstand angeboten sowie eine zweistündige Sitzung 3 Monate nach Therapieende. An den ersten 4 Sitzungen nehmen nur die Eltern teil, ab der 5. Woche auch die Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) und ihre Geschwister. Das Programmdesign zielt darauf ab, dass sich auch

anfangs ablehnende Jugendliche engagieren, sowie auf die Optimierung der psychischen Gesundheit des Jugendlichen und seiner Familie.

Systemische Psychopharmakotherapie

Medikamentöse Therapie sollte ressourcenorientiert und systemisch erfolgen: Voraussetzung ist, dass nicht vermittelt wird, dass das Kind „eingestellt“ wird (wie mit einem Schraubenzieher) oder gar eine ‚Krücke‘ bekommt. Vielmehr erhält das Kind/der Jugendliche ein Werkzeug, mittels dessen es/er aktiv seine alltäglichen Aufgaben besser meistern kann (Spitzcok von Brisinski 2003).

Auch wenn die Beurteilung der Patienten selbst bzgl. Besserung der depressiven Störung unter Medikation nicht immer zufriedenstellend ist, zeigt die Fremdbeurteilung durch Eltern, Lehrer, etc. dennoch oftmals eine deutliche Verbesserung.

Aspekte in der Supervision

- Depressives Verhalten kann den Therapeuten langweilen, müde machen, lähmen, frustrieren (‚keine Lust mehr auf diesen Klienten‘) – wie kann er Interesse am Klienten, Aktivität, Spannung und Zuversicht wiedererlangen?
- Depressives Verhalten kann Aggressivität bei anderen – auch beim Therapeuten – erzeugen. Wie spürt, reflektiert, nutzt dies der Therapeut? Wie kann diese Energie ein konstruktives ‚Feuer‘ entfachen?
- Wie können Familie und Therapeut angeregt werden, für die ‚Befreiung aus dem Betonkorsett zu brennen‘, ohne den betroffenen Jugendlichen, die Angehörigen und den Therapeuten zu ‚verbrennen‘? Was sind verlässliche ‚Temperaturfühler‘?

(Spitzcok von Brisinski 2018a)

Empirische Datenlage

Für Kinder unter 8 Jahren kann wegen unzureichender empirischer Evidenz keine Empfehlung für eine bestimmte Therapieform gegeben werden (DGKJP et al. 2013). Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), interpersoneller Psychotherapie (IPT) sowie medikamentöser Therapie mit Fluoxetin oder einer Kombination aus

KVT und Fluoxetin empirisch gut belegt (DGKJP et al. 2013). Aber auch für die Wirksamkeit psychodynamischer Fokalthherapie gibt es Hinweise (Trowell et al. 2007).

In der Metaanalyse von McCarty & Weisz (2007) über 35 RCT lag die durchschnittliche Effektstärke über alle Psychotherapieverfahren bei Cohens $d = 0,34$, also zwischen klein (0,2) und mittel (0,5). Größere Effektstärken erreichte u.a. die Attachment Based Family Therapy (ABFT) (Diamond et al. 2002) und erfolgreiche RCT bei Jugendlichen liegen auch zur SBFT (Brent et al. 1997) und SIFT über 39 Wochen (Trowell et al. 2007) vor. Höhere Sitzungsfrequenzen und längere Behandlungsdauern wirken sich offenbar positiv auf die Rückbildung depressiver Störungen aus. Andererseits bleibt teils unklar, ob es sich um Therapieeffekte oder Spontanremissionen handelte, da die Angaben zur durchschnittlichen Dauer depressiver Episoden im Kindes- und Jugendalter zwischen 2 und 17 Monaten schwanken – im Mittel 8 Monate (Mehler-Wex, 2008) – während z. B. die Therapiedauer bei Trowell et al. (2007) 9 Monate betrug. Für die Wartegruppe in der RCT von Diamond et al. (2002) fand sich in der Selbsteinschätzung mittels BDI auch eine deutliche Verbesserung ohne Therapie.

Die jüngsten Patienten der o. g. Ansätze zu Systemischer Therapie bei depressiven Störungen waren 9 Jahre alt. An 3- bis 7jährige Kinder mit depressiver Episode richtet sich „Eltern-Kind-Interaktion-Therapie – Emotionsentwicklung“ (PCIT-ED), bei der die Mutter- oder Vater-Kind-Dyade in 14 Sitzungen über 12 Wochen behandelt wird. Ziel ist die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung durch Vermitteln und in vivo-Coaching von positiven Spieltechniken, Erteilen wirksamer Anweisungen, Methoden zum Umgang mit Trotzverhalten des Kindes auf sichere, nicht bestrafende Weise und Förderung emotionaler Entwicklung, Erkennen eigener und fremder Emotionen sowie Strategien zur Emotionsregulation (Luby et al. 2012).

In der Multifamilien-Psychoedukation bei 8- bis 11jährigen mit depressiver Störung und ihren Familien nach Fristad et al. (2003) als Ergänzung zur laufenden Behandlung spielt das Konzept der „Expressed Emotions“ (kritische Kommentare, Feindseligkeit, Überengagement als negativen Stress auslösende Faktoren) eine wichtige Rolle, aber auch die interpersonelle Natur depressiver Störungen. Es wird herausgearbeitet, wie Depression und Manie das Familienleben kaputtmachen können. Anschließend thematisiert der Therapeut, was die Sorgeberechtigten tun können, was sinnvolle Techniken in der Unterstützung eines depressiven Kindes sind, und was vermieden werden sollte. Dazu gehört auch die Anerkennung multipler Realitäten, insbesondere

die Unterscheidung zwischen Kind und Symptomen der Depression, und Betonung darauf, dass die Eltern ihr Kind nicht analysieren, sondern unterstützen. Die Eltern werden angehalten, sich zu schützen und ihre ‚Akkus wieder aufzuladen‘ (Fristad et al. 1998).

Bei älteren Jugendlichen mit rezidivierender Depression soll die nationale Versorgungsleitlinie für Erwachsene mit unipolarer Depression (DGPPN et al. 2015), in der auch Systemische Therapie berücksichtigt ist, beachtet werden, auch im Hinblick auf Individuation und Transition in das Erwachsenenalter (Spitzcok von Brisinski, 2017a).

Wann ist (systemische) medikamentöse Therapie sinnvoll?

Antidepressiva sollten bei mittelgradiger bis schwerer depressiver Störung in Betracht gezogen werden, wenn sich nach 4 bis 6 Psychotherapiesitzungen keine Besserung zeigt (DGKJP et al. 2013). Es gibt keine Belege dafür, dass Medikation die Psychotherapie beeinträchtigt, jedoch Hinweise, dass ein additiver Effekt auftritt. Fluoxetin ist in Deutschland zugelassen für Kinder und Jugendliche ab 8 Jahren.

Wie lange dauert die Behandlung einer Depression?

Wenn sich nach 12 Wochen Psychotherapie keine bedeutsame Verbesserung einstellt hat bzw. bei Pharmakotherapie nach 4 Wochen keine Besserung eintritt, sollte eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten in Betracht gezogen werden.

Bei erfolgreicher Pharmakotherapie sollte die Behandlung mindestens 6 Monate fortgesetzt werden. Danach kann durch langsames Ausschleichen geprüft werden, ob die Behandlung beendet werden kann. Kommt es unter Dosisreduktion erneut zu depressiven Symptomen, kommt eine Wiederaufnahme der vorigen Dosierung in Betracht.

Für Empfehlungen zur Dauer der Psychotherapie liegen keine ausreichenden empirischen Belege vor.

Wenn sich Kinder oder Jugendliche in der Phase der Erholung befinden (d.h. mindestens 2 Monate ohne bedeutsame depressive Symptome), sollten die Behandelnden mindestens 12 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten. Wenn die Kinder oder Jugendlichen bereits 2 oder mehr Episoden einer depressiven Störung erlebt haben und sich in Erholung befinden, oder

wenn aufgrund von fortbestehenden Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv besteht, sollten für mindestens 24 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen angeboten werden (DGKJP et al. 2013).

Wann ist stationäre Behandlung erforderlich?

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollten stationär behandelt werden, wenn zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Suizidalität mit fehlender Absprachefähigkeit
- erheblicher Mangel an Ressourcen oder erhebliche aktuelle psychosoziale Belastungen
- erhebliche Funktionseinschränkungen, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit

(DGKJP et al. 2013).

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Chefarzt und Fachbereichsarzt

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen

Tel. 02162 96 5000

Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

<https://klinik-viersen.lvr.de>

www.systemisch.net

Literatur

Birkle, S. M., Legenbauer, T., Grasmann, D. & Holtmann, M. (2017) Disruptive Affektregulationsstörung: eine umstrittene neue Diagnose im DSM-5. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2017), 45, 98-103

Borisenkov, M.F., Petrova, N. B., Timonin, V. D., Fradkova, L. I., Kolomeichuk, S. N., Kosova, A. L., Kasyanova, O. N. (2015) Sleep characteristics, chronotype and winter depression in 10-20-year-olds in northern European Russia. J Sleep Res 24(3), 288-295

Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M. (2015) Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

- Bowlby, J. (1997) Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. Rev. ed. London: Pimlico
- Brent D. A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Iyengar S. & Johnson B. A. (1997) A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry* 54 (9), 877-885
- Ceri, V., Özlü-Erkilic, Z., Özer, Ü., Kadak, T., Winkler, D., Dogangün, B. & Akkaya-Kalayci, T. (2017) Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 21(2), 142-147
- de Shazer, S. (2015) *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. 13. Aufl. Heidelberg: Carl Auer
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [DGKJP], Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. [BKJPP], Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. [BAG], Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK] (2013) Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Langfassung, Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0431_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie [DGKJP], Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie [BAG], Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland [BKJPP] (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN], et al. (2015) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression Langfassung 2. Auflage, Version 4. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-11.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2019) ICD-10-GM Version 2019. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2019/block-f30-f39.htm#F32>
- Diamond, G.S., et al. (2002) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196
- Diamond, G., Siqueland, L. & Diamond, G. M. (2003) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6(2), 107-127
- Diamond, G.S., et al. (2010) Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(2), 122-131
- Dolle, K., Schulte-Körne, G. (2014) Komplementäre Ansätze zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 63(3), 237-263

- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M. & Soldano, K. W.* (1998) Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy* 20(3), 385-402
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., & Gavazzi, S.M.* (2003) Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy* 29(4), 491-504
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. & Rutter, M.* (2001) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry* 179(3), 210-217
- Gergen, Ken J.; Hoffman, Lynn & Anderson, Harlene* (1997) Diagnose - ein Disaster? Ein konstruktionistischer Dialog. *Z. system. Ther.*, 15: 224-241
- Gest S, Holtmann M, Bogen S, Schulz C, Pniewski B, Legenbauer T.* (2016) Chrono-therapeutic treatments for depression in youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Feb;25(2):151-161
- Hauser, M., Galling, B. & Correll, C. U.* (2013) Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, risk factors, and targeted interventions. *Bipolar Disord* 15(5), 507–523.
- Hermans, B. E.* (2016). Depressive Symptome. In R. Hanswille (Hrsg.), *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 303-309). 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hoffmann, F., Petermann, F., Glaeske, G. & Bachmann, C. J.* (2012). Prävalenz depressiver und komorbider psychiatrischer Störungen bei Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse von Krankenkassendaten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40(6), 399-404
- Homburger, August* (1926) *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Berlin: Julius Springer
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J.* (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of general psychiatry* 59(3), 215-222
- Kindl-Beilfuß, C.* (2010) *Fragen können wie Küsse schmecken. Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene*. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer
- Lieb, Hans* (2014) *Störungsspezifische Systemtherapie: Konzepte und Behandlung (Störungen systemisch behandeln)*. Carl Auer
- Luby, J., Lenze, S. & Tillman, R.* (2012) A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322
- McCarty, C.A. & J.R. Weisz* (2007) Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 879-886
- Mehler-Wex, C.* (2008) *Depressive Störungen*. Heidelberg: Springer
- Miller, L., Wrate, R. M.* (2014) *Integrated Family Therapy – A Paramodern Position*. 2nd Ed. <http://www.integratedfamilytherapy.com/download/integrated-family-therapy-miller-wrate.pdf>

- Poole LA, Lewis AJ, Toumbourou JW, Knight T, Bertino MD, Pryor R (2016) A Multi-Family Group Intervention for Adolescent Depression: The BEST MOOD Program. *Fam Process*. 2016 May 9. doi: 10.1111/famp.12218. [Epub ahead of print]
- Robin, A. L., Foster, S. L. (2003) *Negotiating Parent-Adolescent Conflict: A Behavioral-Family Systems Approach*. New York: Guilford Press.
- Saxena, K., Huemer, J., Vökl-Kernstock, S., Emslie, G. & Chang, K. (2013) Depressive Erkrankungen. In: Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M. & Steiner, H. (Hrsg.) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Band 2: Störungsbilder. Göttingen: Hogrefe, 852-873.
- Schweitzer, J. & A. v. Schlippe [Hrsg.] (2006) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II - Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56(3), 185-205
- Spitzok von Brisinski, I. (1999): Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, 43-51
- Spitzok von Brisinski, I. (2002): Psychiatrische Notfälle des Kindes- und Jugendalters. In: Berzewski, H. und Nickel, B. (Hg.) *Handbuch der Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen*. Gustav Fischer, Stuttgart, 427-458
- Spitzok von Brisinski, I. (2003). Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167
- Spitzok von Brisinski, I. (2006): Gefühle und Selbstorganisation in Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien - Zusammenspiel von psychosozialen und neurobiologischen Aspekten. In: Bodo Reuser, Roman Nitsch, Andreas Hundsalz (Hg.): *Die Macht der Gefühle - Affekte und Emotionen im Prozess von Erziehungsberatung und Therapie*. Juventa-Verlag, Weinheim, 99-119
- Spitzok von Brisinski, I. (2012): Selbstorganisation. In: J. V. Wirth, H. Kleve (Hrsg.) *Lexikon des Systemischen Arbeitens*. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik & Theorie. Heidelberg: Carl-Auer, 363-366
- Spitzok von Brisinski, I. (2014): Systemische Sicht. In: Bilke-Hentsch, O., Wölflin K., Barta, A. (Hrsg.) *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart, New York: Thieme, 48-57
- Spitzok von Brisinski, I. (2017a). Familie und Individuation - Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. *Psychotherapie im Dialog* 2, 56-59
- Spitzok von Brisinski, I. (2017b): Ansätze in der systemischen Therapie von ADHS. Teil 2: Interventionen. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 35 (2), 75-90
- Spitzok von Brisinski, I. (2017c): Systemische Erklärungsmodelle für ADHS – eine Übersicht. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 35 (1), 13-21

- Spitzcok von Brisinski, I.* (2018a): Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. In: von Sydow, K.; Borst, U. [Hrsg.] Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 575-584
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2018b) Autismus-Spektrum-Störungen. In: von Sydow, K.; Borst, U. [Hrsg.] Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 603-613
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2019): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Wandel. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 37 (3), 120-141
- Spitzcok von Brisinski, I.; Lüttger, F.* (2007) Familientherapie bei Enkopresis. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56, 549-564
- Spitzcok von Brisinski, I., Suckut, S., Feld, K.* (2015) Bäume statt Haare ausreißen - Lösungsorientierte und systemische Therapie bei Trichotillomanie. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 33 (4), 162-173
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe* (2019) Was ist eine Depression? <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression> [Zugriff am 8.9.2019]
- Trowell, J., et al.* (2007) Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. European Child & Adolescent Psychiatry, 16(3), 157-167.
- von Sydow, K.* (2015). Systemische Therapie. München: Ernst Reinhardt.
- von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R.* (2006) Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. Psychotherapeut, 51, 107-143
- Vossler A.* (2012) Erziehungs- und Familienberatung im Spiegel der Forschung. In: Stange W., Krüger R., Henschel A., Schmitt C. (Hrsg.) Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 255-266
- Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M.* (2006) Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. Psychol Bull, 132(1), 132-149.
- Ziehen, T.* (1915) Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin: Reuther und Reichard.

Knappe Ressource Lebenssinn Religion und Werte bei Kindern und Jugendlichen heute

Friedrich Schweitzer

Nachfolgender Beitrag geht zurück auf einen Vortrag beim 6. Aachener Symposium der Stiftung ambulante Psychiatrie und Psychotherapie am 11. Mai 2019. Der Vortragsstil wurde auch bei der Druckfassung beibehalten.

Dieser Beitrag bezieht sich mit der Frage nach Religion und Werten bei Kindern und Jugendlichen heute auf einen breiten Themenbereich. Dies bringt es mit sich, dass bei Weitem nicht alle damit berührten Aspekte im Folgenden im Detail aufgenommen werden können, sondern dass Schwerpunkte gesetzt werden müssen. Eine ähnliche Einschränkung ist auch im Blick auf die Altersspanne zu machen. Die Ausführungen konzentrieren sich auf das Jugendalter, einschließlich auf der einen Seite der späten Kindheit und auf der anderen Seite des jungen Erwachsenenalters. Die Frage nach Religion und Werten in der ersten Lebensdekade, die inzwischen häufig als die „eigentliche“ Kindheit begriffen wird, stellt eine eigene Thematik dar, die ich in anderen Veröffentlichungen aufgegriffen habe (vgl. bes. Schweitzer, 2016 und Schweitzer, 2019a).

Die Darstellung im Folgenden wird von vier Thesen geleitet, die zunächst als Hypothesen zu begreifen sind. Sie werden entsprechend erläutert und diskutiert, und am Ende noch einmal im Zusammenhang aufgenommen.

Folgende Thesen werden formuliert:

1. *Zur gesunden Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter gehört auch die religiöse Entwicklung.*
2. *Die religiöse Dimension, besonders der adoleszenten Entwicklung, wird heute häufig übersehen.*
3. *Religion im Jugendalter muss differenziert wahrgenommen werden.*
4. *Sinnerfahrungen sind für Jugendliche nach wie vor zentral, aber Sinn ist zu einer knappen Ressource geworden.*

Zur gesunden Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter gehört auch die religiöse Entwicklung (These 1)

Diese These stützt sich zunächst auf verschiedene psychologische Traditionen. In der klassischen Religionspsychologie wurde der Zusammenhang zwischen gesunder Persönlichkeitsentwicklung und religiöser Entwicklung als eine Selbstverständlichkeit angesehen. Das gilt ebenso für die amerikanische Religionspsychologie, für die insbesondere William James stehen kann, wie für die deutsche Tradition in der Religionspsychologie mit ihrem Gründervater Eduard Spranger (vgl. James, 1977 [Original 1901]; Spranger, 1957 [= 25. Auflage, Original 1924]). In beiden Fällen wird die hohe Bedeutsamkeit von Religion und religiösen Orientierungen für die Persönlichkeitsentwicklung im Jugendalter erstmals auf einer empirischen Grundlage beschrieben, wobei sich die damalige Empirie allerdings naturgemäß von heutigen Formen der Empirie unterscheidet.

International wohl am stärksten wirksam waren jedoch die Arbeiten des deutsch-amerikanischen Psychoanalytikers Erik H. Erikson, dessen Darstellungen zur Identitätsbildung aus der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert auch aufgrund des hier erstmals zu findenden psychosozialen Ansatzes noch immer weltweit als Klassiker betrachtet werden (vgl. bes. Erikson, 1998 [Original 1981], zu seiner Sicht von Religion im Jugendalter vgl. Schweitzer 2016). Auch für Erikson war es ganz selbstverständlich, dass die Aufgabe der Identitätsbildung im Jugendalter ohne Bezug auf eine sinnstiftende – wie er sich ausdrückte, ohne es abwertend zu meinen – „Ideologie“ kaum gelingen könne. Denn Identität setze voraus, dass der einzelne Jugendliche einen für ihn sinnvollen Ort in der Welt und Geschichte ausmachen könne. Von Religion

und Religionen erwartete Erikson dabei insbesondere einen humanisierenden Beitrag zur menschlichen Entwicklung, den er angesichts einer zunehmend eingengten bzw. einengenden Bestimmtheit des Lebens durch Wissenschaft und Technik als unabdingbar ansah.

Nicht zuletzt zu erwähnen ist aber auch Emmy Werner, die amerikanische Psychologin, die mit ihren bahnbrechenden Studien zur Resilienz-Entwicklung in Kindheit und Jugendalter ebenfalls eine bis heute anhaltende und vielleicht sogar noch zunehmende Beachtung gefunden hat (vgl. Werner & Smith, 1982). Religion, so ihre in Deutschland häufig übergangene Beobachtung, gehört zu den resilienzfördernden Faktoren. Dabei ist ebenso an die Ermöglichung von Sinnerfahrungen zu denken wie an die soziale Zugehörigkeit, die sich vielfach mit Religion und Religionszugehörigkeit verbinden kann – bei Erwachsenen in Gestalt von Kirche und Gemeinde, bei Jugendlichen eher in der Form von Kinder- und Jugendgruppen im Rahmen etwa der kirchlichen Jugendarbeit.

Über diese klassisch gewordenen Darstellungen hinaus haben in neuerer Zeit vor allem die sogenannten strukturgenetischen Entwicklungstheorien im Anschluss an Jean Piaget und Lawrence Kohlberg auch im Blick auf Religion im Jugendalter Beachtung gefunden. Eine religionspsychologische Ausprägung solcher Theorieansätze, die im Unterschied zur klassischen Religionspsychologie stärker kognitiv bzw. strukturgenetisch ausgerichtet sind, findet sich in den Arbeiten des amerikanischen Psychologen und Religionspädagogen James W. Fowler auf der einen und des schweizerischen Psychologen und Pädagogen Fritz Oser auf der anderen Seite (vgl. Fowler, 1991; Oser & Gmünder, 1984). In paralleler Weise haben diese Autoren im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts Modelle der religiösen Entwicklung vorgelegt, die auf empirischer Grundlage beruhen und sowohl für die Kindheit als auch für das Jugendalter wesentliche, zum Teil normative Entwicklungsschritte beschreiben. Bei Fowler ist dies etwa der sich häufig mit dem Übergang von der Kindheit zum Jugendalter vollziehende Schritt von einem „mythisch-wörtlichen“ Glauben zu einer „synthetisch-konventionellen“ Glaubensform, bei der die kindlichen, oft anthropomorphen Gottesvorstellungen durch stärker an der Peergroup angelehnte („konventionelle“) Orientierungen abgelöst werden. In Osers Theorie steht vor allem die Gottesbeziehung im Zentrum, aber der Übergang zwischen dem Glauben in der Kindheit und dem im Jugendalter ist in seiner Darstellung nicht weniger markant als in Fowlers Theorie. Oser beschreibt ihn als Wechsel von einer Art Handelsbeziehung zwischen Gott und Mensch (der Mensch muss Gott durch sein Handeln positiv stimmen = do ut

des) zu einer mehr oder weniger radikalen Unterscheidung zwischen menschlicher Autonomie auf der einen und dem Einflussbereich des Göttlichen auf der anderen Seite.

Schon diese Beschreibungen aus der klassischen und aus der strukturge-netischen Religionspsychologie weisen vielfach auch Bezüge zu Wertorientierungen auf. Dem entspricht auch die für die Gegenwart bestimmende gesellschaftliche Erwartung, dass Religion vor allem eine Quelle von sozial bedeutsamen und konstruktiven Werten sein soll. Diese Erwartung ist einerseits als zutreffend anzusehen, andererseits aber gerade aus theologischer Sicht auch zu problematisieren. Theologisch angemessen muss es heißen: Religion begründet Werte, aber Religion geht nicht in Werten auf. Die wertebegründende Funktion von Religion ist in der ganzen Menschheitsgeschichte erkennbar – auch noch dort, wo es sich gleichsam um pervertierte Werte wie den Hass auf Andersgläubige handelt. Doch gilt zugleich auch, dass niemand religiös wird oder an Gott glaubt, *weil* er oder sie bestimmte Werte aufnehmen oder realisieren möchte.

Es funktioniert nur umgekehrt: Aus dem Bezug auf Gott erwachsen grundlegende Orientierungen für die Lebensführung. Zugleich ist der Glaube nicht die einzige Quelle von Werten. Auch diese Einschränkung ist heute von großer Bedeutung. In einer zunehmend religiös-weltanschaulich pluralen Gesellschaft kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich alle Menschen als religiös verstehen. Es wäre fatal, wenn – wie in früherer Zeit durchaus üblich – davon auszugehen wäre, dass Menschen, die sich nicht religiös verstehen, deshalb beispielsweise als moralisch minderwertig angesehen werden. Genauso wichtig bleibt aber, dass dadurch die Bedeutung von Religion als Faktor der Wertebildung nicht widerlegt ist. Für viele Menschen bleibt der Zusammenhang zwischen Religion und Ethik grundlegend. Welche anderen Sichtweisen von Mensch, Gesellschaft und Welt bei Konfessionslosen dann eventuell an die Stelle von Religion treten können, ist noch nimmer nicht ausreichend untersucht.

Auch in dieser Hinsicht – im Blick auf den Zusammenhang zwischen Religion und Werten – trägt die Jugendforschung nicht viel aus. Die weithin beachteten Shell-Jugendstudien beispielsweise befassen sich zwar immer auch mit Wertorientierungen, aber in religiöser Hinsicht bleiben sie oberflächlich (vgl. Shell Deutschland Holding 2015; zu Religion in diesen Studien s. noch unten bei These 2).

Was diese erste These, die lediglich einen allgemeinen Hintergrund für das Folgende beschreiben soll, im Einzelnen bedeutet, muss in weiteren Schritten geklärt werden, insbesondere auch im Blick auf aktuelle empirische Befunde.

Die religiöse Dimension, besonders der adoleszenten Entwicklung, wird heute häufig übersehen (These 2)

Anders als in den bislang beschriebenen religionspsychologischen Darstellungen aus dem 20. Jahrhundert wird die religiöse Dimension der adoleszenten Entwicklung in der Gegenwart häufig übersehen und übergangen. Dies gilt nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch für die mediale Öffentlichkeit, die sich ebenfalls nur selten auf die Religiosität junger Menschen einlässt.

Es lohnt sich, sich die Gründe für dieses – der Ausdruck sei hier erlaubt – gegenstandsspezifische Aufmerksamkeitsdefizit bewusst zu machen:

Ein erster und besonders gewichtiger Grund liegt darin, dass Religion in Deutschland immer wieder und immer noch mit Kirche und Kirchlichkeit gleichgesetzt wird. Da besonders Jugendliche und junge Erwachsene sich nur selten für Kirche oder kirchliche Angebote interessieren – was übrigens auch umgekehrt gilt! –, liegt es auf der Hand, daraus auch auf eine entsprechende Bedeutungslosigkeit von Religion im Jugendalter zu schließen. Zahlreiche Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Gleichsetzung von Religion und Kirche gerade für das Jugendalter nicht zu rechtfertigen ist (vgl. schon Schweitzer, 1998; aktuell Schweitzer et al., 2018). Auch Jugendliche selbst bringen dies häufig so zum Ausdruck, dass sie zwar mit der Kirche nur wenig anfangen, Religion aber durchaus interessant finden.

Sodann trägt auch die Jugendforschung zu dem religionsbezogenen Aufmerksamkeitsdefizit dadurch bei, dass sie die religiöse Dimension in aller Regel nicht genauer untersucht. Das bekannteste und zugleich wirkungsstärkste Beispiel dafür sind die bereits erwähnten Shell-Jugendstudien, die fast seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland in regelmäßigen Abständen vorgelegt werden. Diese Studien sind auch insofern im vorliegenden Zusammenhang besonders interessant, als sie ausdrücklich zu begründen suchen, warum sie Religion bei ihren Umfragen nicht einbeziehen. Religion sei für Jugendliche nicht mehr wichtig, so war schon in den 1980er Jahren in einer der damaligen Shell-Studien zu lesen (vgl. Fuchs, 1985, 266), und deshalb müsse sie auch nicht genauer untersucht werden. Das mag auf den ersten Blick plausibel klingen, wirft bei genauerer Betrachtung aber weitreichende

Rückfragen hinsichtlich der wissenschaftlichen Seriosität solcher Aussagen auf. Wie kann man die Wichtigkeit von etwas wissenschaftlich beurteilen, das man nicht untersucht hat?

Auf weitere Gründe für das genannte Aufmerksamkeitsdefizit, die sich ebenfalls diskutieren ließen, soll hier nicht weiter eingegangen werden (vgl. im Blick auf die Erziehungswissenschaft etwa Schweitzer 2019b). Denn wichtiger als solche Defizite sind am Ende doch die Befunde, die die tatsächliche Bedeutung von Religion im Jugendalter genauer beleuchten können. Dabei wird sich zeigen, dass es auch die spezifische Gestalt jugendlicher Religiosität ist, die dazu führen kann, dass sie verkannt und übergangen wird.

Religion im Jugendalter muss differenziert wahrgenommen werden (These 3)

Für diese These beziehe ich mich im Folgenden in erster Linie auf eigene Tübinger Untersuchungen. Grund dafür ist nicht, dass sie die einzigen wären, die sich in diesem Zusammenhang anführen lassen. Diese Untersuchungen enthalten jedoch eine Reihe methodisch innovativer Elemente, die sie für die Fragestellung des vorliegenden Beitrags besonders interessant machen. Darüber hinaus beruhen die Befunde jeweils auf sehr großen Samples (7.000 bis 10.000 befragte Jugendliche in Deutschland), so dass von einer für diesen Bereich ungewöhnlich soliden empirischen Basis ausgegangen werden kann.

Dass hier innovative Ansätze zum Einsatz kommen, gilt in erster Linie für den längsschnittlichen (longitudinalen) Ansatz, der in verschiedenen Tübinger Studien – für Deutschland und Europa gesprochen: erstmals – im Blick auf Jugend und Religion realisiert werden konnte. Ein wichtiges Vorbild dafür gab es bis dahin nur in den USA, wo der Religionssoziologe Christian Smith und sein Team Jugendliche in mehreren Befragungswellen im Blick auf ihre religiösen Einstellungen und Orientierungen befragen konnten (vgl. Smith, 2005 und Smith, 2009). Der longitudinale Ansatz ist insofern bedeutsam, als er erlaubt, über die weit verbreiteten Momentaufnahmen bei Einmal-Befragungen hinauszugelangen.

Ein weiteres Innovationsmerkmal besteht in dem differenzierten Religionsverständnis, das bei diesen Studien in Gestalt unterschiedlicher Items mit einer entsprechenden Breite und inhaltlichen Ausdifferenzierung zum Tragen kommen konnte. Entsprechend ergeben sich hier auch differenzierte Befunde, die sich in verschiedenen Hinsichten als aufschlussreich erweisen. Wie

im Folgenden gezeigt werden soll, ergeben sich gerade im Blick auf Religion im Jugendalter aus bestimmten Gründen leicht verfehlte Wahrnehmungen und Einschätzungen, wenn man sich nur auf einzelne oder bloß wenige Items beziehen kann, wie dies beispielsweise bei den Shell-Studien im Blick auf Religion im Jugendalter der Fall ist.

Bei einer der Studien wurden Jugendliche über einen Zeitraum von fünf Jahren hinweg vier Mal befragt. Genauer gesagt, handelt es sich um Konfirmandinnen und Konfirmanden, die in repräsentativer Weise ungefähr ein Jahr vor der Konfirmation, unmittelbar vor der Konfirmation, zwei Jahre nach der Konfirmation sowie vier Jahre nach der Konfirmation befragt wurden (vgl. Schweitzer et al., 2016; Ilg et al., 2018). Die Ergebnisse belegen insgesamt ein durchaus nachlassendes Interesse an Glaube und Religion, aber das Bild erweist sich doch als differenziert:

- Auf die stärkste Ablehnung stieß die Aussage „Die Welt ist von Gott erschaffen“, die bei den Befragten schon zum Zeitpunkt der Konfirmation nicht mehr mehrheitsfähig war (48% Zustimmung, Schweitzer et al., 2016, 331). In den späteren Jahren sank sie weiter auf 43% und dann auf 39% Zustimmung (vgl. Ilg et al., 2018, 181; aufgrund von Sample-Unterschieden bei den verschiedenen Befragungszeitpunkten sind die Zahlen nicht exakt vergleichbar).
- Ein bemerkenswert anderer Verlauf findet sich bei dem Item „Es gibt ein Leben nach dem Tod“: Die Zustimmung nahm hier sowohl während der Konfirmandenzeit wie in den ersten beiden Jahren nach der Konfirmation deutlich zu (von 62% auf 71% Zustimmung), und auch beim vierten Befragungszeitpunkt lag sie noch bei 63% (vgl. Ilg et al., 2018, 181).
- Wieder anders stellt sich die Situation bei der Aussage „In schwierigen Situationen hilft mir mein Glaube an Gott“ dar. Hier zeigte sich eine besonders deutliche Zunahme schon während der Konfi-Zeit (von 58% auf 64%), danach aber eine rückläufige Entwicklung auf zunächst 57% und dann auf 50% (vgl. ebd.).
- Fast parallel dazu erwies sich schließlich auch das Bild bei der Aussage „Jesus ist auferstanden“ (ebd.).

Schon diese wenigen Befunde machen deutlich, dass bei der Erfassung von Religion im Jugendalter ein differenzierender Zugang erforderlich ist. Wer sich beispielsweise allein auf Einstellungen zu Gott als dem Schöpfer der Welt konzentriert, erhält ein anderes Bild, als wer nach dem Weiterleben nach dem Tod fragt.

Weiterreichende Erkenntnisse bietet hier die Repräsentativstudie „Jugend – Glaube – Religion“ (Schweitzer et al., 2018), die in Baden-Württemberg durchgeführt wurde und bei ihrer Präsentation im Jahr 2018 sogar bei der BILD-Zeitung für Schlagzeilen sorgte.

Interessant ist hier zunächst der vielfach als überraschend wahrgenommene Umgang mit den Selbstbezeichnungen als „religiös“ und als „gläubig“. Während sich nur 22% der mehr als 7000 Befragten in dieser Studie selbst als „religiös“ ansehen, waren es 41%, die sich als „gläubig“ bezeichneten (Schweitzer et al. 2018, 71). Qualitative Befragungen vor Durchführung der quantitativen Studie hatten ergeben, dass Jugendliche sich eher auf den Begriff „gläubig“ einlassen als auf „religiös“. Hingegen fand der Vorschlag, man könne ja auch „spirituell“ sein, bei den Jugendlichen wenig Zustimmung und Interesse. Der aus der angelsächsischen Diskussion bekannte Befund „spiritual but not religious“ lässt sich so offenbar nicht auf den deutschsprachigen Bereich übertragen. (Das hat wohl auch sprachliche Gründe: Im Englischen haben die Begriffe Religion und Spiritualität andere Konnotationen als im Deutschen.)

Interessanterweise zeigten sich Unterschiede im Blick auf „religiös“ und „gläubig“ auch bei den befragten Muslimen. In diesem Fall sahen sich 58% als „religiös“ – also deutlich mehr als bei den katholischen oder evangelischen Jugendlichen –, aber es waren dann auch hier mit 73% weit mehr, die sich als „gläubig“ ansehen (ebd., 72).

Bemerkenswert ist weiterhin, dass die Zustimmung bei der Aussage „Ich glaube an Gott“ mit 52% aller Befragten noch einmal deutlich höher lag als bei den Fragen nach „religiös“ oder „gläubig“ (ebd., 74). Zugespitzt könnte man sagen, dass den Antworten der Jugendlichen zufolge ein Glaube an Gott weder Religiosität noch Gläubigkeit bedingt – eine Auffassung, die aus Erwachsenenansicht eher inkonsistent wirkt.

Als noch verwirrender können die Angaben zum Gebetsverhalten wahrgenommen werden. Denn hier waren es nur 25% der Befragten, die angaben, dass sie „nie“ beten (ebd., 92). Demnach beten auch zahlreiche Jugendliche,

die angeben, dass sie nicht an Gott glauben – was natürlich jeder Konsistenz-erwartung noch stärker widerspricht.

Nach dem Gottesbild und dem Gottesverständnis wurde bei dieser Studie auch noch genauer gefragt, wobei verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl gestellt wurden (aber zugleich Mehrfachankreuzungen erlaubt waren). Dabei ergaben sich folgende Befunde:

- 49% sahen in Gott „etwas, das Sicherheit gibt“
- 47% „jemand, mit dem man sprechen kann“
- 34% „eine höhere Macht“
- 29% „eine Energie“ (ebd., 79).

Auch hier fallen auf den ersten Blick erhebliche Spannungen auf. Wenn 75% der Befragten zumindest dann und wann einmal beten – wie kann es dann sein, dass nur 47% sagen, Gott „sei jemand, mit dem man sprechen kann“?

Die Studie „Jugend – Glaube – Religion“ umfasste auch eine umfangreiche qualitative Interview-Studie. Einige exemplarische Aussagen von Jugendlichen aus diesem Teil können zumindest einen Kontext für die quantitativen Angaben machen:

„Die Geschichten um Gott machen wissenschaftlich gesehen keinen Sinn mehr. Gott ist mir zu surreal.“

(w, 17 Jahre, rk, Religionsunterricht, allgemeinbildendes Gymnasium)

„Ich habe angefangen, mehr über Gott nachzudenken und mehr gebetet, dadurch habe ich mich sicherer und geborgener gefühlt.“

(w, 17 Jahre, ev, Religionsunterricht, berufliches Gymnasium)

Die längsschnittliche Anlage der Studie brachte auch die Möglichkeit mit sich, Veränderungen über die Zeit in den Blick zu nehmen. Verglichen wurde dabei u.a. das Nachdenken über den Sinn des Lebens und das Nachdenken über Gott. Das Nachdenken über den Sinn des Lebens blieb über die ca. ein- einhalb Jahre zwischen dem ersten und zweiten Befragungszeitpunkt hinweg (die Befunde zum dritten Befragungszeitpunkt befinden sich noch in Auswertung und sollen im Jahr 2020 veröffentlicht werden) auf einem konstant hohen Niveau von 71%. Bei dem Nachdenken über Gott hingegen war eine markante Zunahme von (tatsächlich) 0% auf 36% festzustellen (ebd., 133).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Religion und Glaube im Jugendalter sich durchaus widersprüchlich darstellen. Die verschiedenen Antworten lassen bei den Jugendlichen nur wenig Bemühen darum erkennen, für sich selbst zu einem konsistenten Bild zu gelangen. Dies unterstreicht noch weiter, wie leicht es ist, die Bedeutung von Religion im Jugendalter zu übersehen oder zu übergehen – etwa weil man sich bei einer Untersuchung auf nur einen der genannten Aspekte bezieht und daraus auf alle anderen Aspekte folgern zu können glaubt. Weiter geht aus den spannungsvollen Befunden hervor, dass den Jugendlichen Religion wohl an verschiedenen Punkten ihres Lebens nach wie vor sehr wichtig sein kann – das ist vor allem am Gebetsverhalten abzulesen, das wohl nicht selten mit Erfahrungen von Angst, Bedrohung und Verlassensein zu tun hat –, während sie Religion und vor allem Kirche in anderen Hinsichten gar nicht wichtig finden. Wer Jugendlichen gerecht werden will, muss sich also auf ein komplexes und als widersprüchlich zu empfindendes Gesamtbild einlassen. Vor allem die verbreitete Gleichsetzung von Kirchlichkeit und Religion oder Religiosität führt zu Fehleinschätzungen.

Sinnerfahrungen sind für Jugendliche nach wie vor zentral, aber Sinn ist zu einer knappen Ressource geworden (These 4)

Wie wichtig den Jugendlichen selbst Sinnfragen sind, wurde bereits deutlich. Als „knappe Ressource“ sind Sinnerfahrungen heute vor allem deshalb zu bezeichnen, weil die soziale Verbürgtheit religiöser Sinngebungen in der Gesellschaft insgesamt deutlich abnimmt. Zwar wird die früher weit verbreitete säkularisierungstheoretische Auffassung, der zufolge Religion in der modernen Gesellschaft überhaupt verschwinde, so kaum mehr vertreten – das erwartete Verschwinden von Religion hat sich so einfach nicht eingestellt –, aber die religiösen Verhältnisse sind doch deutlich anders geworden. Dazu gehören als übergreifende Signaturen unserer Gegenwart vor allem die religiöse Pluralisierung und Individualisierung. Die für frühere gesellschaftliche Situationen kennzeichnende soziale Verbindlichkeit einer Religionszugehörigkeit ist heute, schon angesichts des stark gewachsenen Anteils Konfessionsloser, weithin nicht mehr gegeben. Die Präsenz unterschiedlicher Religionen ist in Deutschland unübersehbar geworden. Wie der Religionssoziologe Peter L. Berger es einmal treffend ausgedrückt hat, verläuft der Trend vom „Schicksal zur Wahl“, d.h. in religiösen Fragen darf, muss aber auch jeder und jede Einzelne eine eigene Auswahlentscheidung treffen (vgl. Berger, 1980).

Dazu kommt der Wandel der Familienerziehung, die sich immer seltener als explizit religiös und noch seltener als kirchlich orientiert darstellt. Allen Befunden auch der genannten Tübinger Studien zufolge wirkt die religiöse Familienerziehung auch im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt deutlich weiter nach. Die religiöse Sozialisation ist dabei insgesamt zwar nicht so negativ zu sehen, wie dies in der Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung der evangelischen Kirche in Deutschland dargestellt wird (hier wird von einem weitgehenden Ausfall der religiösen Sozialisation ausgegangen, vgl. EKD, 2014, 60-72), aber eine ausgeprägte religiöse oder kirchliche Familiensozialisation stellt doch eher eine Ausnahme dar (Schweitzer et al., 2018, 107).

Zunehmend begegnen junge Menschen in der Gesellschaft Sinnangeboten, die sich – wie es bei den PISA-Studien heißt – auf „better jobs“ und „higher salaries“ beschränken (vgl. OECD, 2001, 19-20). Solche Sinnangebote sind aber nur bedingt tragfähig, und angesichts von Lebenskrisen erweisen sie sich rasch als überaus brüchig. Welchen Sinn hat ein Leben, das weder karriereförmig verläuft noch höhere Einkünfte verspricht?

Den Befunden zufolge haben Jugendliche teils auch wenig Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen. In der Soziologie wird dies häufig als „soziales Kapital“ thematisiert. In der Studie „Jugend – Glaube – Religion“ trat zutage, dass Jugendliche im beruflichen Bildungswesen – im Unterschied zum Gymnasium – besonders wenig Vertrauen in gesellschaftliche Gruppen oder Organisationen zeigen und insofern über deutlich weniger „soziales Kapital“ verfügen (vgl. Schweitzer et al., 2018, 166).

Systematisch formuliert sind Lebensentwürfe nur dann tragfähig und können nur dann Ausgangspunkt für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sein, wenn sie weiterreichende Sinnperspektiven eröffnen. Je knapper die „Resource Lebenssinn“ wird, desto schwieriger wird es, tragfähige Lebensentwürfe zu entwickeln. Umso problematischer muss es erscheinen, wenn gerade Jugendliche, die zu den weniger Privilegierten in der Gesellschaft zählen, zugleich auch deutlich weniger Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen ausbilden konnten.

Zusammenfassende Überlegungen zu den vier Thesen

Der vorliegende Beitrag ging von vier Thesen aus, die als Hypothesen verstanden werden sollten. Am Ende kann festgehalten werden:

- Nach wie vor hat die als klassisch zu bezeichnende Sichtweise, dass zur gesunden Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter auch die religiöse Entwicklung gehört, ihre Bedeutung nicht verloren. Gerade aktuelle Befunde machen deutlich, dass Religion – oft im Unterschied zu Kirche oder Kirchlichkeit – vielen Jugendlichen wichtig bleibt, auch wenn sie traditionelle Bezeichnungen wie „religiös“ nicht mehr auf sich anwenden wollen.
- Dass die religiöse Dimension besonders der adoleszenten Entwicklung heute häufig übersehen und übergangen wird, zeigt vor allem die allgemeine Jugendforschung. Wenn deren Aufmerksamkeitsdefizit im Blick auf Religion im Jugendalter begründet wird, kommt es zu widersprüchlichen Aussagen: Was nicht untersucht wurde, sei auch nicht wichtig gewesen, was nicht wichtig sei, werde auch nicht weiter untersucht – ein offensichtlicher Zirkelschluss, der eher zu Vorurteilen führt als zu wissenschaftlichen Befunden.
- Unübersehbar zeigen die Befunde ein widersprüchliches und insofern aber auch dynamisches Bild von Religion im Jugendalter, das sich nur schwer auf einen klaren Nenner bringen lässt. Für die Jugendlichen scheint es kein Widerspruch zu sein, dass sie nicht an Gott glauben – und doch zu ihm beten. Man kann „gläubig“ sein, aber nicht „religiös“ – und auf jeden Fall glauben mehr Jugendliche an Gott, als es die Zustimmung zu den Bezeichnungen als „religiös“ oder „gläubig“ erwarten lassen. Wer Religion im Jugendalter und damit auch den Jugendlichen selbst gerecht werden will, muss sich auf dieses widersprüchliche und komplexe Bild einlassen.
- Dass Lebenssinn zu einer „knappen Ressource“ geworden ist, muss umso bedenklicher stimmen, je bedeutsamer Sinnerfahrungen im Jugendalter für die Jugendlichen und ihre Persönlichkeitsentwicklung bleiben. Dabei sind unterschiedliche Gruppen von Jugendlichen in unterschiedlicher Weise betroffen – gerade weniger privilegierte und sozial benachteiligte Jugendliche scheinen auch weniger Zugang zu religiösen und kirchlichen Angeboten zu finden.

Literatur

- Berger, P.L.* (1980) *Der Zwang zur Häresie. Religion in der pluralistischen Gesellschaft*. Frankfurt/M., S. Fischer.
- EKD* (2014b) *Engagement und Indifferenz. Kirchenmitgliedschaft als soziale Praxis*. V. EKD-Erhebung über Kirchenmitgliedschaft, Hannover, Kirchenamt der EKD.
- Erikson, E.H.* (1998) *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Fowler, J.W.* (1991) *Stufen des Glaubens: Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn*. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Fuchs, W.* (1985) *Konfessionelle Milieus und Religiosität*. In: *Jugendwerk der Dt. Shell* (Hrsg.) *Jugendliche und Erwachsene '85. Generationen im Vergleich*. Bd. 1: *Biografien, Orientierungsmuster, Perspektiven* (S. 265-304) Opladen, Leske + Budrich.
- Ilg, W., Pohlers, M., Gräbs-Santiago, A., Schweitzer, F.* (2018) *Jung – Evangelisch – Engagiert. Langzeiteffekte der Konfirmandenarbeit und Übergänge in ehrenamtliches Engagement. Empirische Studien im biografischen Horizont*. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- James, W.* (1977) *Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur*. Freiburg, Walter.
- OECD* (2001), *Knowledge and skills for life. First Results from the OECD Programme for International Student Assessment (PISA) 2000*, Danvers, OECD.
- Oser, F., Gmünder, P.* (1984) *Der Mensch - Stufen seiner religiösen Entwicklung. Ein strukturgenetischer Ansatz*. Zürich u.a., Benziger.
- Schweitzer, F.* (1998) *Die Suche nach eigenem Glauben. Einführung in die Religionspädagogik des Jugendalters*. Zweite Auflage Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Schweitzer, F.* (2016) *Lebensgeschichte und Religion. Religiöse Entwicklung und Erziehung im Kindes- und Jugendalter*. 8. Auflage. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Schweitzer, F.* (2019a) *Das Recht des Kindes auf Religion*. 2. Auflage der Neubearbeitung. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Schweitzer, F.* (2019b) *Repression of Religion in General Education? The Case of Germany from a Christian Perspective*. In: *Käbisch, D.* (Hrsg.) *Religion and Educational Research. National Traditions and Transnational Perspectives* (pp. 79-92). Münster, Waxmann.
- Schweitzer, F., Hardecker, G., Maaß, C.H., Ilg, W., Lißmann, K.* (2016) *Jugendliche nach der Konfirmation. Glaube, Kirche und eigenes Engagement – eine Längsschnittstudie*. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Schweitzer, F., Wissner, G., Bohner, A., Nowack, R., Gronover, M., Boschki, R.* (2018) *Jugend – Glaube – Religion. Eine Repräsentativstudie zu Jugendlichen im Religions- und Ethikunterricht*. Münster/New York, Waxmann.
- Shell Deutschland Holding* (Hrsg.) (2015) *Jugend 2015. Eine pragmatische Generation im Aufbruch*. Frankfurt/M., Fischer
- Smith, C. (mit Denton, M.L.)* (2005) *Soul Searching: The Religious and Spiritual Lives of American Teenagers*. New York, Oxford University Press.

- Smith, C. (mit Snell, P.)* (2009) *Souls in Transition: The Religious and Spiritual Lives of Emerging Adults*. New York, Oxford University Press.
- Spranger, E.* (1957) *Psychologie des Jugendalters*. Heidelberg, Quelle & Meyer.
- Werner, E.E., Smith, R.S.* (1982) *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York et al., McGraw-Hill.

Autor:

Prof. Dr. rer. soc. theol. habil. Dr. theol. h.c. Friedrich Schweitzer

Professor für Religionspädagogik / Praktische Theologie

Evangelisch-Theologische Fakultät

Universität Tübingen

Liebermeisterstr. 12

72076 Tübingen

Tel.: 07071 2973316

Friedrich.Schweitzer@uni-tuebingen.de

Homepage: <https://uni-tuebingen.de/fakultaeten/evangelisch-theologische-fakultaet/lehrstuehle-und-institute/praktische-theologie/praktische-theologie-ii/mitarbeiter/schweitzer-friedrich-prof-dr-dr-hc/>

Medizinische Kinderschutzhotline

*Tobias Heimann, Oliver Berthold
& Vera Clemens*

Der medizinische Kinderschutz gewinnt in Deutschland an Stellenwert. Dies zeigt sich nicht nur durch die Zunahme an Kinderschutzambulanzen und -gruppen im gesamten Bundesgebiet und die fach- und berufsübergreifende S3-Leitlinie. Innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen können viele Akteure mit gefährdeten oder bereits misshandelten oder vernachlässigten Kindern in Kontakt kommen. Dies führt häufig zu Fragen und Unsicherheiten, für die die *Medizinische Kinderschutzhotline* telefonisch rund um die Uhr zur Verfügung steht. Nachfolgend finden Sie eine Auswahl häufiger Anfragen. Zur Gewährleistung der Anonymität wurden die Fälle in Details verändert.

Fall 1

Die Anruferin arbeitet in einer psychosomatischen Klinik.

„Wir hatten bis heute Morgen eine 15-jährige Patientin mit Anorexie stationär. Die Kinderärztin hatte wegen Uneinsichtigkeit der Familie eine Meldung beim Jugendamt gemacht, dann ist die Patientin mit einem BMI von 13 zu uns gekommen. Wir hatten allerdings selbst keinen Kontakt zum Jugendamt. Sie war jetzt ein paar Wochen bei uns und hat einen BMI von 17, es geht ihr auch soweit gut, aber sie hat überhaupt keine Krankheitseinsicht. Sie ist heute von den Eltern gegen ärztlichen Rat abgeholt worden. Ich mache mir Sorgen, dass sie direkt wieder Gewicht verliert. Eine ambulante Psychotherapie klappt erst in ein paar Monaten. Müssen wir den Fall dem Jugendamt melden?“

Große, repräsentative Untersuchungen, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt worden sind, zeigen anhaltend hohe Prävalenzen für körperliche oder emotionale Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch an Kindern. Ein Drittel der befragten Erwachsenen gab an, von

irgendeiner Misshandlungsform in der Kindheit betroffen gewesen zu sein. Zumindest jedes achte Kind wird Opfer körperlicher Misshandlung (Witt et al. 2017). Eine systematische Erfassung, wie häufig Fachkräfte mit dem Thema konfrontiert sind, existiert unseres Wissens nicht.

In Deutschland gibt es für Berufsgeheimnisträger keine generelle Pflicht, Kindeswohlgefährdungen zu melden. Im Jahr 2012 hat der Gesetzgeber das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ erlassen, das in seinem Paragraf 4 die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung regelt. Zusammengefasst gibt „4KKG“ Schweigepflichtigen den Rahmen vor, bei „gewichtigen Anhaltspunkten“ eine Information des Jugendamtes durchzuführen und bietet somit eine Befugnisnorm zum „Bruch“ der Schweigepflicht.

Fall 2

Die Anruferin ist Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in eigener Praxis.

„Ich behandle ein 5-jähriges Mädchen, das in der Kita immer wieder durch sexualisierte Verhaltensweisen auffällt. Sie malt explizite Dinge und masturbiert fast täglich öffentlich. Sie sagt, dass ihr das ein schönes Gefühl mache, sonst äußert sie sich nicht. Sie ist auf Anraten der Kita zu mir gekommen, und ich habe Angst, dass ein sexueller Missbrauch dahinterstecken könnte. Mit den Eltern habe ich noch nicht darüber geredet. Sollte ich das? Oder sollte ich direkt mit dem Jugendamt Kontakt aufnehmen?“

Häufig prallen an der Schnittstelle „Medizin/Jugendamt“ Welten aufeinander. Während vielen MedizinerInnen die Regeln und Abläufe des Jugendamtes unbekannt sind, kann auf der anderen Seite nicht immer die implizite Bedeutung medizinischer Befunde erfasst werden. Was bedeutet ein psychopathologischer Befund, den Sie erhoben haben, für das Kind und die Prognose? Warum macht die Kinderärztin sich so große Sorgen, „nur“, weil der Säugling einen blauen Fleck im Gesicht hat? Nicht zuletzt besteht auch bei den „Profis“ selbst oft Unsicherheit im Kontakt mit Themen des Medizinischen Kinderschutzes. Ist das sexualisierte Verhalten einer kleinen Patientin als auffällig zu werten? Kann die Fraktur dieses Säuglings wirklich durch ein Einklemmen im Gitterbett zustande gekommen sein? Ist es eine akzeptable „strenge Erziehung“, wenn Kinder tagelang in ihren Zimmern eingesperrt werden? Reicht dieser oder jener Befund aus, um von einem „gewichtigen Anhaltspunkt“ für Kindeswohlgefährdung zu sprechen, den das Kinderschutzgesetz verlangt?

Fall 3

Der Anrufer ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. *„Zu mir kommt ein 10 Jahre alter Junge, der mehrfach öffentlich mit Suizid gedroht hat. Jetzt distanziert er sich davon, trotzdem hat er einen hohen Leistungsdruck: Der Vater sei zuhause sehr bestimmend, es herrschen sehr starre Regeln und teilweise definierte Strafen für ein „Vergehen“. Wobei ein „Vergehen“ auch sein kann, dass der Junge oder sein Bruder auf Toilette gehen, ohne vorher um Erlaubnis zu fragen. Der Junge leidet sehr darunter. Ist das nicht emotionale Misshandlung? Wie sollte ich da vorgehen?“*

Die Medizinische Kinderschutzhotline besteht seit dem Jahr 2017 und wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert. Wir beraten bisher ausschließlich medizinisches Personal (also neben ÄrztInnen auch Pflege- und Rettungspersonal, PhysiotherapeutInnen usw.). Unser Beratungsteam setzt sich aus Assistenz- und FachärztInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Rechtsmedizin zusammen. Unsere MitarbeiterInnen haben alle die Weiterbildung zur „Insofern erfahrenen Fachkraft“, arbeiten neben der Hotline weiterhin ärztlich „im Feld“ und bilden eine Brücke zwischen den beiden Kinderschutzgebieten Medizin und Jugendamt.

Bis zum 31.7.2019 haben wir insgesamt 1569 Anrufe dokumentiert, 70% davon aus der zu beratenden Zielgruppe. Etwa die Hälfte der Anrufenden waren ÄrztInnen (vor allem aus Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), 30 % waren Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sowie Psychologische PsychotherapeutInnen, teilweise noch in Ausbildung. Knapp die Hälfte der Anrufe erreichte uns aus Kliniken, 27% aus dem niedergelassenen Bereich.

Erfreulicherweise stellen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen des Erwachsenenalters die größte Gruppe der Anrufenden, die nicht primär Kinder behandeln. Dies zeigt, dass die Problematik Kinder psychisch kranker Eltern und möglicher Hilfebedarf betroffener Familien zunehmend in den Fokus rückt.

Fall 4

Der Anrufer ist Psychiater für erwachsene Patienten in eigener Praxis. *„Ich habe hier einen Vater, der das Sorgerecht für ein 3-jähriges Mädchen hat. Die Mutter hat das Sorgerecht für ein älteres, chronisch krankes Kind. Der Vater leidet an einer schweren Depression und ich bin sicher, dass er in seinem derzeitigen Zustand nicht ausreichend für das Kind sorgen kann. Er sagt aber,*

wenn ich dem Jugendamt eine Mitteilung mache und er das Kind verliert, dann bringt er sich um. Ich habe auch ein sehr gutes therapeutisches Verhältnis zu ihm, das ich nicht gefährden möchte. Wie sehen Sie die Situation?

Häufig gibt es in den Beratungen keine eindeutig richtige oder falsche Antwort. Oft diskutieren wir mit den Anrufenden, wägen Für und Wider einer Kinderschutzmeldung oder die Relevanz von Symptomen ab. Viele Anrufende haben bereits eine Idee, wie sie vorgehen wollen, und holen sich mit der Beratung Handlungssicherheit.

Da die Befugnisnorm aus § 4 KKG eine recht junge Regelung ist, stehen höchstrichterliche Urteile dazu noch aus. Es kann daher in der Beurteilung, insbesondere im Hinblick auf den dort formulierten unbestimmten Rechtsbegriff der „gewichtigen Anhaltspunkte“, noch nicht auf eine feststehende Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Umso wichtiger ist es auch für die eigene Absicherung, eine sorgfältige Güterabwägung zu treffen und ggf. Beratung in Anspruch zu nehmen. So kann bei guter Dokumentation später nachgewiesen werden, dass die Informationsweitergabe nicht leichtfertig erfolgte.

Die Medizinische Kinderschutzhotline ist für Sie da, wenn Sie

- sich fragen, ob ein Befund oder eine Situation eine Kindeswohlgefährdung darstellt
- Tipps im Umgang mit der Gesprächsführung mit Eltern oder Kind wünschen
- Fragen zum rechtlichen Hintergrund bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung haben, auch den Kontakt zu Jugendamt oder Polizei betreffend
- ein fachlich-kollegiales Gespräch zu Ihrem Fall suchen, um sich in Ihrem Vorgehen sicher zu werden

Die *Medizinische Kinderschutzhotline* ist jeden Tag 24 Stunden unter 0800 19 21000 erreichbar.

Literatur:

Witt A, Brown R, Plener P, Brähler E, Fegert JM (2017) Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 11:47

Kolumne:
Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im „Mitgliederrundbrief“ des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – III/1994“ konnte der Vorsitzende des BKJPP verkünden: **Nie waren die Voraussetzungen für die Niederlassung von Kinder- und Jugendpsychiatern so günstig wie heute!**

Nachdem bereits unter der Präsidentschaft von Dr. Reinhard Schydlo wichtige Leistungsmöglichkeiten in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen erkämpft worden waren, gab es inzwischen noch weitere bedeutsame Erweiterungen der Wirkungsspektrums:

- Die Erbringung und Honorierung nichtärztlicher Leistungen wurde durch die SPV bundesweit für die Versicherten der Ersatzkrankenkassen und zunehmend auch die der Primärkassen möglich.
- Die zwischenzeitlich verloren gegangene Möglichkeit zur kinderpsychiatrischen Gruppenbehandlung wurde erneut zugelassen.
- Die kinderpsychiatrische Behandlung wurde nicht mehr als nur „verbale“ sondern als „kommunikative“ Intervention definiert. Damit war diese Leistung auch bei Kleinkindern und verbal eingeschränkten PatientInnen möglich.
- Berufsrechtlich und in Bezug auf GOÄ und EBM wurde anerkannt, dass die „Heranwachsenden“, also junge Erwachsene von 18 bis 21 Jahren, zum Versorgungsbereich unseres Fachgebietes gehören, was immer wieder von diversen Stellen bezweifelt worden war.
- Durch die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung wurde es möglich, bis zu 2 Jahre der Facharztweiterbildung in einer Praxis zu absolvieren.

- Und schließlich fehlten in unserem Fachgebiet nicht nur noch sehr viele Ärztinnen und Ärzte, sondern es gab auch bundesweit für diese keine Niederlassungsbeschränkung.

Eine Besonderheit im Herbst 1994 war die gemeinsame Jahrestagung von BKJPP und DGKJP am 16./17.09.1994 in Aachen in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Psychosomatik und Psychotherapie der RWTH Aachen. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aachen befand sich erst noch in Planung.

In der Verantwortung des BKJPP wurde unter der Schirmherrschaft von Johannes Rau, Ministerpräsident des Landes NRW, das öffentliche Symposion „Alle Gewalt geht vom Volke aus – Reflexionen zur Entstehung, Entwicklung, Ambivalenz von und zum Umgang mit Gewalt aus ärztlicher, juristischer, pädagogischer, soziologischer, theologischer und verhaltensanthropologischer Sicht“ durchgeführt.

Die DGKJ leitete das Wissenschaftsforum „Neue Ergebnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Auf der Berufspolitischen Arbeitstagung am 17.09.1994 standen Dr. med. Winfried Schorre als Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Eckhard Fiedler für den Verband der Angestellten-Krankenkassen und Dr. Paul Lubecki für den AOK-Bundesverband zur „Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ Rede und Antwort.

Dr. Reinhard Schydlo berichtete aus der U.E.M.S. von der „Working Group for Harmonization of Training in Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy. Und Prof. Dr. Max H. Friedrich lud zur „I. European Training Convention for Child psychiatry“ am 29./30.09.1994 in Wien ein.

Im Wissenschaftsteil formulierte Prof. Dr. Gunther Klosinki, Tübingen, zum Thema „Macht, Machtmißbrauch und Machtverzicht“ seine „Anmerkungen zum therapeutischen Umgang mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern“.

Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen, stellte „Aggression und Gewalt bei Kinder und Jugendlichen – Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten“ dar.

Dr. Renate Voll, Neckargemünd, berichtete über „Fremdenfeindliche Gewalt Jugendlicher – Asylantenwohnheim vor der Haustür unerwünscht oder Biedermann und seine jugendlichen Grandstifter“.

Dipl.-Psych. Astrid Katur referierte unter dem Titel „Die Macht zurück an das Volk“ Erfahrungen mit dem neuseeländischen Kinderschutzgesetz.

Die Themen dieser Beiträge sind leider unverändert aktuell und die damaligen Erkenntnisse und Anregungen auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Herbst und Winter 1994 wichtig war und was alles im Forum IV/1994 stand, das erfahren Sie im „forum IV/2019“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Kolumne:

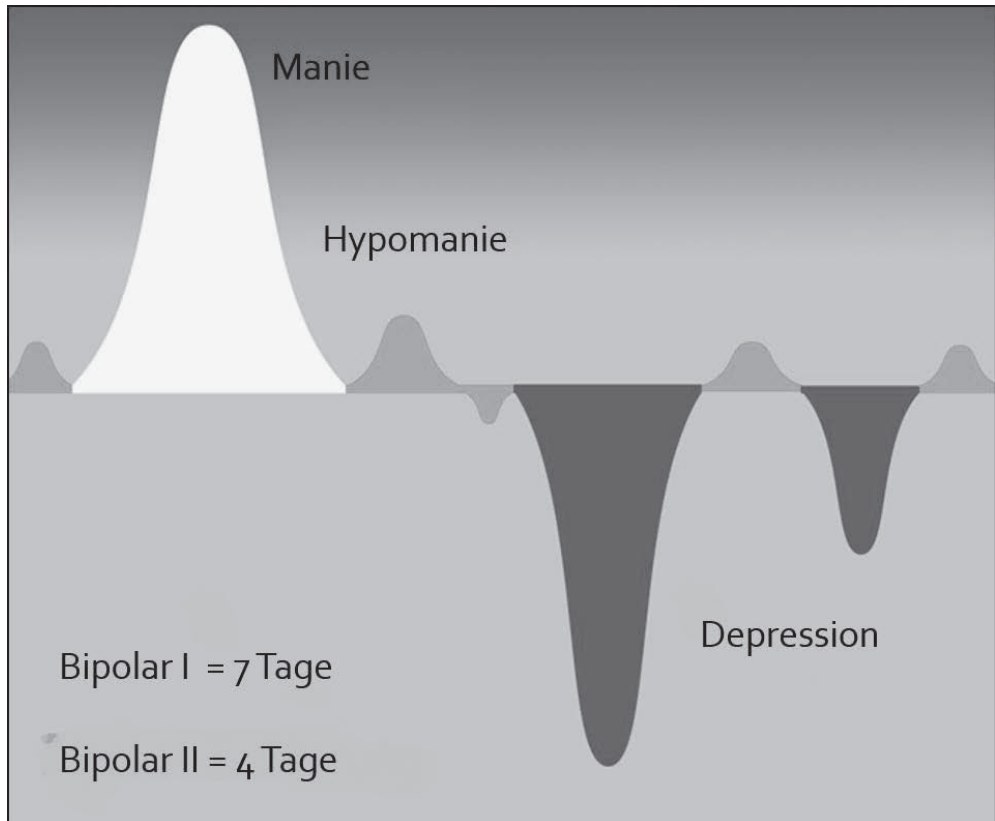
**Pharmakologische Behandlung:
Bipolare Störungen – ADHS
Sind bipolare Störungen bei Kinder- und
Jugendpsychiatern und ADHS
bei Nervenärzten unterdiagnostiziert?**

Klaus-Ulrich Oehler

Als ich vor 30 Jahren meine psychiatrische Laufbahn begann, waren die psychiatrischen Krankheiten, von Ausnahmen abgesehen, in drei große Gruppen eingeteilt. Zum einen gab es die sogenannten genetisch bedingten, endogenen psychiatrischen Erkrankungen wie z. B. Demenzerkrankungen, Psychosen und endogene, bzw. organische Depressionen; Erkrankungen, bei denen man dem Patienten schon auf die Ferne die psychische Beeinträchtigung ansehen konnte. Bei den übrigen Erkrankungen war die genetische bzw. biologische Genese zumindest kritisch hinterfragt und als wenig wahrscheinlich erachtet worden. Der Rest der Erkrankungen wurde in die sogenannten neurotischen Störungen eingeteilt, wobei letzteres schon ein tiefenpsychologischer, psychoanalytischer Begriff war. Hier konkurrierten seinerzeit schon psychotherapeutische Schulen, die tiefenpsychologisch ausgerichtet waren, und verhaltenstherapeutisch strukturierte Ansätzen um die Deutungshoheit. Gewisse Schwerpunkte kristallisierten sich heraus, so schienen beispielsweise bei Angst- und Zwangserkrankungen verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen effektiver zu sein.

Bezüglich dieser Sichtweise fielen zwei Erkrankungen aus dem Rahmen. Bei beiden war alleine durch epidemiologische Untersuchungen sehr wahrscheinlich, dass es sich um eine genetisch bedingte psychiatrische Erkrankung handelte, d. h. biologische Faktoren doch sehr maßgebend waren. Es handelte sich um bipolare Störungen sowie Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS). Die bipolaren Störungen waren diesbezüglich oft sehr eindrucksvoll, da häufig ohne eine klassische psychopathologische Grundkonstellation,

anscheinend aus dem Nichts heraus Auslenkungen der Stimmungslage auftraten, die sehr eindrucksvoll waren. Bekannterweise zeichnen sich bipolare Störungen dadurch aus, dass den depressiven Phasen eine manische Phase vorausgeht und nach der Depression zumindest eine kleinere manische Nachschwankung gesehen wird. Je nachdem, wie stark die Auslenkungen sind, unterscheidet man Bipolar-I- und Bipolar-II-Störungen von zylothymen Störungen.

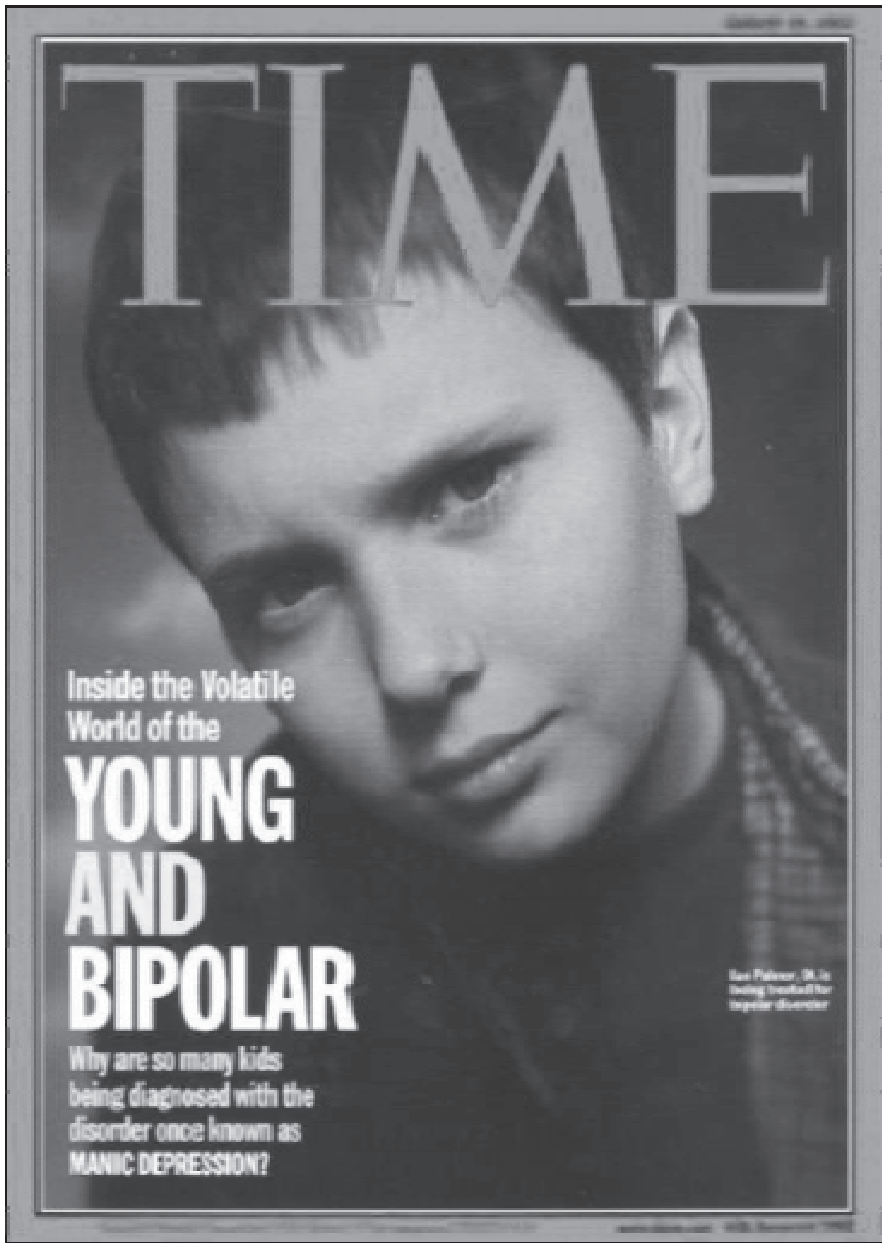


Die zweite Erkrankung ADHS wurde lange Zeit als Modeerscheinung abgetan. Man ging davon aus, dass sich die Erkrankung spätestens nach der Pubertät zum Erwachsenenalter hin legt bzw. ganz sistiert, so dass diese insbesondere von Erwachsenenpsychiatern nicht sehr ernstgenommen wurde. Heute wissen wir durch zahlreiche Studien, dass sich häufig eine oder mehrere Komorbiditäten entwickeln und die Lebenserwartung von ADHS-Patienten deutlich begrenzt ist (Apsad Washington 2018, Barkley). Wir wissen weiterhin, dass ADHS-Patienten ein um den Faktor 4,83 erhöhtes Suizidrisi-

ko haben und auch ein 1,8faches erhöhtes Risiko, innerhalb eines beliebigen Vierjahreszeitraum zu versterben (Barkley 2018). Es gibt der gleichen Veröffentlichung folgend ein Risiko für Übergewicht, Bulimie, Demenz (3- bis 4fach erhöht) sowie ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Das in das Erwachsenenalter persistierende ADHS kann die Lebenserwartung um 20 Jahre reduzieren, bei Nichtpersistenz um 12 Jahre im Vergleich zur Kontrollpopulation (Barkley 2018).

Es stellt sich nun die Frage, wieso Erwachsenenpsychiater ein Problem haben, eine Erkrankung zu diagnostizieren, die so häufig ist und so viele Folgeerkrankungen bedingt. Die gleiche Frage stellt sich bei bipolaren Störungen im Kindes- und Jugendalter. Hier bestehen vergleichbare Prävalenzzahlen. Wir wissen, dass 90 % der bipolaren Störungen vor dem 19. Lebensjahr beginnen, d. h. bezüglich des Alters in unseren Aufgabenbereich fallen. Wenn man sich die KV-Daten anschaut, diagnostizieren Kinder- und Jugendpsychiater diese Erkrankung in deutlich weniger als 1 %. Dabei muss man jedoch bedenken, dass sich die klassische Form der bipolaren Störungen, wie sie in der Abb. 2 gezeigt wird, erst in der Spätadoleszenz zeigt. In der frühen Adoleszenz ist die bipolare Störung durch ein unreifes Muster gekennzeichnet. Es finden sich hier häufig Rapid-cycling, d. h. Schwankungen, die nur wenige Tage anhalten, manchmal auch nur für Stunden und an bestimmten Tagen auftreten. Die Frage ist, inwieweit dies Vorläufer der späteren klassischen bipolaren Störungen sind oder inwieweit es sich um Besonderheiten der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung insbesondere mit depressiver Komorbidität handelt. Diese Frage ist insofern wichtig, da sich die Diagnosehäufigkeit dieser Erkrankung in verschiedenen Kulturen, insbesondere in den Vereinigten Staaten von Amerika anders darstellt. Bei den meisten psychiatrischen Erkrankungen haben wir im Vergleich zu den USA ähnliche Prävalenzzeiten und unsere therapeutischen Konzepte sind auch sehr vergleichbar. Dieses ist bei bipolaren Störungen völlig divergent.

In den USA gab es von 1994 bis 2003 einen 40fachen Anstieg ambulant diagnostizierter bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dieses ist insofern auch von praktischer Bedeutung, da diese Kinder häufig pharmakologisch, in der Regel mit Quetiapin, behandelt wurden. Es wurden bezüglich der Pharmakotherapie Daten aus dem Erwachsenenalter zu Grunde gelegt.



Quetiapin war in den USA über viele Jahre ausschließlich für bipolare Störungen zugelassen. Die meisten pharmakologischen Untersuchungen bezüglich Pharmakotherapie von bipolaren Störungen bezogen sich auf Quetiapin. Andere therapeutische Ansätze kamen kaum zur Geltung. Dieses Therapiekonzept wurde auf das Kinder- und Jugendalter übertragen. Wir sehen auch in

den entsprechenden Leitlinien eine aus meiner Sicht relativ unkritische Übernahme dieser Daten aus dem Erwachsenenalter. Dies führte auch in den USA zu einer erheblichen Diskussion. Alleine im Jahre 2005, als DSM-5 in der Vorbereitungs- und wissenschaftlichen Absicherungsphase war, wurden aus diesem Grunde in den USA mehr Studien bezüglich bipolarer Störungen des Kindes- und Jugendalters durchgeführt als in der gesamten Nachkriegszeit zuvor. Es ergab sich die These, dass die bipolaren Störungen im Kindes- und Jugendalter noch sehr unreif sind und sich anders zeigen. Deshalb wurde eine neue diagnostische Kategorie geschaffen. Diese wurde gemäß DSM-5 als *disruptive mood dysregulation disorder* DMDD bezeichnet. Die Frage war, handelt es sich hier um eine pädiatrische bipolare Störung, oder ist dies eher eine Variante des uns bekannten ADD. Der Autor möchte an die Diagnose Sluggish cognitive Tempo erinnern, die Anfang der 90er Jahre diskutiert wurde. Heute gehen wir jedoch eher davon aus, dass es ein Subtyp des ADHS ist.

Bezüglich der Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) als pediatric bipolar disorder ergaben sich entsprechende Forschungen (Gella et al. 2004 Arch gen psychiatry). Voraussetzungen zur Diagnosestellung sind ein früher Beginn um das 7. Lebensjahr, ein ultradianes Cycling sowie drei bis fünf Zyklen pro Tag. Eine enge Komorbidität zu ADHS wurde gesehen.

Nach DSM-5 gelten für die disruptive Affektregulationsstörung folgende Bedingungen:

A	Schwere Wutanfälle (verbal / physisch) in Dauer und Intensität unangemessen
B	Entwicklungsstand unangemessen
C	Ausbrüche mind. 3x / Woche
D	Stimmung zwischen Ausbrüchen gereizt / ärgerlich fast jeden Tag, die meiste Zeit des Tages und beobachtbar (Eltern / Lehrer / Peer)
E	Kriterien A-D über 12 Monate oder mehr vorhanden (Unterbrechung < 3 Monate).
F	Kriterien A-D in mind. zwei Lebensbereichen vorhanden (häusliches Umfeld / Schule / Peer) und mind. 1x schwer ausgeprägt
G	Symptomatik nicht vor dem 6. J. oder nach 18 J.
H	Erstmanifestation Kriterien A-E vor dem 10. J.

Entscheidend ist die erste Manifestation der Symptome A bis E vor dem 10. Lebensjahr und dass die Symptomatik nicht vor dem 6. oder nach dem 18. Lebensjahr primär auftritt. Kernsymptome sind die schweren Wutanfälle (verbal/psychisch), die in Dauer und Intensität unangemessen sind. Weiterhin ist wichtig, dass der Entwicklungsstand unangemessen ist und dass es mindestens drei Ausbrüche pro Woche gibt. Auch zwischen den Ausbrüchen ist die Stimmung gereizt und die meiste Zeit des Tages beobachtbar in verschiedenen sozialen Situationen (zu Hause, in der Schule und bei den Peergroups). Die Symptomatik muss über 12 Monate vorhanden sein, eine Unterbrechung darf weniger als drei Monate dauern.

Die Frage ist, ob dieser Symptomenkomplex eine Vorstufe bipolarer Störungen ist und ob die so diagnostizierten Patienten später bipolar erkranken. Dieses ist von besonderer Bedeutung, da man dann über unterschiedliche Behandlungskonzepte diskutieren könnte. Die Frage ist, ob man diese Patienten pharmakologisch mit Amphetaminen behandelt, mit Neuroleptika oder vor dem Hintergrund einer sich möglicherweise entwickelnden bipolaren Störung vielleicht auch mit Mood-Stabilizern. Diesbezüglich wurde eine Langzeitstudie aufgelegt (LAMS-Studie). Dabei wurden aus einer klinischen Population 700 Kinder untersucht. Auf jedes 4. Kind trafen die Kriterien zu. Problem war aber, dass die Symptomatik über zwei Jahre nicht stabil war (Longitudinal Assessment of manic symptoms europ child + Adol. Psych. 9/2018). Von Plena et al. war eine DMDD-Longitudinal-Studie aufgelegt worden. Dabei zeigten sich über 20 % Komorbiditäten mit ADHS. Besonderheit war, dass sie nicht auf Mood-Stabilizer, insbesondere nicht auf eine Lithium-Therapie ansprachen, demgegenüber positive Effekte von MPH und Amphetaminen zu vermelden waren. Folgeerkrankungen waren häufig Depressionen, Angst oder Sucht, aber eben nicht bipolare Störungen. Dies hat die Hypothese, dass DMDD eine pädiatrische bipolare Störung ist, sehr in Frage gestellt. In Deutschland ist Prof. Holtmann aus Bochum sehr ausführlich auf diese Problematik eingegangen. Empfohlen wird diesbezüglich sein Buch „Störungen der Affektregulation“ im Hogrefe-Verlag. Er wies darauf hin, dass die Studienqualität begrenzt ist, dass viele Anleihen aus verwandten Störungsbildern bezogen wurden und dass Methylphenidat hilfreich war und dass man den Stellenwert der atypischen Neuroleptika wie z. B. Aripiprazol doch sehr kritisch beobachten sollte. Er empfiehlt bei Depressionen und Dysphorie die Gabe von SSRI.

Wie sollen wir nun diese Kinder diagnostisch einordnen und wie sollen wir sie behandeln? Die Meinung des Autors geht dahin, dass man das Krank-

heitsbild möglichst genau beschreiben soll und mit einer pharmakologischen Behandlung insbesondere bzgl. Neuroleptika, zurückhaltend sein sollte, da die Daten doch sehr widersprüchlich sind und Neuroleptika wie z.B. Quetiapin doch erhebliche Nebenwirkungen haben. Ebenso scheint die Gabe von Mood-Stabilizer wie Lithium, Valproat und Lamotrigin nicht unbedingt hilfreich zu sein.

Entscheidend ist nach wie vor für die Behandlung, sich an den Kernsymptomen zu orientieren, d. h. Aufmerksamkeitsprobleme und impulsives Verhalten zunächst mit Methylphenidat bzw. Amphetaminen zu behandeln und depressive Störungen mit SSRI, wobei den Amphetaminen hier ein Primat zuzuordnen ist. D. h. es sollten erst dann SSRI gegeben werden, wenn die Amphetamine keinen Erfolg zeigen, Neuroleptika sollten nur in absoluten Ausnahmefällen und in der Regel auch sehr zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Zusammenfassend sollte man immer wachsam sein, wenn folgende Symptome auftreten:



Vor dem Hintergrund der Datenlage ist es sicherlich sinnvoll, dass man auffälliges Verhalten genau beschreibt und dieses auch über den zeitlichen Verlauf dokumentiert. Wichtig scheint hier auch zu sein, dass der Patient über Jahre hinweg beim gleichen Therapeuten ist, der die entscheidenden Phasen genau miteinander vergleichen kann.

Wenn sich eine depressive Störung entwickelt, sollte auf die folgenden Kriterien besonders geachtet werden:

Verlaufsdaten Depression	Dauer der depressiven Episode: 7 bis 9 Monate Remissionsrate innerhalb von 2 Jahren: 90%
Komorbidität	Angststörung Störung des Sozialverhaltens Substanzmissbrauch
Statistische Risiken im weiteren Verlauf	Substanzmissbrauch Probleme am Arbeitsplatz Beeinträchtigung der sozialen Integration Familiäre Probleme Höhere Inzidenz allgemeinmedizinischer Erkrankungen
Rückfallquote bei Jugendlichen	40% innerhalb von 2 Jahren 70% innerhalb von 5 Jahren

Der Übergang zu einer bipolaren Störung wird dann wahrscheinlicher.

Warum tun wir Kinder- und Jugendpsychiater uns mit der Diagnose von bipolaren Störungen so schwer? Die Prävalenzdaten scheinen dies nicht zu rechtfertigen:

Bipolar 1 Störungen Lebenszeitprävalenz von 0,3-1,5 % (Weissmann et al.1996)	Bipolar Spektrumstörungen Lebenszeitprävalenz von 3-12% (Angst u Gamma 2002)	90% der bipolaren Störungen beginnen vor dem 19. Lebensjahr
---	--	---

Während Bipolar-I-Störungen im Jugendalter relativ selten sind, so sind die Bipolar-Spektrum-Störungen doch ähnlich häufig wie ADHS. Nur wird ADHS mehr als zehnfach häufiger diagnostiziert. Daher sollten wir uns mit dem Verlauf von Depressionen intensiver beschäftigen.

Depressionen dauern im Kindesalter in der Regel 7 bis 9 Monate.
Die Remissionsrate beträgt 90 % innerhalb von zwei Jahren.

Ähnlich wie bei ADHS – und dies mag eine Verwechslungsgefahr beinhalten – haben wir, wie oben bereits aufgeführt, die klassischen Komorbiditäten: Angststörung, Störung des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch.

Dies wirkt sich auf die Sozialprognose aus mit den klassischen Problemen am Arbeitsplatz, in der sozialen Integration, aber auch in der Inzidenz allgemeinmedizinischer Erkrankungen.

Auch wenn die Depression phasenhaft verläuft, ist besonders im jugendlichen Alter eine Rückfallquote zu bedenken. Diese beträgt 40 % innerhalb von zwei Jahren und 70 % innerhalb von fünf Jahren.

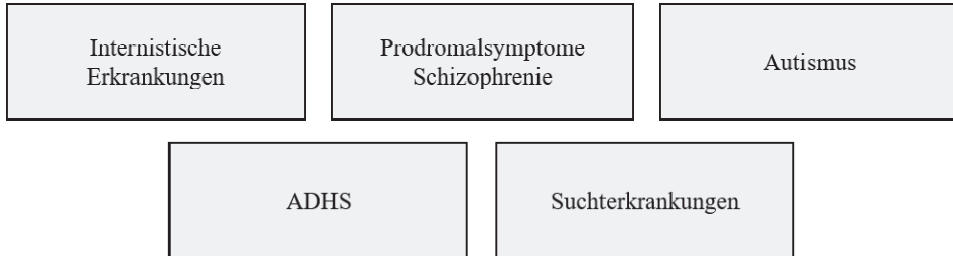
Daher ergibt sich immer die Frage, wie lange wir eine antidepressive Behandlung fortsetzen sollten, wenn die depressive Phase abgeklungen ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn wir einen klassischen phasenhaften Verlauf vermuten oder wenn wir den Übergang in eine bipolare Störung als wahrscheinlich erachten.

Es gibt ungünstige Faktoren bezüglich des Depressionsverlaufs bzw. des Übergangs in eine bipolare Störung. Diese ergeben sich in erster Linie durch kognitive Beeinträchtigungen, durch Probleme des Selbstwerts und durch konflikthafte Familiensituationen, wobei letzteres auch dadurch bedingt sein mag, dass bei hoher Erbllichkeit der Erkrankung weitere Familienmitglieder betroffen sind und sich über diese Familiensituation letztlich das genetische Risiko definiert.

Behandlungsrichtlinien Depression	
Mechanismus	Erhöhung Serotonin und/oder Noradrenalin erhöhung im synaptischen Spalt oder Modulation z.B. Tianeptin)
Häufigkeit	ca. 2-5 % im Kindes –und Jugendalter 15-20 % chronifizieren (mehr als 2 Jahre)
Therapie	Häufig besteht Therapieresistenz (Zwei Antidepressiva aus zwei Stoffgruppen) $\frac{2}{3}$ der Patienten respondieren ($\frac{1}{2}$ allerdings nur Teilrespons)

Uns muss ebenfalls sehr bewusst sein, dass depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter häufig in eine bipolare Störung übergehen. Dies ist in 20 bis 40 % innerhalb von fünf Jahren der Fall. Insgesamt verschlechtert sich die Prognose, wenn wir eine positive Familienanamnese bezüglich bipolarer Störungen haben, psychotische Symptome während der depressiven Episode

auftreten und, dies ist besonders beachtenswert, hypomanische Zustände nach Antidepressiva-Medikation auftreten.



Im Kindes- und Jugendalter ist wie o. a. die Diagnose schwer zu stellen, da der Verlauf nicht so klassisch ist wie im Erwachsenenalter. Dies mag auch die Zurückhaltung bei der Diagnosestellung erklären. Es zeigt sich häufig eine atypische Symptomatik und auch eine schwierige Differenzierung zu Schizophrenie. Da häufig Störungen des Sozialverhaltens auftreten, steht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung immer im Raum.

Wenn man zunächst mit einer Depression konfrontiert ist, gelten die üblichen Behandlungsrichtlinien einer Depression. Zwei Drittel der Patienten reagieren positiv auf Antidepressiva-Medikation, in der Regel durch SSRI, ein Drittel nicht. Aber auch von den Respondern reagiert die Hälfte nur mit einer sog. Teil-Response.

Das weitere Vorgehen entspricht dem schrittweisen Erreichen der Zieldosis. Die Dosis sollte in 4 bis 6 Wochen erreicht sein und mindestens 6 Monate durchgeführt werden. Ein therapeutisches Drug-Monitoring ist in der Praxis nicht zu empfehlen. Die klinische Wirksamkeit und das klinische Bild sollten stets im Vordergrund stehen. Wenn kein Erfolg erreicht wird, sollte auch immer nachgedacht werden, ob es sich nicht um eine Pseudo-Resistenz handelt.

Häufig werden Prodromal-Symptome einer Schizophrenie oder ADS oder Autismus übersehen bzw. nicht ausreichend gewichtet. In der allgemeinen Praxis ist die häufigste Strategie das Wechseln des Antidepressivums.

Wechsel des Antidepressivums
Häufigste Therapiestrategie in der Praxis Aber: Metaanalysen zeigen, dass der Wechsel i.d. Regel nicht effektiver ist als die Weiterbehandlung Die zusätzliche Gabe eines präsynaptischen α 2-Blockers ist i.d.R. überlegen (Mirtazapin, Mianserin)
Für 3- und 4-fach Kombinationen gibt es keine Evidenz
SSRI Hochdosistherapie nicht empfehlenswert (z.B. Fluoxetin) SNRI Hochdosistherapie in Einzelfällen sinnvoll (z.B. Venlafaxin)

Metaanalysen zeigen jedoch, dass der Wechsel in der Regel nicht effektiver ist als die Weiterbehandlung mit dem alten Antidepressivum. Empfohlen wird in der Regel eine Gabe eines präsynaptischen Alpha-2-Blockers z. B. Mirtazapin und Mianserin. Dieses ist in der Erwachsenen-Psychiatrie üblich. Im Kindes- und Jugendalter wird dies kritisch gesehen, da die Nebenwirkungen mit Müdigkeit, Gewichtszunahme etc. im Kindesalter deutlicher sind als im Erwachsenenalter und zu Problemen der sozialen Integration und auch der Adhärenz führen.

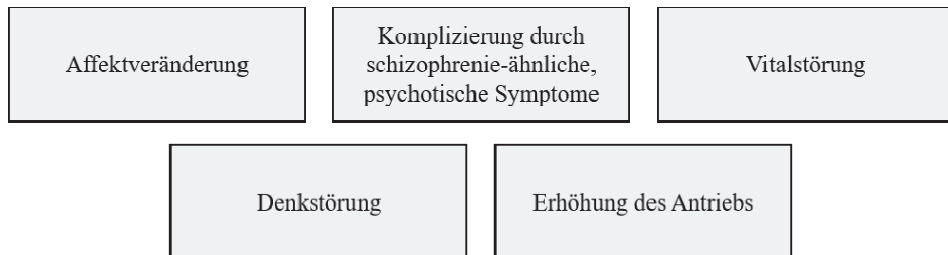
Sobald eine bipolare Störung wahrscheinlich ist und eine Therapie mit Antidepressiva nicht ausreichend ist, ist über eine Lithium-Augmentation nachzudenken. Es sei darauf hingewiesen, dass Lithium bei Kindern und Jugendlichen wirksamer und nebenwirkungsärmer ist als bei Erwachsenen.

	Lithiumaugmentation
	Lithium bei Kindern- und Jugendlichen wirksamer und nebenwirkungsärmer als bei Erwachsenen Entscheidend: Wirkspiegel erreichen (über 0,6 U/L)
Bei Erfolg	Weiterbehandlung AD und Li für 6 – 12 Monate
Cave Nebenwirkungen	Kognitive Probleme und Gewichtszunahme

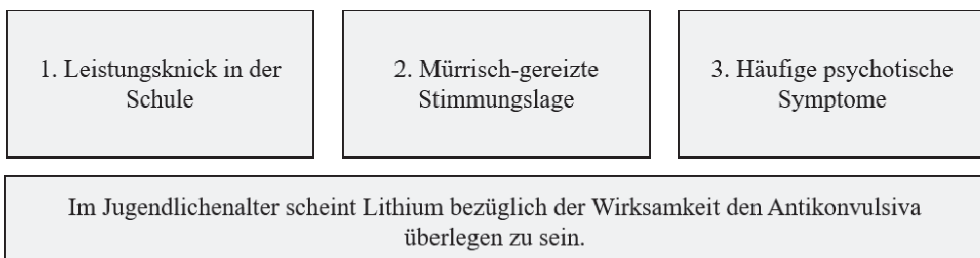
Wichtig ist die Erreichung eines Wirkspiegels über 0,6 U/l, wenn es sich um eine klinisch deutliche Symptomatik handelt. Man sollte mindestens 6 bis 12 Monate weiterbehandeln. Bei Lithium sind als Nebenwirkungen kognitive Probleme und Gewichtszunahme zu bedenken. Der Schilddrüsenstoffwechsel ist im Blick zu behalten.

Monoaminoxidase-Hemmer haben sich im Kindes- und Jugendlichenalter insbesondere bei bipolaren Störungen weniger bewährt. Irreversible MAO-Hemmer wie z. B. Tranylcypromin sind zwar wirksam, aber gefährlich in der Kombination mit SSRI, SNRI und TZA. Weiterhin ist eine Tyramin-arme Diät (Käse etc.) im Kindesalter schwer einzuhalten.

Klassische manische Stimmungslagen sehen wir im Kindesalter relativ wenig. Im Jugendalter sind diese häufig kompliziert durch Schizophrenie-ähnliche Symptome, wobei die Differentialdiagnose zwischen einer beginnenden oder sich ausbildenden bipolaren Störung und einer Schizophrenie kompliziert und schwierig ist. Falls die üblichen manischen Symptome wie gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb, Hyperaktivität, Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis sowie wenig rücksichtsvolles persönlichkeitsfremdes Verhalten auftreten, ist eine entsprechende Behandlung durchzuführen.



Bezüglich der diagnostischen Kriterien ist zu bedenken, dass mindestens zwei klar abgrenzbare Episoden gefordert werden, wobei vorausgehende hypomanische Phasen oft übersehen werden.



Im Kindesalter sind Leistungsknick in der Schule und mürrisch-gereizte Stimmungslage relativ häufig.

Besonderheit im Kindesalter ist das sogenannte Rapid-cycling. Dieses ist dadurch definiert, dass vier oder mehr Episoden pro Jahr auftreten. Zu beachten ist, dass hierbei Antidepressiva den Verlauf potentiell verschlechtern können, da sie das Rapid-cycling anschieben können. Als Therapie ist Lithium, Lamotrigin und Valproat indiziert. Nur bei Therapieversagen sind Neuroleptika wie Aripiprazol, Olanzapin und Quetiapin sinnvoll. Insbesondere bei Rapid-cycling scheinen Valproat und Lamotrigin dem Lithium gleichwertig oder sogar überlegen zu sein, was ansonsten bei bipolaren Störungen in der Regel nicht der Fall ist.

	Rapid Cycling
Definition	Vier oder mehr Episoden pro Jahr
Therapie	Valproat und Lamotrigin scheinen dem Lithium gleichwertig oder sogar überlegen zu sein (Calabrese et al 1993)
Cave	Antidepressiva können den Verlauf potentiell eher verschlechtern.
Bei Therapieversagen	Neuroleptika wie z. B. Olanzapin und Quetiapin

Zusammenfassung:

Aus der o. g. Darstellung wird deutlich, dass die Diagnose von bipolaren Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht leicht ist und zahlreiche Verwechslungsmöglichkeiten bzw. schwierige Differentialdiagnosen bedingt. Wichtig sind in erster Linie genaue klinische Beobachtung und Dokumentation sowie die Verlaufsbeobachtung bei dem gleichen erfahrenen Therapeuten. Falls sich eine bipolare Störung herauskristallisiert, sind die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen umgehend zu ergreifen. Inwieweit sich die neue DSM-5-Diagnose Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) in unserem klinischen Alltag durchsetzen wird, bleibt abzuwarten. Diese als pädiatrisch-bipolare Störung zu bezeichnen, ist sicherlich nicht ganz korrekt. Hier bleiben die internationalen Erfahrungen abzuwarten. Die Häufigkeit der Quetiapin-Behandlung in den USA wird vom Autor eher kritisch gesehen.

Die Frage, warum Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen im Erwachsenenalter so selten diagnostiziert und behandelt werden und umgekehrt bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter, erklärt sich vielleicht dadurch, dass im Kindes- und Jugendalter die bipolaren Störungen sich noch sehr unreif und kompliziert zeigen, während bei ADHS im Erwachsenenalter durch die Vielzahl von Komorbiditäten die Kernsymptomatik oft überlagert wird. Bei beiden Erkrankungen ist eine genaue psychiatrische Anamnese und eine genaue Verlaufsbeobachtung mit den entsprechenden Dokumentationen von entscheidender Bedeutung, um die Patienten richtig und suffizient zu behandeln, da beide Erkrankungen wie o. a. eine ungünstige Prognose haben. In jedem Fall lohnt es sich, sich dieser Patienten anzunehmen und sie langfristig zu betreuen.

(Literatur beim Verfasser)

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
Arzt für Neurologie, Arzt für Psychiatrie,
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Wirsbergstraße 10, 97070 Würzburg
Telefon 0931-322966

„KJP am Bodensee“ – eine neue Tagung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Lindau

Mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz; PsychThG) wurde im Jahr 1999 die Ausübung der Psychotherapie durch nichtärztliche Psychotherapeuten geregelt und damit erhielt auch die Berufsgruppe der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP) Zugang zur Psychotherapie mit gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen. Dies bedeutete das Ende des Delegations- und des Erstattungsverfahrens und damit auch der Abhängigkeit von delegierenden Ärzten und den Krankenkassen.

Zwanzig Jahre dauerte es danach noch, bis die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ihre eigene, große Tagung in der traditionsreichen, vor kurzem renovierten Inselhalle in Lindau am Bodensee erhielt. Bis dahin waren die spezifischen Weiter- und Fortbildungsinhalte ein mehr oder (meist) weniger umfangreicher Bestandteil des Programms der Psychotherapietage in Lindau, Langeoog, Lübeck und Erfurt und anderer Tagungen gewesen, die sich in erster Linie der Psychotherapie mit Erwachsenen widmen. Das kann durchaus als symbolischer Entwicklungsschritt in Richtung Autonomie und Gleichwertigkeit verstanden werden, kämpfen doch die KJP schon immer gegen den Status der „kleinen Schwester“ der „großen“ Psychotherapie an und um die Anerkennung als vollwertige und eigenständige, anspruchsvolle Profession, die vom Säugling bis zu den Eltern, Lehrern und Großeltern mit Patienten und Klienten nahezu aller Altersstufen umgehen muss, allerdings auch das Entwicklungspotential als gewaltige Ressource auf ihrer Seite weiß.

Die Überlegungen des Bundesministers für Gesundheit, die Psychotherapieausbildung an die Universitäten zu binden (und damit die Möglichkeit, die Kapazitäten über den NC nach Belieben zu verknappen), belegen die mangelnde Beachtung und Wertschätzung der KJP und sind in ihren Konsequenzen für die KJP noch nicht überschaubar. Der jetzige Entwurf sieht vor: „Der Be-

griff Psychotherapeutin/Psychotherapeut wird künftig als Berufsbezeichnung festgelegt. Bisher lautete die Bezeichnung Psychologische Psychotherapeut/innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen.“ (Quelle:<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html> vom 19.6.2019). Damit wird es die KJP als eigenständige Berufsgruppe nicht mehr geben, allenfalls ist eine spätere Spezialisierung denkbar. Die KJP wird also weiterhin um ihre Identität ringen und kämpfen müssen und da ist eine ganze Tagungswoche mit schulenübergreifenden Beiträgen zur KJP ein identitätsstiftendes Ereignis, das künftig jährlich immer in der Woche nach Pfingsten stattfinden wird.

Es ist das Verdienst von Gabriele Meyer-Enders, der Leiterin des Kölner Instituts für Kindertherapie KIKT, und ihrer Mitstreiter des von ihr gegründeten Vereins zur Förderung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie KIKT-Akademie, das (fachliche wie finanzielle) Wagnis eingegangen zu sein und KJP am Bodensee erstmals in der Woche nach Pfingsten vom 9. bis 14. Juni 2019 in der Inselhalle Lindau veranstaltet zu haben.

Übersicht: Die Tagung wurde am Abend des Pfingstsonntags mit einer Begrüßung durch die Veranstalter und die Stadt Lindau sowie mit einem eindringlichen Vortrag von Dr. Hans Hopf, dem renommierten Kinderanalytiker und vielgelesenen Autor, über das Thema „Rahmen, Behandlungstechniken und Beziehung“ in der KJP eröffnet. Der anschließende Sektempfang diente der Begegnung und stellte den Auftakt des sehr persönlichen und aufmerksamen Umgangs mit den Teilnehmern dar, der zum Selbstverständnis der Veranstalter gehört und in einem Dozentenessen am Montag und einer stimmungs- und überraschungsvollen Party mit allen Teilnehmern am Dienstagabend seine Fortsetzung, aber nicht sein Ende fand.

Die *Struktur der Tagung* bestand in Vorträgen mit Diskussion am Vormittag von 9 bis 10 Uhr, anschließend folgten von Montag bis Freitag durchgehende dreistündige Workshops von 10:30 bis 13:30 Uhr. Der Nachmittag wurde mit Vorträgen von 15:30 bis 16:30 und zweistündigen Workshops von 17 bis 19:15 Uhr von Montag bis Donnerstag ausgefüllt. Zum Rahmenprogramm gehörten eine durchgehende Morgenveranstaltung „Aufatmen und Kraft schöpfen für den Tag – „der erfahrbare Atem“ und ein Spiel- und Lesekulturabend am Donnerstagabend. Den Ausklang der Veranstaltungswoche bildete der Schlussvortrag von Frau Meyer-Enders am Freitagnachmittag zum Thema „Perspektiven und Herausforderungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“.

Es gab die Gelegenheit, sich für Fallsupervisionen anzumelden. Ein gut bestückter Büchertisch (Fundus, Berlin) und Fachaustellungen zu therapeutischen Materialien (ohne die Pharmaindustrie!) begleiteten die Tagung.

Die *Vorträge* bildeten die ganze Bandbreite der Psychotherapie mit jungen Menschen ab und befassten sich mit folgenden Themen:

„Da geht ganz schön was ab“ – Konversationsanalyse einer kindertherapeutischen Sitzung (Prof. Dr. Michael B. Buchholz);

Kulturspezifische Aspekte in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen – Herausforderungen, Risiken und Ressourcen (Dr. Amil Kemal Gün);

Digitales Zeitalter – „Always Online“ als Lebensgefühl der jungen Generation (Prof. Dr. Christoph Klimmt);

Selektiver Mutismus im Kindesalter – eine interdisziplinäre therapeutisch-pädagogische Aufgabe (Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein);

Das Spiel zwischen Intuition und Ordnung: Jonglieren mit Perspektiven in der kreativen Kindertherapie (Dr. Manfred Vogt);

Die psychosexuelle Entwicklung von Jungen und Mädchen in den mütterrechtlichen Kulturen Ozeaniens (Prof. Dr. Evelyn Heinemann);

Menschwerdung als Beziehungswesen – (k)ein Wunder? Zur psychosozialen Entwicklung im frühen Kindesalter: Neurobiologie, frühe Interaktionen, Bindung, Mentalisierung (Prof. Dr. Alexander Trost);

Ludo ergo sum – ich spiele, also bin ich... Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) – professionsspezifische Selbsterfahrung für KJP (M. A. Psych. Sabine Tibud/Dipl.-Päd. Rainer Nysten);

Humor und Geschichten als Verwandlungskünstler – Heiterkeit und Freude in der KJP (Dr. phil. Gunther Hübner).

Die *Themen und ReferentInnen der Workshops* waren (in abgekürzter Form):

Kulturelle Werte und Erziehungsvorstellungen bei Migrantenfamilien aus dem türkisch-islamischen Kulturraum (Gün);

Supervisionsseminar auf Basis der analytischen Selbstpsychologie (Harms);

Analytische Psychotherapie bei geistiger Behinderung (Heinemann);

Die wegweisende Aktualität von Mythen und Archetypen (Lutz);

Einführung in die DBT_A für Kinder und Jugendliche (Max);

Psychosomatik im Kindes und Jugendalter aus integrativer Sicht (Pietsch-Gewin);

Psychotherapeutische Wege bei Mediensucht (Richterich);

Anfang und Ende einer Psychotherapie (Schaff);
Professionsspezifische Selbsterfahrung im Spiel (Tibud/Nysten);
Meine Bindungsgeschichte(n) im Kontext (Trost);
Projektive Diagnostik (Wienand);
Selbsterfahrung in Systemaufstellungen Schwarz/Zock);
Symbol und Imagination in der Psychotherapie Jugendlicher (Bauer-Neustädter);
Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (Holl);
Psychodrama Gruppentherapie mit Kindern (Flegelskamp);
Träume von Kindern und Jugendlichen (Hopf);
Heiterkeit und Freude in der KJP als Psychohygiene (Hübner);
Negative Übertragung (Lang-Langer);
Arbeit am Tonfeld® mit Kindern und Jugendlichen (Meisen);
Malen in der Kinder- und Jugendtherapie (Reichelt);
Alles gender oder was? (Breuer);
Strukturierte Trauma Intervention (STI) nach D. Weinberg (Lange);
Bewegung im Fokus des spielerischen Miteinanders einer videoaufgezeichneten kinderanalytischen Behandlung (Heller/Wülfing) und
Zahlen – Symbolik und NumeroLogic (Jungbluth).

Alle Vorträge wurden aufgezeichnet und standen wenige Minuten nach Ende als CD zur Verfügung, die gesamte Tagungsdokumentation kann als Audio-Download oder in einer CD-Mappe mitsamt den Folien aus ausgewählten Workshops bei Zeit für Bildung - Josef Hager, A-5310 Mondsee erstanden werden.

Mit 170 Teilnehmern war die zum ersten Mal stattfindende Tagung erstaunlich gut besucht, was auch an den moderaten Preisen (mit Ermäßigung für Studenten bis 28 Jahre und für Psychotherapeuten in Ausbildung) gelegen haben mag. Das Organisationsteam um Ursula und Wolfgang Heine leistete hervorragende Arbeit, die ergänzt wurde durch das sehr aufmerksame Team der Inselhalle. Die Technik funktionierte reibungslos. Die verglasten Seminarräume bieten einen wunderbaren Blick auf den Bodensee und vermitteln eine freundliche Arbeitsatmosphäre. Die Stadt Lindau und ihr Umfeld brauchen keine Werbung, selbst das Wetter war freundlich. Als Teilnehmer und Referent konnte man sich von den Veranstaltern, die eigentlich Gastgeber

waren, vom Team der Inselhalle und der Stadt Lindau mitsamt ihrer Lokalpresse, die täglich ausführlich und sachkundig berichtete, willkommen und aufgehoben fühlen.

Im kommenden Jahr wird KJP am Bodensee wieder in der Woche nach Pfingsten, vom Sonntagabend, dem 31.5. bis Freitag, den 5.6.2020 in der Inselhalle in Lindau stattfinden.

Das Programm 2020 wird ab September 2019 auf www.kjpambodensee.de zu finden sein. Die bisherige Planung sieht u. a. auch Workshops zur Schematherapie, zur Strukturorientierten und zur Katathym Imaginativen Psychotherapie, zur Arbeit mit Symbol und Imagination, zum Sandspiel, Malen und zur Musiktherapie vor, ebenso zur Leistungs- und Intelligenzdiagnostik und zur projektiven Diagnostik im Kinder- und Jugendalter.

Ein persönliches Fazit: Mit KJP am Bodensee ist Gabriele Meyer-Enders, Dr. Rudolf Meyer, dem Mann an ihrer Seite, dem Ehepaar Heine und dem Team von KIKT-Akademie ein großer Wurf gelungen. Diese neue Tagung, die an einem der schönsten Orte der Republik fünf Tage lang Gelegenheit bietet, Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen, Bekanntschaften zu vertiefen, sich über die Vielfalt und aktuelle Entwicklungen der Psychotherapie mit jungen Menschen zu informieren und ein spezielles Thema in einem Workshop ausführlich zu vertiefen, stellt eine schulen- und methodenübergreifende, integrative und identitätsstiftende Veranstaltung dar und schließt damit eine Lücke im Angebot für Fort- und Weiterbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Zu den Herausforderungen des gemeinsamen Fachgebiets der Psychotherapie und Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter gehören nicht nur der professionelle Umgang mit den Folgen kultureller und gesellschaftlicher Veränderungen und Umbrüche, sondern auch die Bewältigung der aktuellen und künftigen Probleme in der Versorgung junger Menschen und ihrer Familien mit psychischen Störungen. Während die Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater rückläufig ist und es zunehmend schwieriger bis unmöglich wird, für freigewordene Praxen und offene Stellen in den Einrichtungen NachfolgerInnen zu finden, wächst die Gruppe der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen dynamisch weiter. Limitierende Faktoren für die KJP sind nicht Nachwuchsprobleme, sondern die Politik, das restriktive Verhalten der Krankenkassen und die Niederlassungsausschüsse der KVen.

Obwohl beide Berufsgruppen unterschiedlichen Zwängen unterliegen, ein unterschiedliches Selbstverständnis und unterschiedliche Aufgaben in der Versorgung haben, werden sie in der Zukunft weit enger als bisher zusammenarbeiten und sich gemeinsam den Aufgaben der Versorgung stellen müssen. Das setzt eine vertiefte Kenntnis des jeweils anderen Berufsbildes, gegenseitige Wertschätzung und den Willen zu engerer Kooperation voraus. In nicht allzu ferner Zukunft werden sich niedergelassene KJP über die jetzt schon vorgeschriebenen Kriseninterventionen hinaus noch weit stärker für modifizierte Interventionstechniken, kurztherapeutische Ansätze und engere Kooperationen mit anderen Institutionen wie der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie öffnen müssen. Umgekehrt können und müssen wir Kinder- und Jugendpsychiater über die Diagnostik, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie hinaus von der KJP psychodynamische und psychotherapeutische Methoden und Techniken übernehmen, adaptieren und in unsere sozialpsychiatrische Behandlungssettings integrieren, frei nach dem Motto von Fürstenau (2001 erstmals erschienen bei Pfeiffer): „Psychodynamisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren“.

Von daher ist zu wünschen, dass KJP am Bodensee weiterhin erfolgreich bleibt und ein Forum nicht nur für Austausch, Kohärenz und Identitätsbildung innerhalb der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird, sondern sich auch öffnet für die Annäherung zur und Verbindung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie.

Calw, 20. Juni 2019

Franz Wienand

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;

- 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 CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, 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 ... Rotthaus (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

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



ABONNEMENT FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 46,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnements
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____
 IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

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

Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Ordentliches Mitglied

Name / Titel, Vorname: _____

geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:

Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber:	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift ab: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____

Ich wünsche keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent (im _____WB-Jahr) Andere: _____

ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein

Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*

Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC.: _____

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2019

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Offizielles Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, **Herrn Thomas Didier**.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei. Als Service sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 12 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

1 ganze Seite

Firmenanzeigen	1.300,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	650,- Euro
Mitglieder	300,- Euro
Farbanzeigen 4c	plus 480,- Euro

auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt

130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

halbe Seite

Firmenanzeigen	700,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	370,- Euro
Mitglieder	200,- Euro
Farbanzeigen 4c	plus 360,- Euro

130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

drittel Seite

Firmenanzeigen	500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	220,- Euro
Mitglieder	150,- Euro
Farbanzeigen 4c	plus 300,- Euro

Umschlag Innenseiten

Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3	2.350,- Euro
-----------------------	--------------

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2019/20:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020
1-2020	13. März 2020	14. KW 2020
2-2020	15. Juni 2020	27. KW 2020
3-2020	15. September 2020	40. KW 2020

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik 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.