

Inhalt

Nachruf auf Helm Stierlin <i>Wilhelm Rotthaus</i>	2
„Ich bin ein scheues Reh auf dem Trampolin“ Psychodynamische Fallreflexionen in einer integrativ arbeitenden Klinik <i>Henrik Lusch-Dastyari, Marc Dupont</i>	4
Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Teil VI: Spieldiagnostik <i>Franz Wienand</i>	30
<i>Kolumne</i> Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	48
Gesamtverzeichnis „Forum 1991-1“ bis „Forum 2000-4“ Autorenverzeichnis	50
<i>Auschiebung</i> Promotionsstipendium der Stiftung Irene	69
Hinweise für Autor*innen	70
Beitrittserklärung	72
Abonnement "forum"	73
Anzeigen	74
Media Daten	79
Impressum	80

Nachruf auf Helm Stierlin

Dr. Wilhelm Rotthaus

Im September dieses Jahres verstarb Helm Stierlin, Professor Dr. med. Dr. phil., Psychiater und Philosoph, Gründer und Leiter der Abteilung für psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie am Universitätsklinikum Heidelberg. In den letzten Jahren war es aufgrund seiner Erkrankung ruhig um ihn geworden. Er wurde von seiner Frau Satuila, selbst eine bekannte und erfahrene, den Mehrgenerationenansatz weiter entwickelnde Therapeutin, außergewöhnlich liebevoll betreut, was er dankbar entgegenzunehmen vermochte.

An einem Nachruf für Helm Stierlin kann frau oder man sich leicht verheben. Denn Helm Stierlin war eine eindrucksvolle Persönlichkeit, und er hat für die Ausarbeitung und Verbreitung der Systemischen Therapie Außerordentliches geleistet, wofür er nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Welt große Anerkennung gefunden hat. Der Blick und das Interesse von Helm Stierlin reichte aber weit über den therapeutischen Bereich hinaus. So publizierte er unter anderem über Nietzsche und Hölderlin wie auch zu „Familienperspektiven“ von Adolf Hitler und schrieb das Libretto für einen Ballett mit dem Titel „Familiendialoge“ von Johannes Kresnik, in dem ein Sohn vergeblich seine Eltern mit ihrer Nazigeschichte zu konfrontieren sucht.

Helm Stierlin studierte nach einer kurzen Zeit am Ende des Zweiten Weltkriegs als Flackhelfer Philosophie, unter anderem bei Karl Jaspers, und Medizin. Er absolvierte eine psychoanalytische Ausbildung und arbeitete zunächst in der Schweiz, bis er für mehr als 17 Jahre in die USA ging. Dort befasste er sich zunächst – dem damals neu aufkommenden Interesse gemäß – mit der psychoanalytischen Psychosentherapie nach den Konzepten von Harry Stack Sullivan und Frieda Fromm-Reichmann. Seine unstillbare Neugierde, ein wesentliches Persönlichkeitsmerkmal, brachte ihn dann in Kontakt mit den Größen der sich damals in den USA sehr dynamisch entwickelnden Familientherapie wie Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Don D. Jackson, Virginia Satir, Salvador Minuchin, und vor allem auch mit Lyman Wynne, mit dem ihn eine besondere Freundschaft verband.

1974 zurück in Deutschland wurde das kleine, am Universitätsklinikum Heidelberg neu gegründete Institut in kurzer Zeit zu einer außergewöhnlichen Kreativitätsschmiede. Das war nicht nur der hohen fachlichen Kompetenz von Helm Stierlin und der Tatsache geschuldet, dass schon bald die international anerkannten Forscherinnen und Forscher der familientherapeutisch systemischen Szene in diesem Institut ein und aus gehen. Vor allem muss nach den Berichten seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein Führungsstil das Geheimnis des Erfolgs gewesen sein. Einheitlich haben sie sein „gnadenloses“ Wertschätzen hervor und seine Fähigkeit zu einem hierarchiefreien Kommunizieren. Offensichtlich ermöglichte er ein Arbeitsklima, das durch Kooperation und zugleich Eigen-Sinn geprägt war, so dass es ihm gelang, auch die sehr unterschiedlichen Charaktere seiner Mitarbeiter:innen zusammenzuführen – die Männer dominierten zweifellos, so dass wir in den 90iger Jahren stets von „Stierlins Jungens“ sprachen. Die Bewerbungsgespräche allerdings führte er allein und entschied aufgrund seiner persönlichen Beurteilung.

Ich erinnere mich an eine Tagung in Magdeburg, bei der Helm Stierlin, Gunthard Weber ich auf dem Podium saßen. Wir wurden gefragt, was wir für die wichtigste Eigenschaft eines guten systemischen Therapeuten hielten und antworteten alle drei spontan: Neugierde – Neugierde nicht auf endlose Geschichten, sondern auf die Art und Weise, wie unsere Klient:innen ihre Wirklichkeit konstruieren. Helm Stierlin selbst verfügte über diese Neugierde und zeichnete sich dadurch aus, dass er jederzeit bereit und offen war, neue Ideen aufzunehmen, weiterzuentwickeln und sie in seine Konzepte zu integrieren. Gleichzeitig scheute er sich nicht, sich gegen tradierte „Selbstverständlichkeiten“ und Orthodoxien zu wenden, wenn sie ihm unsinnig erschienen.

Nicht zuletzt als Kinder- und Jugendlichentherapeut:innen haben wir Helm Stierlin enorm viel zu danken. Die Wende zu einer konstruktivistisch ausgerichteten Systemischen Therapie wäre ohne ihn und die Mitglieder seines Teams kaum denkbar. Wir verneigen uns in Dankbarkeit vor ihm und seiner Frau Satuila, mit der er weit über 50 Jahre zusammengelebt hat.

Autor:

Dr. Wilhelm Rotthaus
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Commerstr. 1, 50126 Bergheim
www.wilhelm-rotthaus.de

„Ich bin ein scheues Reh auf dem Trampolin“¹

Psychodynamische Fallreflexionen in einer integrativ arbeitenden Klinik

Henrik Lusch-Dastyari, Marc Dupont

Zusammenfassung – „Wie anders bin ich eigentlich?“

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Klinikum Bremen-Ost hat sich über die letzten Jahre eine Besprechungsform etabliert, die tiefenpsychologischen Paradigmen im Rahmen eines ansonsten integrativen Arbeitens eine Basis bietet. Der Artikel stellt die tiefenpsychologischen Paradigmen, die Entwicklung der Fallreflexion (i. S. eines Werksattberichts) und deren Funktion dar und er zieht ein Fazit aus den Beobachtungen, die dabei gemacht wurden.

Einführung – „Wozu soll ich mich anstrengen?“

Psychotherapeutische Ansätze lassen sich in der konkreten Arbeit mit den Individuen nicht auf einen unkritischen objektivierenden Ansatz reduzieren. Systemische, entwicklungspsychiatrische und psychodynamische Störungsmodelle machen in ihrer Kombination geradezu das Wesen der kinder- und jugendpsychiatrischen Anwendungswissenschaft aus.

Der Autoren stellen sich daher der Frage, wie der psychodynamische Ansatz bei der Vielzahl der zu integrierenden Methoden im stationären Alltag handhabbar gehalten werden kann.

Um multimodal psychiatrisch-psychotherapeutisch zu arbeiten, ergibt sich ein weiter Gestaltungsspielraum und Abstimmungsbedarf. Selbst wenn man das Primat der Patient:innenversorgung voraussetzt, steht sie doch in komplexer Wechselwirkung mit anderen Bereichen, wie der Krankenhausökonomie, Tradition und Lage des Hauses, Einstellung von Personal und dessen

1) Der je zweite Teil der Zwischenüberschriften entstammt den Fallreflexionen. Ihre Bedeutung und Entstehung wird im Kapitel „Funktionsweise der Fallreflexion“ beschrieben.

Ausbildungen, umgebenden ambulanten Angeboten u.a.m.. Nicht zuletzt sind es schließlich subjektive Entscheidungen, die sich aus dem Ringen um bestmögliche Kompromisse von unauflösbaren Spannungen ergeben. Sie stellen daher keine im eigentlichen Sinne „richtigen“ Entscheidungen dar, sondern folgen gestalterischer Freiheit und ethischen Wertvorstellungen.

Ein Knotenpunkt therapeutischer Konzepte sind Fallbesprechungen, in Form von Visiten, Supervisionen oder Teamtreffen. Hier begegnen die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Heilungsvorstellungen einander und müssen im Dienste der Patient:innenversorgung aufeinander abgestimmt werden. Sie sollen aus der Sicht der Bremer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie genauer beschrieben werden.

Vorstellen der Klinik – „Ich will wieder nach Hause, aber weiß nicht, wo das ist.“

Die Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Klinikum Bremen-Ost und Bremen-Nord im Klinikverbund Gesundheit Nord versorgt die Stadtgemeinde Bremen, Bremerhaven und behandelt auch Patient:innen aus dem angrenzenden niedersächsischen Umland. Sie verfügt aktuell über insgesamt 40 voll- und 23 teilstationäre Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren. Seit Januar 2021 bestehen 10 weitere stationäre Behandlungsplätze für Adoleszente im Alter zwischen 16 und 23 Jahren. Im Rahmen ihrer gemeindepsychiatrischen Ausrichtung versorgt die Klinik außerdem im ambulanten Bereich über eigene Institutsambulanzen am Klinikum Bremen-Ost und -Nord und über die kooperierende Beratungsstelle Kipsy am Bremer Gesundheitsamt jährlich etwa 1400 Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Zudem besteht eine Kooperation mit der Archeklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bremerhaven.

In der Klinik arbeiten zwei Chefarzte, einer mit verhaltenstherapeutischer, einer mit tiefenpsychologischer Therapieausbildung, sowie zwei Klinikpflegeleitungen dual zusammen. Die sieben Oberärzt:innen und zwei leitenden Psychologinnen decken die demnächst drei Richtlinienverfahren ab, teils zwei in einer Person.

In Bremen gibt es Ausbildungsinstitute aller drei Richtlinienverfahren sowie eine psychologische Fakultät an der Universität Bremen, das Klinikum Bremen-Ost ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg.

Integratives Arbeiten im stationären Bereich – „Ich brauche eine Katzenklappe und einen Dosenöffner“

Das gemeinsame Anwenden unterschiedlicher therapeutischer Verfahren ist stationär als multimodale Therapie mittlerweile Standard. Das betrifft sowohl die Richtlinienverfahren, als auch die Kooperation verschiedener Berufsgruppen. Viele der Mitarbeiter:innen haben mehr als ein Richtlinienverfahren erlernt. Diese Verbindung zwischen den Verfahren kann in verschiedener Weise geschehen (Vogel, 2005):

- „ein additives Nebeneinanderher
- ein Zusammenwürfeln von Versatzstücken
- der Versuch einer reflektierten Integration“

Die Therapieschulen der Richtlinienverfahren decken jeweils ein weites Feld an Voraussetzungen ab (Vogel, 2005):

- „anthropologisches Grundverständnis
- Einbettung in die aktuellen kulturellen und sozialen Verhältnisse
- Theorie der psychischen Störungen und deren Behandlung
- Prozess-, Beziehungs- und Wirkfaktoretheorie
- Wissenschaftliche Nachweise der Wirkung“

Stationäre Psychotherapie ist augenscheinlich etwas anderes als die bloße Kumulation verschiedener Behandlungsangebote (Storck, 2017) Um diese Faktoren in der Patient:innenversorgung und der Ausbildung nutzbar zu machen, bedarf es eines reflektierten Vorgehens. Die einzelnen Methoden sollten sich sinnvoll aufeinander beziehen, das Personal durch entsprechende Strukturen in der Zusammenarbeit gefördert und Gelder und Arbeitskraft für notwendige Fortbildungen oder Testverfahren effektiv eingesetzt werden.

Was ist nun der Nutzen integrativen Arbeitens insbesondere mit verschiedenen Psychotherapieschulen? Abgesehen davon, dass es bei multimodalem Arbeiten ohnehin eine Notwendigkeit der Integration gibt und in *einem* Verfahren ausgebildete Arbeitsgruppen in Bremen nur unter unverhältnismäßigen Verlusten möglich wären, führt Vogel (2005) das erweiterte Methoden- und Verständnisrepertoire für die Therapeut:innen an sowie eine angepasste Indikationsstellung zum Nutzen der Patient:innen und in der Wirkung auf die Theoriebildung und die wissenschaftliche Fundierung der Verfahren.

Beneke (2016) führt dem entgegen an: „eine Mischung von Techniken aus verschiedenen Verfahren schließen die Psychotherapie-Richtlinien explizit

aus [...]. Dazu müsste es nicht nur eine wirklich integrative und halbwegs konsensuelle Grundlagen- und Veränderungstheorie geben, sondern es müsste auch noch ein auf dieser Basis stehendes und zugleich empirisch fundiertes Wissen um die differenzielle Indikation der unterschiedlichen Techniken, bezogen auf ein schlüssiges Phasenmodell des therapeutischen Prozesses, vorliegen“.

Eine Integration kann daher - zumindest bisher - nicht die Auflösung der Verfahren, sondern nur ein sinnvoller Bezug zueinander in der stationären Versorgung sein.

Therapieschulen in der stationären Versorgung – „Ich finde mich zurückgeblieben, weil mir der Nährboden zum Wachsen fehlt.“

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“ (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477 § 39 Krankenhausbehandlung): Es darf also stationär behandelt werden, bis es ambulant (wieder) möglich ist. Innerhalb der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gibt es eine Vielzahl von Maßnahmen: Schutzauftrag, Diagnostik, Psychotherapie, Medikation, Netzwerkarbeit mit Jugendhilfe, Schule u.a.. Die stationäre Psychotherapie steht daher in Wechselwirkung und im Auftrag. Sie muss im Dienste dieses Auftrages gestaltet werden. Sie hat aber auch eigene Voraussetzungen, um realisiert zu werden.

§ 16a Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

1. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die *unbewusste Psychodynamik* aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von *Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand* behandelt werden.
2. a) Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch *Begrenzung des Behandlungszieles*, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch *Einschränkung regressiver Prozesse* angestrebt.

b) Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine *längerfristige therapeutische Beziehung* erforderlich ist.

(Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, kursive Markierungen durch die Autoren).

Gödde (2018) nennt vier Zugänge, um sich der oben genannten unbewussten Psychodynamik zu nähern:

- „das Zusammenspiel von freien Einfällen und gleichschwebender Aufmerksamkeit,
- die Erkenntnisinstrumente von Übertragung und Gegenübertragung,
- das szenische Verstehen und
- die Fähigkeit, das intersubjektive Geschehen in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen, mitzuerleben und zu gestalten“

Welcher Strukturen bedarf es nun, um dieses Segment therapeutischer Arbeit zu realisieren und wirksam auf Andere zu beziehen?

Vogel (2005) kommt zu folgenden Anregungen für integriertes Arbeiten:

1. Der Therapeut soll Grundkenntnisse im dem Gesamtkonzept zugrundeliegenden Psychotherapieverfahren besitzen.
2. Er sollte regelmäßig an Team- und Fallkonferenzen teilnehmen und seine Arbeit [...] verdeutlichen.
3. Er sollte regelmäßig im Hauptverfahren in co-therapeutischer oder eigener Verantwortung auftreten.
4. Er verfolgt in seiner Therapie einen eigenständigen Strang, vermittelt im Team aber ausreichend Informationen über den Stand der Therapie. Eine gemeinsame Therapiestrategie wird angestrebt, ist aber nicht zwingend für die Wirksamkeit in der Einzeltherapie.
5. Kontinuierliche integrationsorientierte Supervisionen fördern den Integrationsprozess.

(gekürzt und verändert nach Vogel, 2005)

Die Verhaltenstherapie hat eine große Stärke in verschiedenen Punkten: „in ihrer Orientierung auf Einzelmethoden, klare Ziele und Symptome, als hoch transparentes Verfahren und mit positivistischen Erkenntnismethoden“ (Vogel, 2005). Wenn sich diese Vorgehensweise mit den hermeneutischen und

sozialwissenschaftlichen Erkenntnismethoden, der Orientierung auf Prozess und Beziehung, dem auch auf Ungleichheit und unbewussten Selbstanteilen aufbauenden Arbeitsbündnis und dem Konzept des als dynamisch verstandenen Unbewussten der psychodynamischen Therapien ergänzen und einander nicht behindern soll, braucht es, wie auch für die anderen Therapieverfahren, eine reflektierende Integration.

In Bremen sind die meisten Teammitarbeiter:innen ohne psychotherapeutische Ausbildung, Psycholog:innen und Ärzt:innen nicht selten noch am Anfang. Diesen „Laien“ muss das notwendige Wissen vermittelt werden und sie müssen in der Anwendung begleitet werden.

Entwicklung einer Besprechungsform, die diesen Umständen gerecht wird – „Ein bisschen Nebel brauche ich noch.“

Emil Branik und Heiner Meng (2006) beschreiben differenziert die Entwicklung und aktuelle Funktionen der Fallbesprechung im stationären Rahmen. Demnach verlagert sich „die Priorität des ärztlichen Handelns [...] in Richtung einer multimodalen, weniger schulengebundenen Therapie durch ein Behandlungsteam, das sich intensiv um die Integration der multiprofessionellen Ansätze bemühen muss“.

Die Funktionen von Fallbesprechungen lassen sich auf folgenden Ebenen beschreiben:

Auf der *pragmatischen Ebene*: Klärung, Planung, Organisation, Abstimmung, Beachtung des Krankheits- und Therapiekontextes, Entlassungsvorbereitung von Beginn an.

Auf der *emotionalen Ebene*: Katharsis, Containment, Regulation (Affekte, Nähe-Distanz), ansatzweise Klärung der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik, Umgang mit Inszenierungen und Mentalisierung.

Auf der *integrativen Ebene*: Erfassen der Psycho- und Gruppendynamik (Patient:in, Patient:innen-, Mitarbeiter:innengruppe), Differenzierung unterschiedlicher Verständnis- und Interventionsebenen, Festigung der Rollenklarheit, Orientierung am Behandlungskonzept, Orientierung an realistischen Zielen (Bilden und Halten eines Behandlungsfokus), Aufrechterhaltung der Arbeitszufriedenheit und Umgang mit Macht und Zwang (nach Branik und Meng, 2006).

Neben dem Effekt, psychodynamische Behandlungselemente nutzbar zu machen, bietet eine entsprechend gestaltete Fallbesprechung also auch wichtiges Handwerkzeug, um die dazugehörigen Teamprozesse zu verstehen und zu

lenken. Es handelt sich dabei um einen behandlungsbegleitenden Prozess, der sich nicht in einmal getroffenen Entscheidungen erschöpft.

Tiefenpsychologische Arbeit und ihre Bedingungen – „Bin ich (liebens-) wert auch wenn ich krank bin?“

Für die speziellen Anforderungen an psychodynamische Fallbesprechungen stützen sich die Autoren auf die Ausführungen von Timo Storck (2017).

Das In-Szene-Setzen und Agieren – Der Rahmen für die Arbeit mit dem Unbewussten

Patient:innen und Familien bringen ihre Beziehungserfahrungen mit auf Station und in die Klinik. Dabei agieren sie so, dass die Mitarbeiter:innen ihre Bedürfnisse erfüllen sollen, die sich aus bisherigen Beziehungserfahrungen und damit verbundenen unbewussten Konflikten sowie dem jeweiligen Strukturniveau ergeben. Wenn das Team dieser kurzfristigen Wunscherfüllung nicht widersteht, lässt es sich verleiten, die wachgerufenen Impulse z. B. nach Versorgung, Bestätigung von Selbstbildern oder Rachegefühle für Erlittenes und Entgangenes als unerkannte Gegenübertragungen zu agieren. Es inszeniert sich dann eine Wiederholung von Mustern, die den Patient:innen bekannt sind. Das gemeinsame Reflektieren dieser Verwicklungen ist somit ein wichtiges diagnostisches Instrument, um Unerkanntes zu entdecken. Unausprechbares wird sichtbar, kann sich aber auch ungenutzt und riskanter Weise ebenso zerstörerisch wiederholen wie in früheren Lebensphasen.

Es bedarf daher einerseits einer Offenheit gegenüber dem Agieren, das in der Jugendphase eine noch wichtigere Funktion als Verständigungsmittel spielt, und nicht durch formale Anforderungen, wie rigide Verhaltensanforderungen unterdrückt werden sollte. Andererseits bedarf es einer Arbeitsweise, die diese Beziehungsmuster sichtbar macht und vor der möglichen zerstörerischen Kraft der damit verbundenen Einsichten und Gefühle zu schützen vermag. Erst durch die gemeinsame Konstruktion einer hilfreichen Realität besteht ausreichend Sicherheit, die unsichtbare Brücke zu betreten und sich auf den Weg über den Abgrund zu wagen.

Spaltungsangebote ans Team – Containment insbesondere früher Störungen

Differentialindikativ kommen jene Patient:innen und ihre Familien in die Klinik, denen ein Beziehungsaufbau im ambulanten Rahmen nicht ausreichend gelingt. Die entwicklungspsycho-pathologisch damit zusammenhängenden

Traumata, Deprivationen und chronifizierten familiären Störungen zeigen sich im erhöhten Anteil früher Störungen und Bindungsverunsicherungen bei stationären Behandlungen: „Die Prävalenz von narzisstischen Störungen [in der Allgemeinbevölkerung] liegt unter 1%, bei klinischen Populationen zwischen 2 und 16%.“ (Gabriele Häusler, 2007). Die Patient:innen bringen mit ihren realitätsverzerrenden und manipulativen Abwehrmechanismen (z.B. identifikatorische Projektion) vorsprachlich heftige emotionale Spannungen ins Team. Unvereinbare Sichtweisen, starker Handlungsdruck mit Verlust der Mentalisierungsfähigkeit, Gefühle von Ausweglosigkeit und Verwicklung in destruktive Spiralen können die sichtbaren Folgen im Behandlungsteam sein. Nur mit dem Wissen um diese Zusammenhänge kann das Team eine Entlastung erreichen und die den Rahmen haltenden und Komplexität reduzierenden pflegerischen Maßnahmen und psychotherapeutischen Schritte wieder aufeinander abstimmen. Das Ausmaß der Anforderungen für die Patient:innen kann im stationären Alltag leichter dosiert werden, wenn erkannt wird, in welchem Zusammenhang deren als regelüberschreitende Zumutung erscheinende Handlungen stehen.

Konzept der therapeutischen Gemeinschaft – Arbeit verschiedener Berufsgruppen auf Augenhöhe, das Thema der Macht

In der Zeit insbesondere nach 1945 entstand eine neue Sichtweise auf Kliniken als therapeutische Gemeinschaft. In Anwendung auch psychoanalytischer Erkenntnisse sollte der lebendige beziehungsorientierte Bezug der Menschen aufeinander sowohl Ziel als auch Methode sein. Die archetypischen Grundannahmen der *Krankenschwester* als dienende und versorgende, des *Arztes* als heilender und der Patient:innen als abwartende und leidende wird damit abgelöst oder zumindest ergänzt durch eine Arbeitsweise, die Gruppen als fühlende und sich erinnernde Netzwerke versteht.

Deren Grundsätze sind (Hilpert und Schwarz 1981, nach Storck, 2017):

1. Auffassung der therapeutischen Institution als sozialer Organismus, dessen einzelne Zielbereiche miteinander zusammenhängen, sie sich gegenseitig beeinflussen, behindern oder aktivieren. Dazu sei eine horizontale demokratische Struktur erforderlich, die auch eine Reduktion der sozialen Distanz aller Gruppierungen im Krankenhaus einschließt [...]
2. Konzeption des Krankenhauses als „therapeutisches Feld“, das über die therapeutische Zweierbeziehung hinausgeht und in dem allen Behandelnden therapeutische Funktionen zukommen. Es gelte das Prinzip der persönlichen Gleichwertigkeit aller, trotz unterschiedlicher Funktionen.

3. Verzicht auf Affektneutralität, d.h. Öffnung der therapeutischen Beziehung für die Gefühlsgehalte verbaler und nonverbaler Kommunikation.
4. Enge Zusammenarbeit der Gruppe der Behandelnden.
5. Bestätigung der Förderung des therapeutischen Potentials der Patient:innen. Diesen sollen dort Verantwortung und Aktivität überlassen werden, wo sie kompetent und selbst betroffen sind.
6. Gelegenheit zur freien, „repressionsfreien“ Kommunikation [...]
7. Ein Prinzip der größtmöglichen Toleranz gegenüber dem Verhalten und den Äußerungen jedes einzelnen Mitglieds der Behandlungsgemeinschaft. [...]
8. Reflexion aller Vorgänge in der Gemeinschaft, „als Grundlage des ‚sozialen Lernens‘“. Der Schutz der Institution ermögliche dabei eine Erprobung sozialer Aktivitäten, im Rahmen gemeinsam erarbeiteter „Regeln des Zusammenlebens“.
9. Einrichtung „angemessener Untersuchungs- und Interventionsinstrumente“ der therapeutischen Institution.
10. Freie Kommunikation der Behandlungsgemeinschaft zu ihrer Umwelt. Damit ist der Einbezug von Angehörigen gemeint, die „offene Tür“ der Einrichtung im ganz konkreten Sinn sowie das Prinzip der „Belastungserprobung“ und Strukturen der Nachsorge bzw. Anschlussbehandlung.

Bühnen und Rahmenmodell, Fantasie- und Realraum – Arbeiten mit Übertragungsangeboten

Storck (2017) stellt weiterhin die dialektische Spannung von Rahmen- und Bühnenmodell dar. Demnach biete die Klinik eine haltende, stabilisierende und komplexitätsreduzierende Struktur an durch Regeln und Abläufe, die begrenzte Aufenthaltsdauer und Ausrichtung auf individuell formulierte Ziele. Diese Struktur, respektive der Rahmen, stehe im Spannungsfeld zur individuellen Entfaltung und Inszenierung der Patient:innen. Sie nutzten die Station als Bühne, ergriffen Besitz davon und gestalteten ihre eigene Geschichte. Erst das Ringen um lebendige Ausgestaltung lasse den therapeutischen Prozess entstehen. Weder gebe es einen unterscheidbaren darstellenden Effekt auf einer leeren Bühne (ungenutzter Rahmen), noch in einem bloßen Leben im Leben (Schauspiel ohne Markierung). Rahmen und Bühne seien Nichts ohne einander.

Für die psychodynamische Arbeit im engeren Sinne stellt sich die Frage des Bezuges von Fantasieraum und Realraum, eine Unterscheidung die Enke

(1965, zitiert nach Storck, 2017) trifft. Der Fantasieraum meint dabei den für die Arbeit mit Übertragung und Regression wichtigen Platz für die Innenwelt der Patient:innen, während der Realraum die Begegnung mit den sozialen Anforderungen ermöglicht.

Es gibt nun verschiedene Modelle, Fantasie- und Realraum aufeinander zu beziehen. *Bipolar* hätte der Fantasieraum seinen Platz in der psychodynamischen Einzel- und Gruppentherapie, der Realraum im Stationsalltag. Damit würde der Platz für Übertragungen und Regression klar markiert als Therapieraum und die regressionsfördernde Wirkung der Klinik begrenzt. Problematisch daran ist nach Janssen (1987, nach Storck, 2017):

- starke Regression mit einhergehender Spaltung und Agieren,
- Schwierigkeit auf Station die Abstinenz aufrecht zu erhalten
- Beziehungsmuster mit Abwehr oder Gegenagieren, die in den nicht-therapeutischen Beziehungen nicht ausreichend reflektiert werden können
- Hierarchisierung innerhalb des Teams

Der erste Punkt betrifft in besonderem Ausmaß sog. früh gestörte Patient:innen, die schon von sich aus zur Spaltung neigen und in dieser Aufteilung sich und das Team überfordern. Daher werden beim *integrativen* Ansatz alle Beziehungen bei erhaltener Verantwortungsverteilung als potentiell therapeutisch wirksam in den Blick genommen.

Küchenhoff (1998, nach Storck, 2017) entwickelt diesen Ansatz weiter zu einem „*pluripolaren* Modell“ in dem er die Gefahren des integrativen Modells beschreibt:

- drohende Neigung zur Selbstbespiegelung durch ständige Selbstreflexion
- Patient:innen könnten sich durch das Auge des Teams eingekreist fühlen
- ein Verschwimmen von Realität und subjektiver Bedeutung

Für die Fallbesprechung besteht daher die Anforderung, den jeweiligen therapeutischen Rahmen der einzelnen Angebote auf Station zu schützen. Und die therapeutischen Funktionen voneinander abzugrenzen (z. B. psychodynamisches Wissen, aber nicht therapeutisches Intervenieren ohne entsprechende Ausbildung voraus zu setzen.)

So besetzen die Mitarbeitenden aus dem Pflege- und Erziehungsdienst (PED) oder der Schule eigene charakteristische therapeutische Funktionen in der Klinik und tragen in den gemeinsamen Besprechungen durch ihre Rückmeldungen äquivalent zum Verständnis und zur Gestaltung des Beziehungsge-

schehens bei, die Schule etwa als Ort des sozialen Miteinanders und der außerfamiliären Ausbildung, der PED zur Gestaltung eines den Fähigkeiten der Patient:innen angepassten, ausreichend sicheren Alltages.

In diesem Sinne teilen sich die Bereiche die Äquivalenz und die gemeinsame therapeutische Grundhaltung, sie sind aber gerade nicht gleichförmig und bleiben in ihren Interventionen „eigenartig“.

Der Behandlungsfokus – begrenzen von Regression im Krankenhaus

Die psychodynamische Therapie auf einer Station im Krankenhaus begrenzt die Regression auch durch ein mit den Familien vereinbartes Behandlungsziel und eine dafür notwendige Behandlungsdauer: „Jede Kurztherapie benötigt einen Behandlungsschwerpunkt. Dieser besteht nicht nur in vereinbarten Therapiezielen, sondern die Anwendung verschiedener therapeutischer Verfahren erfordert eine gemeinsame Orientierung, um die Ausrichtung der Interventionen festzulegen, den Fokus der Behandlung.“ (Klüwer & Lachauer, 2004). Diese Fokussierung auf bestimmte zu erreichende Fähigkeiten setzt ein Störungsmodell voraus. Dafür bieten sich ergänzend zum ICD, das beschreibend und unabhängig vom Therapieverfahren funktionieren soll, verschiedene diagnostische Mittel an.

Der Fokalsatz nach Klüwer und Lachauer (2004) verbindet dafür das aktuelle symptomatische Verhalten mit dessen psychodynamischen Hintergründen und führt damit zu einer individuelleren Diagnose. Weil er auch Bezug nimmt auf unbewusstes Wissen der Patient:innen, ist er eine Deutung, d.h. eine therapeutische Intervention und braucht in der Anwendung eine psychotherapeutische Ausbildung.

Ein weiteres mittlerweile gut etabliertes Mittel ist die OPD-KJ. „Die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bedarf einer eigenen Herangehensweise in der psychodynamischen Diagnostik. Nach dem erfolgreichen Vorbild der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Erwachsene (OPD-2) wurden die psychodynamischen Konzepte operationalisiert, um ihre Vieldeutigkeit zu verringern. Das Ergebnis ist [...ein] Manual, das sich als fakultative, modular aufgebaute psychodynamische Diagnostik in Ergänzung zum «Multiaxialen Klassifikationsschema» (MAS) versteht. Es arbeitet mit den Achsen Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen. Ziel ist es, auch Konzepte der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse im Kindes- und Jugendalter so zu operationalisieren, dass ihre Verwendung besser überprüfbar wird und ihre Reliabilität steigt“ (Selbstbe-

schreibung der OPD-KJ, zitiert nach <https://www.opdkj.eu/literatur.html>, abgerufen am 9.8.2021 um 21:20 Uhr).

Neben der Kommunikation mit den Patient:innen erleichtern diese Instrumente auch die Kommunikation mit den Kostenträgern. Die oben beschriebenen Voraussetzungen für stationäre psychodynamische Therapie – die nicht ausreichende ambulante Versorgung und ein notwendiges spezielles Verfahren für längere Verläufe - können damit anschaulicher belegt und auch im Verlauf beschrieben werden.

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Gerd Rudolf, 2000) bildet einen weiteren wichtigen Umstand der Behandlung ab. Sie erfasst im Behandlungsverlauf, wie die Patient:innen das fokussierte Problem angehen. Von der Nicht-Wahrnehmung des Fokus über erste Veränderungen, bis zum Erleben neuer Verhaltensmöglichkeiten, bildet sie die für die Therapie wichtigen individuellen Möglichkeiten ab, sich mit dem Fokus zu beschäftigen.

Die Entwicklung der Fallreflexionen – „Zwischen Zug und Suff bin ich auf der 2A ganz glücklich.“

Die chronologische Beschreibung ist durch die Sicht der Autoren geprägt. Sie sind seit 2007 bzw. 2008 in der Klinik tätig.

Zwar wurde und wird von einem tiefenpsychologischen Verstehen ausgegangen, was sich aber in den Strukturen des alltäglichen Arbeitens nur wenig zeigte, zum Beispiel 2014 bei einem gescheiterten Versuch, Fallbesprechungen mit einem psychodynamischen Rahmen in der Tagesklinik in Bremen Nord zu etablieren. Die therapeutische Arbeit auf Station wurde zum großen Teil von verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Mitarbeiter:innen geleistet, die sich durch dieses Grundverständnis nicht repräsentiert sahen. Auch Pflegeteams hatten teils ein verhaltenstherapeutisches oder auch ein systemisches Grundverständnis übernommen, wenn Kolleg:innen entsprechende Ausbildungen einbrachten.

Erklärungen oder Arbeitsweisen in den Visiten wurden vor diesem Hintergrund als „überflüssig“ oder im Arbeitsalltag „eher hinderlich“ abgelehnt. Die Veranstaltungen wurden „abgesessen“. Hinzu kam, dass Gespräche eher als „manipulative theoretische Kommunikation“ erlebt wurden, während sich die Mitarbeiter:innen mit ihren „realen“ Problemen auf Station einerseits allein gelassen fühlten, andererseits die therapeutischen Angebote im psychiatrischen Alltag zwar organisatorisch, aber nur wenig inhaltlich verknüpft waren.

Um die gemeinsame Repräsentation realistischer zu gestalten, den Austausch zu fördern und das gegenseitige Wissen über den aktuellen Stand der Therapietechnik zu gewährleisten wurden ab Mitte 2016 für ein Jahr gemeinsame Fallvorstellungen aus Sicht der demnächst drei Richtlinienverfahren durchgeführt. Anhand der jeweiligen Fallvorstellung einer/-s Patient:in, die/der aktuell oder vor kurzem in Behandlung war, wurde schulenübergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung das Vorgehen für einzelne Störungsbilder besprochen.

Im therapeutischen Austausch darüber gab es verschiedene abwehrende Haltungen zu der mit einer solchen Integration verbundenen Angst. Diese Form der Nutzung der Therapieschulen sei „überholt“, eigentlich gebe es eine „übergreifende letztlich leitende integrative Psychotherapie“. Wir würden „vom Gleichen reden und nur unterschiedliche Begriffe nutzen“ - waren die eher verbindenden Ansichten, die Vermutung, eine der jeweiligen Therapieschulen versuche sich auf diesem Wege „über die anderen“ zu stellen, eine eher trennende Reaktion. Es zeigte sich aber auch, dass strukturelle Themen, wie der ungleiche soziale Status der Berufsgruppen oder die chronische Unterbesetzung erkannt werden mussten, um deren ständige Vermischung mit Konzepten der Patient:innenversorgung zu beenden. Die Diskussion um Therapieschulen war an dieser Stelle eher ein Ersatzthema, auf den brisantere Konflikte verschoben wurden. Die Basis: einander sowohl in Fremd- als auch Gleichartigkeit zu erkennen und wirklich genau zu denken, bedurfte beharrlicher Mühe.

Auch im Alltag auf Station war es oft ein intuitiver Weg in der Betreuung, ein Symptom als „Regelverstoß“ zu verstehen und durch pädagogische Maßnahmen – wie mit gesunden Kindern - deren Ressourcen zu mobilisieren und Alternativen zum Symptom zu entwickeln. Einem Symptom Platz zu lassen, es miteinander in seiner Funktion zu verstehen und erst im nächsten Schritt Lösungswege mit den Patient:innen und Familien zu suchen, erfordert anderes Wissen, andere Zeiteinteilung, andere Arbeitsweisen auch und besonders in der Betreuung der Kinder.

Der starke Einbezug des Unbewussten als Realität hinter der Realität sorgte besonders im Kontrast zum objektivierenden, Komplexität reduzierenden psychiatrischen Wissen zunächst für emotionale Belastung und Verunsicherung.

Die Autoren erlebten aus eigener Erfahrung als Ausbilder für Pflegekräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass es kaum Vorwissen über psychody-

namische Zusammenhänge gab. Spürbar war ein Unbehagen, möglicherweise auf Grund der Vorstellung, in der tiefenpsychologisch orientierten Arbeit kein Handwerkszeug mehr zu haben. Während zu den der Verhaltenstherapie oder der systemischen und Familientherapie zugeordneten Methoden, wie Genogrammarbeit oder Verstärkerverfahren, jeweils Wissen und Erfahrungen bestanden, wurden Begriffe wie „Agieren“, „das Team spalten“ oder „das macht der unbewusst“, eher pejorativ-abwertend als therapeutisch genutzt.

Wir brauchten also eine didaktische Form, die die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Berufsgruppen berücksichtigte, die ja u. a. auch für Fortbildungen unterschiedlich sozialisiert waren. Die Klinikpflegeleitung brachte hierfür mit einer pädagogischen „Grundausbildung“ wichtige Orientierungspunkte ein und übernahm die Einführung des Konzeptes, nicht zuletzt um die gemeinsame Entwicklung zwischen der ärztlichen und der Klinikpflegeleitung für das Team sichtbar zu machen (siehe dazu Abb. 1 und 2):

Klinikkonferenz am 17.1.2019

Einführung zum Thema Fallreflexion:

Wie können wir uns und die Gefühle, die die Patient*innen in uns auslösen, als Instrument besser nutzen?

Was machen wir hier jeden Tag mit den uns Anvertrauten?

Wir versuchen dazu beizutragen, dass die Patient*innen in und mit ihren Systemen wieder besser klar kommen.

Was haben wir dazu für Instrumente?

Die Räumlichkeiten mit ihrer Ausstattung und uns. Dabei sind wir einzelnen Mitarbeitenden mehr als die Summe der „Teile“, nämlich das Behandlungsteam (Team als „Behandlungssubjekt“ in der (teil-)stationären Psychotherapie).

Was hilft?

Der Rahmen: wir stellen uns als Hilfs-Ich zur Verfügung, um durch Haltgeben & Grenzen setzen Orientierung zu geben: Nachreifung, (Re-)Strukturierung, Verbesserung des Strukturniveaus

Die Bühne: Innerhalb (und nicht selten auch außerhalb des Rahmens oder auch am Rahmen selbst) inszenieren die Patient*innen ihre Gefühle, ihre Wünsche, sich selbst wie bei einem Theaterstück auf der Bühne.

Grundvoraussetzung für beides (Rahmen & Bühne) ist die Beziehung (Arbeitsbündnis) zwischen Patient*in und Mitarbeitenden

Entwicklungspsychologischer Exkurs zum Thema Spiegeln:

Vom ersten Tag seines „Auf-der-Welt-Seins“ ist das Kleinkind in Beziehung zu seinen sog. primären Bezugspersonen (i. d. R. den Eltern). In diesen Beziehungen kann das Kleinkind neben ganz vielem anderen eben auch lernen, seine Gefühle sowohl in der Stärke als auch in der Art aus zu differenzieren. Dazu „schaut“ das Kind, wie sein Gegenüber mit seinen (des Kindes) Gefühlen umgeht, sie sich im Gesicht und den Handlungen des Gegenübers „spiegeln“, und kann daraus „ablesen“, wie sie sind (z. B. stark oder schwach, gut oder schlecht oder eben auch „dazwischen“...).

Winnicott: „Die Mutter schaut das Kind an, und wie sie schaut, hängt davon ab, was sie selbst erblickt“. Somit sieht der Säugling, der seine Mutter anblickt, sich selbst in ihrem Gesicht. Diese Spiegelung ist somit u. a. Grundlage für den Aufbau von Selbstkontrolle. Man spricht auch von „affektregulierender Spiegelinteraktion“.

Abbildung 1, Vortragsmitschrift der Klinikpflegeleitung

Ähnliches passiert - wenn auch nicht immer in dieser frühen, unmittelbaren Intensität - im psychotherapeutisch-pädagogischen Kontakt: Wir sind permanent mit den Gefühlen der Patient*innen konfrontiert und reagieren (wenn auch nicht nur) unmittelbar auf sie.

Die Patient*innen lassen also – ob sie oder wir das wollen oder nicht – permanent ihre Gefühle bei jedem einzelnen von uns. Das heißt aus unserer Sicht bei der häufig schwer kranken Klientel, mit der wir arbeiten, dass uns diese Gefühle von insbesondere Angst, Trauer und Wut, die auf Grund ihrer „Unreife“ umso zerstörerischer sind, selbst sehr belasten können.

Umso mehr gilt, dass wir ohne einen Zugang zu den Gefühlen unserer Patient*innen im doppelten Sinne nicht gut arbeiten können.

*Wie bekommen wir einen Zugang zu den Gefühlen der Patient*innen und wie können wir damit arbeiten?*

Wir können sie bei den Patient*innen suchen, was wir ja auch tun. Das ist aber oft schwierig, z. B. weil die Patient*innen sie nur sehr versteckt zeigen oder weil wir die Gefühle in der Beobachtung des Anderen nicht ausreichend verstehen, weil sie so wenig entwickelt sind.

Außerdem können wir nach den Gefühlen schauen, die die Patient*innen in uns auslösen und mit denen wir spiegelnd zu tun haben. Auch das tun wir schon, genau wie für die Behandlung jeder/-s einzelnen Patient*in braucht es dafür aber auch einen Rahmen. Das

hat Herr Dupont lange unterschätzt. Gemeinsam sind wir nun sehr froh, dass wir uns diesen Rahmen jetzt in Form von Fallreflexionen schaffen.

Struktur der Fallreflexionen:

Blitzlicht, wie geht's mir mit der/dem Patient*in (wie geht es jeder/-m Einzelnen), Gemeinsame Reflexion von szenischem Material, Interaktionen und Einfällen (was macht das mit uns als Behandlungsteam), Entwicklung eines Fokalsatzes bzw. einer Metapher über die / den Patient*in (nur dieser Satz wird dann dokumentiert).

„Instrumente“: es gibt eine Besprechungsleitung, alle anderen arbeiten mit der sog. freien Assoziation & gleichschwebenden Aufmerksamkeit:

Alles ist gleich wichtig und kann gesagt werden, auch vermeintlich Unpassendes, „Freches“ oder „Abwegiges“ gehört dazu. Das ist für uns noch ungewohnt, weshalb wir uns Zeit nehmen das gemeinsam zu „üben“. Wichtig ist zum Schutz von uns allen, dass die Fallreflexion keine Selbsterfahrung ist!

Ergebnis einer Fallreflexion ist somit nicht eine Entscheidung z. B. für ein bestimmtes pädagogisch-therap. Vorgehen oder für o. gg. Fremdplatzierung, sondern ein besseres Verständnis der/des Patient*in (zusammengefasst in einem Fokalsatz oder ein Metapher), die es uns ermöglicht, die o. g. Entscheidungen dann z.B. in den Visiten noch besser treffen zu können.

Abbildung 2, Vortragsmitschrift der Klinikpflegeleitung

Da klar wurde, dass neben der Wissensvermittlung auch organisatorische Abläufe verändert werden mussten, waren Kooperationspartner mit psychodynamischer Ausrichtung für uns als Vorbilder hilfreich. Deshalb führen die leitende Psychologin, die Klinikpflegeleiterin und Henrik Lusch-Dastyari auf Einladung des dortigen Chefarztes Arthur Ballin im Februar 2018 nach Tiefenbrunn, wo wir die Abläufe und benutzten Methoden miterleben, besprechen und später unter Beachtung der Unterschiede zur Klinik in Bremen einfließen lassen konnten. Marc Dupont ist darüber hinaus Mitglied der Arbeitsgruppe tiefenpsychologisch arbeitender Chefärzt:innen der BAG. Diese Arbeitsgruppe arbeitet konzeptionell und als Austauschort, in dem Einblick in Arbeitsweisen der verschiedenen Kliniken gewährt werden, was ebenfalls hilfreich war für die Konzeptualisierung der Fallreflexionen.

Funktionsweise der Fallreflexion – „Wir haben Angst und wollen handeln“

Im Januar 2019 starteten wir schließlich mit den Fallreflexionen: sie finden für jede Behandlungsgruppe von 6 bis 7 Patient:innen einmal pro Woche statt. Sie dauerten eine Stunde, in der in je 30 Minuten über 2 Patient:innen reflektiert wurde. Der Versuch, sie klinikübergreifend auf alle Wochentage zu verteilen, um der Klinikleitung zu ermöglichen, an jeder Reflexion teilzunehmen, scheiterte bei wachsender Zahl von Behandlungsgruppen an den nur fünf Tagen der Arbeitswoche, weshalb aktuell die Klinikpflegeleitung im Zwei-Wochen-Rhythmus an der Fallreflexion teilnimmt.

Explizites Ziel bei der Entwicklung der Fallreflexionen war die Teilnahme aller Berufsgruppen und insbesondere auch der Lehrer:innen der Klinikschule, was aber insbesondere auch auf Grund von vielen Mitarbeiter:innen mit Teilzeitstellen nicht immer gelingt. Voraussetzung ist eine funktionierende, rechtzeitige Absprache, welche Patient:in jeweils besprochen wird, damit zum Beispiel die/der verantwortliche Lehrer:in aus der Klinikschule anwesend sein kann.

Vom PED sind in der Regel alle Personen im Dienst anwesend, außer Praktikant:innen, die weniger als drei Wochen auf Station sind. Die Stationsgruppen vertreten einander während der Zeit gegenseitig in der Aufsicht für die Patient:innen. Angestrebt wird eine miteinander vertraute Gruppe für die Fallreflexion, um den Mut zu stützen, sich zu äußern.

Die Stationspflegeleitung führt eine Liste der Patient:innen um sicherzustellen, dass alle besprochen werden. Es entsteht so ein sechswöchiger Besprechungsrhythmus. Für die statistische Mindestaufenthaltsdauer von etwa drei Monaten sind das drei Besprechungen pro Patient:in. Eine nach Aufnahme, im Verlauf und eine vor Entlassung.

Die ärztliche und pflegerische Stationsleitung informiert neue Kolleginnen über die Funktion der Fallreflexion. Die offen geäußerten Gefühle und die sich in der Gruppe spiegelnden Konflikte der Patient:innen durch Schweigen, Anspannung oder kurzen Streit sind sonst zu unbehaglich oder verstörend und können mit der fehlenden Erfahrung noch nicht in ihrer konstruktiven Wirkung abgesehen werden.

Moderiert wird die Fallreflexion meist von Oberärzt:in oder Chefarzt. In deren Abwesenheit kann auch jemand anderes übernehmen. Gute Erfahrung haben wir mit einer assistierten Leitung durch psychodynamisch vorgebildete Therapiepraktikant:innen gemacht, die versiert genug sind, um moderieren

zu können und „naiv“ genug, um sich auf den entstehenden Prozess mit all seinen Facetten gut einzulassen.

Die Gruppe wird implizit durch Vorbild und Verhalten der Moderierenden und explizit durch Nachfragen aufgefordert, beispielhaft über die Arbeitsbeziehung mit einer Patient:in zu berichten. Schwerpunkt liegt dabei auf den Gegenübertragungsgefühlen und den Fragen: „Warum macht die Patient:in das?“ bzw. „Was geht in ihr vor?“ und „Was geht in mir vor?“. Erfahrenen Kolleg:innen aus dem PED fallen mittlerweile selbst die Spiegelungsphänomene auf, wenn zum Beispiel bestimmte Themen ausgeblendet werden oder die Gruppe ins Agieren kommt, so dass sich aus der Zusammenschau der vielen Eindrücke und Zuschreibungen ein komplexeres Bild der Patient:in und ihrer Beziehung zum Team ergibt: Das Team wird mehr als die Summe seiner Mitarbeiter:innen und kann die Welt der besprochenen Patient:in vollständiger abbilden.

Gerade bei anstrengenden Behandlungsverläufen entsteht manchmal der Gedanke im Team, die/den Patient:in vorzeitig zu entlassen. Das Team ist aufgefordert, diesen Gedanken bei sich zu entdecken und anzusprechen. Solche Abgrenzungswünsche von Seiten des Teams sollen erst mit dem Wissen aus einer Fallreflexion angegangen werden, um Gegenübertragungsgagieren rechtzeitig zu entdecken.

In den letzten fünf Minuten der Fallreflexion wird die Gruppe gebeten, einen Satz zu bilden, der das Bild vom gemeinsam konstruierten Beziehungsgeschehen, meist aus Sicht der Patient:in, darstellt. Dieser Satz (Beispiele finden Sie in den Zwischenüberschriften) regt das Team zur Rückschau auf das Gruppengeschehen und einen Abstimmungsprozess an. Dabei werden einzelne Wahrnehmungen akzentuiert und in Bezug zueinander sprachlich gefasst, wenn einzelne Teilnehmer:innen sich dafür einsetzen, sie in dem Satz noch unterzubringen oder ein stimmiges sprachliches Bild dafür zu finden.

Dieser Satz wird, als Beschreibung des die Beziehungen auf Station bestimmenden Problemfokus, in der Kurve dokumentiert und in den wöchentlichen Visiten mit den Diagnosen vorgelesen. Bei der weiteren Behandlungsplanung ist er also als Erinnerungsstütze und als verbindende und leitende Konstruktion präsent.

Die Alltagssprachliche Beschreibung trägt verschiedenen Punkten Rechnung. Das Unbewusste denkt nicht in Fachbegriffen. Auch wenn beispielhaft immer wieder Phänomene wie Gegenübertragung oder Konfliktmodi benannt werden, geht es um eine beobachtungsnahe und bildlich greifbare Beschreibung,

die eher das Verständnis der und die Einfühlung in die Zusammenhänge als einen theoretischen Hintergrund transportieren soll. Die Mitarbeiter:innen mit unterschiedlichen Ausbildungen bedienen sich untereinander einer lingua franca und es kommt weniger schnell zu intellektualisierender Abwehr oder einem Machtgefälle zwischen der Gruppe und den Benennenden, auch wenn immer wieder die Tendenz besteht, die Äquivalenz in der Beziehungsarbeit zugunsten einer Expertenprojektion aufzugeben, indem zum Beispiel die Sätze des Chefarztes als „wahrer“ angenommen werden.

Organisatorisch kommt es zu einer Trennung von Handlungsplanung und Betrachten. Es gibt eine Vorgabe in der Fallreflexion, trotz oft großem Handlungsdruck, keine Entscheidungen zu treffen. Der Rahmen soll gehalten werden, auch wenn andere Impulse entstehen, die vielfältig sein können: Klingelnde Telefone, vor dem Raum weinende und schreiende Patient:innen, andere wichtige Termine, Langeweile und Nutzlosigkeitsgefühle, aber auch starke Spannungen im Team oder gegenüber den zu besprechenden Patient:innen und deren Eltern.

Aufkommende Handlungsimpulse werden deshalb auf die anderen Besprechungsformen delegiert. Das können die Visite oder pflegerische Übergabe sein, aber auch externe Supervisionen zu Fall und Team.

In der Visite werden die Beziehungsthemen dann in therapeutische Handlungsschritte umgesetzt. Erste Ansprechpartner dafür sind die fallführenden Therapeut:innen als „Hüter:innen“ des Behandlungsauftrages. In der Teamvisite wirkt der Satz als Anker, der die Handlungsfähigkeit weg von symptomorientierter Methodik, anhand der Achse 1-Diagnose, hin zur Beziehungsgestaltung öffnet. Alle therapeutische Bereiche können ihr Vorgehen eigenständig daran ausrichten.

Zeitgleich zum Start der Fallreflexionen wurde die regelmäßige und für alle Berufsgruppen verpflichtende Klinikkonferenz genutzt, um spezifisches Wissen zu vermitteln und den notwendigen Erfahrungsaustausch zur neuen Besprechungsform zu ermöglichen (Abb.3):

Termine Klinikkonferenz KIJU 2019

jeweils 13:30-15:00 Uhr

Zeichen
Durchwahl
Fax
E-Mail

Datum	Thema	Ort
Do., 17.01.2019	Einführung	K1
Do., 24.01.2019	Erörterung	K1
Do., 07.02.2019	Auftaktveranstaltung zur Verabschiedung des Schutzkonzepts	Hammerkopf
Mo., 04.03.2019	Fallreflexionen Vortrag von und Diskussion mit Professor Timo Storck, Psychologische Hochschule Berlin	HiP
Mi., 03.04.2019	1.Auswertung & Feedback	HiP
Do., 09.05.2019	Theorie I: Aufbewahren (Holding) und Mentalisieren	Hammerkopf
Fr., 14.06.2019	Theorie II: Szenisches Verstehen und Rahmen	HiP
Sommerferien	---	---
Mo., 02.09.2019	3.Auswertung & Feedback	Hammerkopf
Mi., 23.10.2019	Theorie III: Gegenübertragung	HiP
Do., 21.11.2019	Resümee & Ausblick	HiP

Abbildung 3. Veranstaltungsplan für berufsgruppenübergreifende Fortbildungen

Auf einer Klinikkonferenz trug Timo Storck aus Berlin vor, dessen Forschung zu Theorie und Praxis von Fallbesprechungen in der stationären Psychotherapie für unsere Fragen hoch bedeutsam waren.

Insgesamt entstand eine achtsamere Arbeitsweise, die Affekttoleranz stieg und die Begegnungen mit den Patient:innen wurden haltgebender.

Am Ende des ersten Jahres wurden die praktischen Erfahrungen mit der neuen Besprechungsform gesammelt (siehe z. B. Abbildung 4), wobei insbesondere organisatorische Anpassungs-notwendigkeiten deutlich und mit den Stationsleitungen umgesetzt wurden (die Mitarbeitenden im PED fühlten sich zum Beispiel „zu nah an den Gefühlen“, wenn sie gleich nach der Fallreflexion wieder den Patient:innen begegneten, weshalb hier Übergabe und Fallreflexion in der Reihenfolge getauscht wurden).

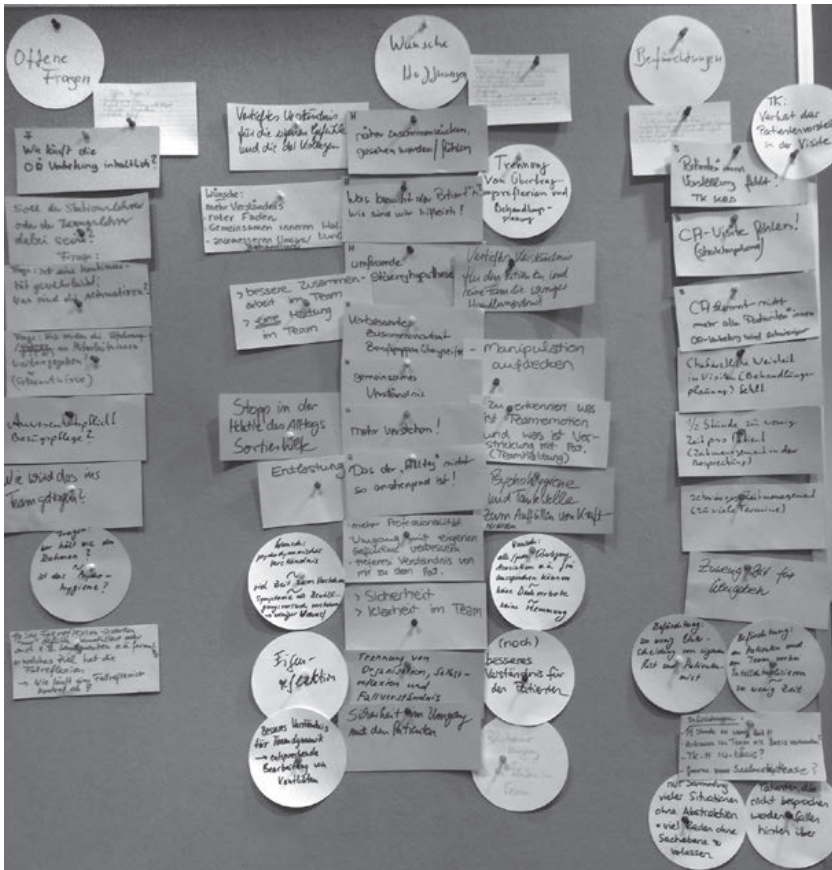


Abbildung 4. Rückmeldungen nach einem Jahr Arbeit mit den Fallreflexionen

Es nahmen alle Berufsgruppen, die ganze „therapeutische Gemeinschaft“ an dem Prozess teil. Durch diesen offenen Blick auch für gesundheitspolitische Fragen der Teamorganisation, des Behandlungsverlaufes und deren Bezug aufeinander, bildete sich ein ausreichend genaues Bild. Gerhard Wilke erklärt die notwendige Genauigkeit unter der Überschrift ‚Die Entweihung des sakralen, klinischen Raumes‘: „Im Zeitalter der Komplexität und der betriebswirtschaftlichen Vorherrschaft in allen Bereichen des Gesundheitswesens sind professionelle Gruppen jeglicher Couleur aufgefordert, in ihren Organisationen zunehmend klinisch und im klinischen Bereich zunehmend organisatorisch und haushaltsgerecht zu arbeiten. Die angebliche Unvereinbarkeit der ‚reinen, klinischen‘ und der professionellen Arbeit mit der ‚unreinen und organisationspolitischen‘ Arbeit, hat sich in der Praxis der Ärzte und Therapeuten überlebt. Die klinischen Experten im ‚Behandlungsraum‘ sind in eine Reihe organisatorisch notwendigen Beziehungen verflochten, als Voraussetzung für ihre Patientenarbeit.“ (Gerhard Wilke, 2017). Dies betreffe alle therapeutisch wirksamen Berufsgruppen in einer Klinik: „Ärzte, Therapeuten und Pfleger, aber auch ihre Supervisoren müssen sich der Notwendigkeit stellen, ihre berufliche Identität und Praxis an die veränderten Umstände anzupassen. Ich glaube, dass man dabei das Wesen der Gruppenanalyse oder der Psychoanalyse nicht zu verlieren braucht. Der theoretische Kern der Psychoanalyse ist der Realitätstest; das Herzstück der Gruppenanalyse ist die Befähigung zur sozialen Vernetzung.“ (Gerhard Wilke, 2017).

Durch eine von uns ähnlich praktizierte Form der Anwendung, schärfte sich für uns als Teamleitung z.B. die Bedeutung von bewusst, gezielt herbeigeführter personeller Zusammenstellung und inhaltlicher Ausrichtung. *Wann sollten Entscheidungen getroffen werden und welche Berufsgruppen beteiligt werden? Wann sollten Wahrnehmungen ausgetauscht werden?* Die Verschränkung von Beziehungsarbeit, Gruppendynamik, Entscheidungsfindung und Organisation des Teams wurde nach und nach auf diese Weise erfahrbarer.

Im Dezember 2019 fand ein OPD-KJ Grundkurs mit Eginhard Koch aus Heidelberg statt. Im Sinne der Vertrautheit mit den Konzepten des Grundverfahrens (Struktur, Konflikt, u.a.) war es offen für alle fallführenden Therapeut:innen unabhängig vom erlernten Hauptverfahren. Durch die operationalisierte und komprimierte Vermittlung der Inhalte führte der Kurs Schulen übergreifend zu Aha-Momenten im Bezug auf psychodynamische Begriffe wie Struktur und Übertragung in der Beziehungsgestaltung. Besonders die gut vorstellbaren Beispiele für verschiedene Altersgruppen erleichterten die Kommunikation innerhalb des Teams.

Im Jahr 2020 sollten mit den Erfahrungen aus der Einführung der Fallreflexionen die Aktivitäten rund um das stationäre Milieu als Ort der Therapie und die therapeutische Gemeinschaft auf den Stationen konzentriert werden. Die Coronapandemie unterbrach diese Fortbildungen im Februar 2020 und damit das Vorhaben insgesamt, weil sie auf die drei Standbeine Theorievermittlung, praktische Arbeit und Reflexion von Erlebtem und Erlernten in der Gruppe angewiesen ist. Trotzdem ging die Arbeit in den Fallreflexionen selbst weiter.

Durch Veränderungen des Schichtplanes entfiel Anfang 2021 ein Mitteldienst für Pflegekräfte, der zwischen Früh- und Spätdienst überlappend anwesend war. Damit verkürzte sich die gemeinsame Zeit für Übergaben für die Pflegekräfte auf eine Stunde. In dieser Zeit lag die Fallreflexion, mit der Absicht möglichst viele Personen in die Fallreflexion zu holen, die an der Beziehungsarbeit auf der Station beteiligt sind. Beide wichtigen Treffen waren so in einer Stunde geplant. Die Pflegekräfte forderten daher ausreichend Gesprächszeit für ihre Betreuungsinhalte, die sie in Konkurrenz zur Fallreflexion im Hintertreffen sahen, weshalb die Struktur so verändert wurde, dass nur noch ein/-e Patient:in in 45 Minuten statt zweier in einer Stunde besprochen wurde und so 15 Minuten für die Übergabe frei blieben.

Im Vergleich zum Zeitpunkt der Einführung der Fallreflexionen, als auch Ängste mobilisiert wurden, dass sie als Instrument der Therapeut:innen dienen könnte, um in den pädagogischen Arbeitsbereich einzudringen, ließ sich dieser Konflikt durch ein mittlerweile gemeinsames Interesse kooperativer lösen, wodurch ein Kompromiss mit dem Inhalt gefunden werden konnte, Zeit für organisatorische Fragen und dynamische Aspekte der Behandlung zu haben. Die Klinikpflegeleitungen als Vertreterinnen ihrer Berufsgruppe stützten diese Anerkennung durch sichtbare Absprachen mit den Chefärzten.

Das Konzept „Fallreflexion“ geht somit aktuell nach der Entwicklung, der Vorstellung und Einführung, der Etablierung und Durchsetzung langsam in die Phase der Aufrechterhaltung und Anpassung an neue Entwicklungen über.

Beforschung und deren Voraussetzungen – „Ich bin ein Küken im Wolfspelz“

Ein günstiger Umstand für die Implementierung der Fallreflexion war und ist die Begleitforschung derselben durch Timo Storck. Die Fallreflexionen einer Behandlungsgruppe werden dafür aufgezeichnet und der Arbeitsgruppe von Timo Storck zur Verfügung gestellt. Als „Gegenleistung“ erhält Henrik Lusch-Dastyari von Timo Storck telefonisch supervisorische Rückmeldun-

gen zum Material, die ebenfalls aufgezeichnet und dem Behandlungsteam vorgespielt werden.

Voraussetzung dafür waren zunächst das positive Votum einer Ethikkommission. Der Prozess, die Studie für die Bremer Verhältnisse zu beschreiben, die zuständige Ethikkommission zu finden, zu klären, wer in einer Versorgungsklinik die anfallenden Gebühren übernimmt, ohne dass es für Forschung ein Budget gibt, brauchte mehrere Monate. Parallel musste ein Datenschutz konformer und den Arbeitsabläufen gerecht werdender Ablauf (Information und Zustimmung der Familien und der Mitarbeiter:innen, Übermittlung der Aufzeichnungen zur Forschungsgruppe, Transkription der Tonaufnahmen usw.) für die Studie gefunden werden.

Fazit – „Wenn du da bist kann es mir gut gehen.“

Die Fallreflexionen werden vom gesamten Team mittlerweile als Arbeitsmittel geschätzt und selbständig eingesetzt. Es entsteht im Eindruck der Autoren eine gemeinsame Behandlungsgeschichte mit deutlicherer Patient:innenorientierung und gestiegenem Interesse an der Perspektive der Patient:innen sowie der Bereitschaft, eine Beziehung zu gestalten, die hilfreich und den Fähigkeiten der Patient:innen angepasst ist. Gleichzeitig können Ohnmachtsgefühle besser eingeordnet werden und Erwartungen an die Arbeitsstruktur müssen weniger agiert und können verantwortlicher und selbstbewusster eingebracht werden. Ängste, den Patient:innen zu nahe zu kommen, die sich in Sätzen wie, „die ist hier schon eingezogen“, oder „wir sind ja nicht die Eltern“, zeigen, kommen seltener vor, da die therapeutische Beziehung besser erkennbar ist. Deren Inhalte sind transparenter, sie ist beschreibbar und gestaltbar.

Das entspricht einer besseren Differenzierung von organisatorischen, den Patient:innen zuzuordnenden oder von den Mitarbeitern stammenden sowie weiteren aktuellen Einflüssen (z. B. Coronapandemie, Personalunterbesetzung).

Damit entsteht ein klarerer Blick auf vorher den Patient:innen zugeordneten Problemen wie z. B. die ausreichende Erreichbarkeit der Leitungskräfte, die Überforderung mit unüberschaubaren Abläufen und schnellen Veränderungen, dem zu schnellen Wechsel von abzuarbeitenden Themen und dem entgegenstehende seelische Bedürfnisse, was ein Zuwachs an Selbstbewusstsein für das eigene Arbeitsumfeld bedeutet.

Beim Finden der Sätze am Ende der Fallreflexion bilden sich auch dynamische Aspekte der Gruppe ab. So tritt z. B. die Sprachlosigkeit, überhaupt etwas zu benennen, gehäuft bei früh gestörten Patient:innen auf. Depressive Leere, pubertäre Verweigerung, Schwelgen in Märchenbildern oder lustvolles Herumalbern sind andere dynamische Reaktionsmöglichkeiten der Gruppe. Sie geben der erfahrenen Gruppe und den kundigen Moderator:innen Anknüpfungspunkte.

Das setzt Interesse und Fortbildungen voraus. In dem Sinne ist das Konzept in einem fragilen Gleichgewicht.

Das betrifft auch die Leitungskräfte, die ausreichend inneren und organisatorischen Freiraum bereithalten müssen, um sich den emotionalen und organisatorischen Themen zuzuwenden, und dabei nicht nur körperlich anwesend, sondern tatsächlich verfügbar sein müssen.

Auch auf die Dokumentation der Therapie gegenüber Kostenträgern und Kooperationspartnern wirken sich die Fallreflexionen aus, da Benennbarkeit und Verständnis für diesen Teil der stationären Arbeit die Kommunikation stichhaltiger machen und so die Absprache der Bedarfe erleichtern.

Literatur:

- Beneke, C. (2016)* Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich, Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Branik, E., Meng, H. (2006)* Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen; *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (2006) 3, S. 198-213
- Burchartz, A. (2015)* Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer
- Dally, A. (2004)* Die fokusorientierte stationäre Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der ich-strukturellen Störungen. In: Klüwer, R., Lachauer, R. (Hg.): *Der Fokus, Perspektiven für die Zukunft, Psychosomatische Blätter, Band 26.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Gödde, G. (2018)* Mit dem Unbewussten arbeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Häusler, G. (2007)* Missbrauch und Misshandlungen. In: Hopf, H., Windaus, E. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5.* Gießen: CIP-Medien
- Rudolf, G., Grande, T., Obenbracht, C. (2000)* Die Heidelberger Umstrukturierungsskala, Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut* 45:237-246
- Storck, T. (2017)* Die Fallbesprechung in der stationären Psychotherapie; Konzeption und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Vogel, R. T. (2005) Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen, Theorie und Praxismanual für integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer

Wilke, G. (2007) Jenseits von Balint. Selbsterfahrungsgruppen in der Allgemeinmedizin. In: Ordnung und Chaos in Gruppen. Gruppenanalytische und ethnologische Erkenntnisse, S. 158-185. Wien und Zürich

Autoren:

Henrik Lusch-Dastyari

Leitender Oberarzt

Dr. Marc Dupont

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie u. -psychosomatik Klinikum Bremen-Ost

Züricher Str. 40

28325 Bremen

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

Teil VI: Spieldiagnostik

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. Teil III (Forum 3/2019, S. 7-24) befasste sich mit der Integration in die Routinediagnostik; Teil IV mit den projektiven Zeichentests (Forum 3/2020, S. 22-47). Die verbal-thematischen Verfahren wurden in Teil V (Forum 1/2021, S. 5-24) besprochen.

Quellenhinweis: Die Texte basieren auf Wienand (2016, 2019): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, und wurden ergänzt und aktualisiert.

Der vorliegende Beitrag behandelt in Form einer Übersicht das Spielverhalten allgemein sowie speziell den Szenotest und das Sandspiel unter diagnostischen Gesichtspunkten. Er ersetzt nicht die Lektüre der Originalliteratur oder des Testmanuals.

Einführung: Bislang existiert noch keine allgemein anerkannte Theorie der Interpretation des Spiels, es gibt unterschiedliche Interpretationsansätze: Nach Kant und Locke dient es der Erholung, nach Freud geht es beim Spiel um Wunscherfüllung, Abreaktion und um Katharsis. Bühler sah die Funktionslust als wesentlich an, nach Bally ist es die Quelle der Freiheit, Erikson sieht im Spiel ein Mittel zur Lösung von Problemen, für Huizinga ist es die Quelle der Kultur, für Rubinstein ist es »das Kind der Arbeit«. Piaget sieht es ausschließlich als Ergebnis der Assimilation, mit der sich das Kind die Welt zu eigen macht (n. Sehringer 1983, 126).

Für eine Gruppe von Autoren ist das Spiel eine Ausdrucksform menschlicher Existenz und nicht auf etwas anderes zurückzuführen. So lässt es sich anhand seiner formalen Kriterien phänomenologisch, etwa im Hinblick auf Kognition, Kreativität und den Entwicklungsstand eines Kindes untersuchen.

Für die *Psychoanalytiker* steht das Spiel wie der Traum für etwas anderes und es wird nach den Inhalten und seiner unbewussten Bedeutung gefragt. Dabei unterscheiden sich ihre Positionen: Für *Melanie Klein* zeigt das Kind im Spiel in der Übertragung auf die Analytikerin das Verdrängte, seine Ängste und Fantasien auf symbolische und projektive Weise, ausgedrückt und sublimiert werden vorwiegend aggressive und sexuelle Phantasien. Der Zugangsweg ist wie bei den freien Assoziationen Erwachsener die Deutung. *Anna Freud* sieht in Deutungen die Gefahr der Spekulation und beachtet im Spiel auch die Ich-Funktionen wie logisches Denken, Freude am Konstruieren und die kommunikative Funktion. Für *Hans Zulliger* ist das Spiel keine Symbolisierung, sondern die kindliche Realität. In seinem deutungsfreien Ansatz können die kindlichen Konflikte allein auf der Ebene des Spiels gelöst werden, wenn das Kind nur spielen darf, wie es will. Das Eingreifen des Therapeuten richtet sich auf die Förderung des emotionalen Erlebens, die Externalisierung und nachfolgend die spielerische Bearbeitung von Konflikten. *D. W. Winnicott* sieht im Spiel eine grundlegende schöpferische und kreative Ausdrucksform, die ihren Ursprung in der Beziehung zwischen Mutter und Säugling hat. Spielen findet im intermediären Spiel-Raum, dem „potentiellen Raum zwischen Kleinkind und Mutter“ (2012, S. 52) statt und ist somit eine Grundform menschlicher Interaktion, die den Bedürfnissen des Kindes nach Bindung, Halt, Spiegelung und Selbstentwicklung dient.

Erik H. Erikson sieht das Spiel als eine Funktion des Ich, die im Dienste der Entwicklung von Identität und Selbst steht. Es ist ein Mittel, entwicklungsbedingte Probleme und Konflikte zu lösen, „ein Versuch, die körperlichen und sozialen Prozesse mit dem Selbst in Einklang zu bringen“ (1971, S. 206). Der Erwachsene verlässt im Spiel die Realität, das Kind wächst in sie hinein.

Entwicklung des kindlichen Spiels: Die Erkundung des eigenen Körpers durch Berührung, Betrachten und Bewegungen des jungen Säuglings stellt eine Vorform des Spielens dar, die etwa ab dem vierten Lebensmonat von zufälligem Entdecken zu gezielten Wiederholungen und *Üben* von sensorischen und motorischen Fertigkeiten und damit zur Funktionslust führt. Hier verschränkt sich Spielen mit der motorischen und kognitiven Entwicklung. Immer besser kann das Kind sich nun vorstellen, wie etwas klappen könnte, und

die Vorstellung spielerisch überprüfen. Voraussetzung für das Gelingen dieser Entwicklung ist die feinfühlig Begleitung durch einfühlsame Bindungspersonen, die auf seine körperlichen und emotionalen Bedürfnisse angemessen eingehen, seine Affekte begleiten und eine sichere, aber auch anregende und ermutigende Umwelt bereitstellen. Ängstliches und übervorsichtiges Behüten kann die Lust des Säuglings am explorativen Erkunden der Welt nachhaltig beeinträchtigen und letztlich die Grundlage für spätere Angststörungen legen.

Das Spiel des Kindes hat ab dem dritten Lebensmonat eine starke *soziale*, auf die Mitmenschen bezogene Komponente, die sich in der Suche nach Augenkontakt, im Lächeln und Zurücklachen, im Nachahmen von Gesten und Bewegungen und in dem Bestreben zeigt, die Aufmerksamkeit und Bewunderung anderer zu gewinnen und aufrecht zu erhalten. Damit entwickeln sich auch das Verständnis fremder und eigener Emotionen und die affektive Differenzierungsfähigkeit des Kindes als Vorstufen der Mentalisierung. Das Spiel mit Objekten wird ab der Mitte des ersten Lebensjahres interessant und bahnt den Weg zur Eroberung der Welt. „*Übergangsobjekte*“ (Winnicott 2012) erleichtern um den Beginn des zweiten Lebensjahres die vorübergehende Trennung von der Mutter, die sie zugleich repräsentieren, und helfen dem Kind, die Ambivalenz zwischen Bindung und Exploration zu meistern. Übergangsobjekte markieren so den Beginn der Triangulierung und der Symbolisierung: Das Kind lernt nun laufen und kann sich von der Mutter weg in die Welt hinein bewegen, seine Autonomie nimmt rapide zu, es braucht dabei aber noch den Halt, die Aufsicht und Fürsorge seiner Bezugspersonen, weil seine Innenwelt und Symbolisierungsfähigkeit noch nicht so weit ausgereift sind, dass es seine Verlassenheitsgefühle, Ängste und Affekte alleine kontrollieren kann. Versteck- und Suchspiele beziehen in dieser Phase ihren Reiz genau von diesem Nervenkitzel und der Angstlust.

Die bislang beschriebene *sensomotorische Phase* (n. Piaget 1969) wird mit dem Beginn der Symbolisierungsfähigkeit ab dem zweiten Lebensjahr von der *präoperationalen Phase* (2.-7. Lebensjahr) abgelöst. Dem Übungsspiel folgen nun das Nachahmungsspiel, das Konstruktionsspiel und das Rollenspiel. Das *Symbolspiel* wird bestimmt von der Repräsentation von Gegenständen, Personen und szenischem Geschehen. Dabei lernt das Kind, dass Objekte Träger von Bedeutung sind und dass es selbst zum Schöpfer von Objekten, Bedeutungen und Handlungen werden kann. Die zunehmende Symbolisierung von Handlungsschemata und ihre Verbindung zu immer komplexeren Szenarien ermöglicht einerseits die Entwicklung einer wunscherfüllenden und problemverarbeitenden Phantasietätigkeit und führt andererseits zum

Denken als abstrakter Verinnerlichungsform von Handeln (Oerter 2011, S. 69). Ohne das Spiel würden sich weder Kreativität noch Kognition entwickeln können.

Die *Phase der konkreten Operationen* (7. bis etwa 12. Lebensjahr) entspricht etwa dem Grundschulalter. Das Kind kann nun über konkrete Gegenstände und Ereignisse logisch nachdenken, verschiedene Denk- und Handlungsprozesse gleichzeitig erfassen und miteinander in Beziehung bringen, das eigene Handeln reflektieren und zunehmend vorausschauend denken. Im Spiel dominieren einerseits Konstruktionsspiele, sowohl mit einfachen Gegenständen wie Legosteinen, als auch mit zunehmend komplexerem technischem Spielmaterial, und andererseits ebenfalls anspruchsvolle Gesellschafts-, aber auch Videospiele, in denen mehrere Akteure zusammen Welten bauen, Abenteuer bestehen oder sich Kämpfe liefern.

Der Übergang zur *Phase der formalen Operationen* findet am Ende der Grundschulzeit statt. Spiele mit formalisierten und aktualisierten Regeln, die (von den anderen) genau einzuhalten sind, von Karten- über Würfelspiele bis hin zum Schachspiel gewinnen zunehmend an Bedeutung. Nun geht es darum, zu gewinnen, andere zu schlagen und zu lernen, Frustrationen und Niederlagen zu verarbeiten. Verlieren lernen ist nicht selten ein äußerst schmerzlicher Prozess, der aber der Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit dient. Auch im Sport geht es darum, sich mit anderen zu messen, aber auch Kooperation wie in den Teamsportarten, um Konzentration (etwa beim Bogenschießen) und um Selbstkontrolle wie in den Kampfsportarten, in denen die Verbindung zwischen Selbstbeherrschung und kontrollierter Selbstverteidigung geübt wird. Das Erlernen eines Musikinstruments bis hin zum Ensemblespiel und der Teilnahme an Wettbewerben erfordert und fördert hochkomplexe motorische, kognitive und soziale Kompetenzen.

Von der Perspektive der *psychodynamischen Entwicklung* aus stellt sich das Spiel (zusammengefasst n. Peller 1988, S. 38ff) folgendermaßen dar: Aus dem *narzisstisch-autoerotischen*, selbstbezogenen Spiel des jungen Säuglings entwickelt sich das Handlungsspiel und das *präödiipale*, relativ konfliktfreie Beziehungsspiel, das im Wesentlichen auf die Beziehung des Säuglings zu seiner primären Bezugsperson fokussiert ist, diese vertieft und differenziert und gegen Ende des ersten Lebensjahres dabei hilft, die vorübergehende Trennung von der Mutter erträglich zu gestalten.

Im *ödipalen Spiel* erweitert sich der Bezugsrahmen des Kindes von der Dyade zur Triade, womit die zugehörigen inneren Konflikte zwischen der Loyalität zur Mutter und der Liebe zum Vater mit den wechselnden Konflikten zwischen Neid, Besitzansprüchen, Identifizierung, Konkurrenz und Machtstreben die unbewussten Phantasien und damit das Spiel des Kindes beeinflussen. Im Rollenspiel werden diese Konflikte inszeniert. Damit können die alltäglichen Erfahrungen von Macht- und Hilflosigkeit durch die Übernahme von Erwachsenenrollen symbolisch überwunden und regressive wie progressive Tendenzen gleichzeitig dargestellt und so bearbeitet werden. Das Spiel wird vielfältiger, variationsreicher und emotional intensiver erlebt.

Im *postödipalen Spiel* der Latenzzeit, also im Grundschulalter, dominiert das Regelspiel. Es dient der Kontrolle von Willkür und der Gewissensbildung, der Auseinandersetzung mit Regeln und Leistungsanforderungen, der Entwicklung einer stabilen Identität und der Regulierung sozialer Beziehungen zu Gleichaltrigen.

In den Spielen der *Pubertät und Adoleszenz* geht es für eine kleine Gruppe von Jugendlichen um Sport und Musik, für andere um Selbststilisierung, das Finden einer eigenen Identität, um das Experimentieren mit dem Körper und seinen Möglichkeiten, um die Auseinandersetzung mit Risiken und um die Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Gleichgesinnten. Die Gefahren liegen im Eingehen realer und noch nicht beherrschbarer Risiken und der Suchtgefährdung. Der positive Sinn adoleszenter Spiele liegt in der Entwicklung einer reifen, bindungsfähigen, wertorientierten, seelisch und sozial stabilen Persönlichkeit.

Auf die *Spiele der Erwachsenen* und die Problematik der sich rasant verbreitenden *Videospiele*, mit denen sich schon Grundschüler täglich Stunden an ihren Smartphones beschäftigen, kann in diesem Kontext nicht näher eingegangen werden. Benannt seien nur zwei Perspektiven, die sich nicht ausschließen müssen:

Nach Spitzer gibt es einen klaren negativen Zusammenhang zwischen der mit digitalen Spielen verbrachten Zeit und den Schulleistungen: Wer viel Zeit damit verbringt, lernt schlechter. Aber er lernt: Gewaltspiele führen zur Gewöhnung an Gewalt und damit zur Abstumpfung. Das aktive und passive Konsumieren von fiktiver Gewalt hat eine messbare Abstumpfung gegenüber realer Gewalt und eine geringere Bereitschaft zur Hilfeleistung zur Folge (Spitzer 2012, S.185).

Janus und Janus (2007) vergleichen die Aufgaben, die die Protagonisten in den Computerspielen bewältigen müssen, mit dem Motiv der Heldenreise in Mythen, Märchen und Sagen: Der Held muss Abenteuer bestehen, sich Verbündete suchen, kooperieren, Gefahren überwinden, Schätze finden und er entwickelt sich dabei durch Zunahme an Erfahrung, Waffen, Schätzen und die Erweiterung seiner Handlungsmöglichkeiten.

Dornes (2012, S. 26ff) weist auf Studien hin, die belegen, dass Gewaltneigung und Lernstörungen durch entsprechenden Spielekonsum zwar verstärkt werden können, allerdings nur bei Jugendlichen, die aus nicht intakten Familienverhältnissen stammen und von sich aus schon gewaltbereiter und weniger intelligent sind.

Diagnostik des Spielverhaltens:

Phänomenologische Zugänge der Spieldiagnostik (Übersicht bei Sehringer 1983, S. 150 ff) interessieren sich für den Entwicklungsstand und Reifegrad von Kognition, Affektkontrolle, Kreativität, Phantasie und Flexibilität, für sensomotorische Kompetenzen, Emotionalität und den Umgang mit Aggression und Frustration. Die Diagnostik wird so zur an Beobachtungskategorien ausgerichteten Verhaltensbeobachtung, die es erlaubt, Hypothesen aufzustellen, therapeutische Strategien zu entwickeln und Entwicklungsverläufe zu dokumentieren. Allerdings ermöglichen die so erhobenen Daten nur in sehr begrenztem Umfang Rückschlüsse auf das Erleben, die Bedürfnisse und Konflikte eines Kindes.

Eine *Verbindung phänomenologischer mit psychodynamischen Zugängen* des Spielverhaltens stellt Paulina Kernberg (1995) vor: Sie untersucht die folgenden Aspekte:

- Fähigkeit des Kindes, spielerische Aktivitäten anzufangen
- Vermögen des Kindes, das Spiel zu integrieren – ist das Spiel zielgerichtet oder fragmentarisch?
- Inwiefern entspricht das Spiel der kulturellen Erwartung hinsichtlich des Geschlechts des Kindes?
- Ist das Spiel kreativ?
- Sind Wahl, Form und Inhalt des Spiels altersgemäß?
- Wie ist Art und Intensität der Aggression im Spiel?

Das *Spiel des depressiven Kindes* ist gekennzeichnet durch Lustlosigkeit und Desinteresse als Ausdruck von vitaler Hemmung, durch Antriebs- und Einfallssarmut und Freudlosigkeit.

Das *Spiel des narzisstischen Kindes* wird bestimmt von Vorstellungen von Grandiosität, Aggression und Allmacht. Ihm fehlt die Leichtigkeit, die inneren Phantasien beherrschen zwanghaft das Spielgeschehen, Realität und Phantasie fallen zusammen, das Spiel verliert den symbolischen Als-Ob-Charakter. Das narzisstische Kind kann nicht verlieren, weil es die Niederlage als reale Entwertung und Zerstörung erlebt. Bezeichnend sind auch grenzenlose Aggression und fehlende Empathie mit den Opfern.

Das *Spiel des autistischen Kindes* ist freudlos und stereotyp, stark ritualisiert und verwendet Gegenstände ohne Bezug zu ihrer Funktion. Einfache Tätigkeiten werden ohne Gefühl für Entwicklung oder Abschluss endlos wiederholt. Störungen oder Unterbrechungen lösen heftige Wut aus. Spielsachen werden nicht miteinander in Beziehung gesetzt oder kombiniert. Das Spiel folgt sensomotorischen Impulsen oder sucht sinnliche Erfahrungen. Es zeigt kaum Symbolcharakter und findet innerhalb der eigenen Welt des Kindes ohne Bezug zu anderen statt.

Das *Spiel des traumatisierten Kindes* kann mehr oder weniger direkt die Verarbeitung des Erlebten zum Ausdruck bringen: Passives Erdulden wird in aktive Tätigkeit, etwa die Misshandlung oder Zerstörung einer Spielfigur verwandelt. Das Kind spielt dabei gleichsam dokumentarisch alle Rollen, die von Opfer und Täter, mitsamt den zugehörigen Affekten. Das Spiel ist von heftiger Anspannung, Angst und Verzweiflung geprägt, Freude fehlt völlig.

Das *Spiel des psychotischen Kindes* ist bestimmt von heftiger innerer Erregung, von Getriebenheit, aggressiver oder sexueller Spannung mit rasch wechselnden Spielszenen, die von Anspannung, Angst, Veränderungen und Rollenwechseln, von Chaos bestimmt werden. Die Ichgrenzen können sich im Spiel auflösen, die Spielphantasie kann zur überwältigenden Wirklichkeit werden. Die Affektregulierung fehlt oder ist stark eingeschränkt, das Kind kommt nicht zu Ruhe und Entspannung.

Das *Spiel von Kindern mit ADHS* (Heinemann und Hopf 2006) ist impulsiv, sprunghaft und getrieben mit starken aggressiven Tendenzen. Sie kommen im Spiel nicht zur Ruhe, Unlust und die Suche nach ständig neuen Reizen herrschen vor. Emotional können sie unzufrieden, mürrisch und gereizt wirken, manche ADHS-Kinder sind aber auch unbekümmert fröhlich, nahezu hypo-

manisch. Sie übergehen in rücksichtsloser Weise Grenzen, besetzen Räume, fassen alles an und untersuchen alles, was ihre Aufmerksamkeit erregt. Sie können kaum symbolisieren, ihr Spiel kippt plötzlich ins Reale, Gegenstände werden konkretistisch und auf aggressive Weise verwendet und oft zerstört.

Spieldiagnostik in der Praxis: Unabhängig von der jeweiligen theoretischen Position lässt sich das kindliche Spiel aus klinischer Sicht nach folgenden Kriterien beurteilen (in Anlehnung an Rau-Luberichs 2006, S. 175ff):

- Kohärenter Spielentwurf: Verfolgt das Kind eine in sich stimmige Geschichte, wechselt es zwischen kurzen Sequenzen oder lässt es sich assoziativ von einer Idee zur nächsten treiben?
- Kreativität bzw. Blockaden: Sprechen die Spielentwürfe für Ideenreichtum, Phantasie und sich frei entfaltende Kreativität? Entgleist der Spielentwurf assoziativ? Wirkt das Spiel durchgängig oder an einem bestimmten Punkt gehemmt, blockiert oder wie eingefroren?
- Strukturiertheit: Wird das Spielmaterial im Sinne des Spielentwurfs angemessen und strukturiert eingesetzt?
- Ausdauer: Kann sich das Kind anhaltend und konzentriert in sein Spiel vertiefen oder lässt es sich leicht von außen oder durch innere Impulse und Erregung ablenken?
- Vielfalt versus Monotonie: Werden die angebotenen Materialien kreativ und differenziert verwendet oder ist das Spiel auf einzelne Gegenstände beschränkt, stereotyp und ritualisiert?
- Entwicklungsniveau: Spielt das Kind alters- und entwicklungsgemäß?
- Beziehung und Bindungsaspekt: Trennt sich das Kind altersentsprechend von seiner Bezugsperson? Kann es sich alleine auf das Spiel einlassen? Spielt es neben der Therapeutin her? Kann es sich ihr anvertrauen und sie einbeziehen?
- Spielinhalt und Symbolgehalt: Was ist der Inhalt des Spiels, welche Motive und Bedürfnisse zeigen sich? Gibt es Hinweise auf erlittene Traumata? Ist die Spieldynamik gehemmt, gemächlich, rasant oder hektisch?
- Übertragung und Gegenübertragung: Welche Rolle wird der Therapeutin zugewiesen, wie wird sie beim Spielen behandelt? Kann sie dem Spiel inhaltlich folgen, sich einfühlen oder mitspielen? Welche Assoziationen und Phantasien löst der Spielablauf bei ihr aus? Lässt sich ihre Gegenübertragung mit der Anamnese, der Familiensituation und aktuellen Konflikten des Kindes in Beziehung setzen?

Der Scenotest (Gerdhild von Staabs 1964)

(nach Meyer-Enders in Wienand 2016, S. 157-270)

Einführung: Der Scenotest existiert in seiner Grundversion seit 1938 und ist eines der ältesten projektiven Verfahren mit der weltweit größten Verbreitung in Diagnostik und Therapie. Die Autorin, Nervenärztin und Kinderpsychologin, entwickelte mithilfe von einfachen Spielmaterialien einen Test, der es erlauben sollte, „relativ rasch und konkret Einblicke in die unbewusste Problematik und Konfliktlagen des Patienten zu gewinnen“ (von Staabs a. a. O., S. 10). Um die lebendige Darstellung von insbesondere familiären Beziehungen zu erleichtern, verwendete von Staabs biegbare Puppenfiguren unterschiedlichen Alters und diverses Zusatzmaterial, zum Teil mit symbolischem Charakter. Die standardisierte Zusammensetzung des in einem Kasten in vorgegebener Weise aufbewahrten Spielmaterials soll den Vergleich der Untersuchungsergebnisse bei verschiedenen Untersuchern ermöglichen. Als therapeutisches Element ist der Scenotest in der Kinderspieltherapie fest verankert. Der Aufforderungscharakter des bunten und vielfältigen Materials kommt dem kindlichen Ausdruckswillen entgegen und reduziert etwaige Gehemmtheiten. In der Therapie bietet er die Möglichkeit zur Bearbeitung unbewusster psychodynamischer Konflikte, zur Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation und zur systemisch orientierten Beziehungsarbeit.

Eine revidierte Version und Zusatzmaterial erschienen 1995 (Sceno-R, Flieger 1995), 2012 wurde von der Ärztlichen Akademie der Plämokasten mit Playmobilfiguren herausgegeben und aktuell befindet sich eine Aktualisierung des Scenotestmaterials und Handbuchs durch eine Arbeitsgruppe um Lehmkuhl in Vorbereitung.

Anwendungsbereich: Der Scenotest kann bei Kindern ab dem Alter von drei Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen als qualitatives, Hypothesen generierendes Verfahren in Verbindung mit anderen diagnostischen Methoden in der Erziehungsberatung, Entwicklungspsychologie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinderpsychiatrie, in der Gutachtenerstellung im Familien- und Sorgerecht und in der Psychotherapie eingesetzt werden. Der Scenotest zielt hauptsächlich darauf ab, die Familiensituation eines Kindes aus seiner Sicht mitsamt seinen zugehörigen Wünschen, Ängsten, Bedürfnissen, Sorgen, und Hoffnungen zu erfassen.

Testmaterial: Das Testmaterial besteht derzeit aus einem Kasten mit Deckel, dessen Innenfläche mit Metall belegt ist und der die Aufbau- und Spielebene bildet, die durch den Deckelrand begrenzt wird. Der Inhalt besteht aus

16 biegbaren Puppenfiguren unterschiedlichen Alters und Geschlechts, deren Füße mit Magneten beklebt sind, sodass sie stehen können. Holzbausteine unterschiedlicher Größe erlauben Aufbau oder zumindest Andeutung jeder denkbaren Szenerie. Tierfiguren wie z. B. Kuh, Fuchs, Krokodil, Schwein mit Ferkel und Affe symbolisieren unterschiedliche Eigenschaften und Antriebe. Bäume, Blumen und Früchte erlauben den Ausdruck emotionaler Gestimmtheit. Diverse Alltags- und Gebrauchsgegenstände, ein funkelnder Edelstein, ein Engel, Schneemann und ein Zwerg vervollständigen die Vielfalt szenischer und symbolischer Ausdrucksmöglichkeiten.

Neben der revidierten Version erschien auch ein Zusatzkasten mit Fernseher, Prinz, Besen, Elefant, Einhorn und Löwen.

Der Plämokasten der Ärztlichen Akademie ist in verschiedenen Größen in einem Alukoffer erhältlich und enthält bis zu 420 Einzelteile, überwiegend Playmobilfiguren, die den Kindern nicht nur aus ihrem alltäglichen Spiel vertraut sind, sondern sich auch sehr gut als Symbolfiguren für die kindlichen Konfliktdarstellungen eignen.

Durchführung: V. Staabs gibt eine genaue Anweisung, wie der Kasten sortiert sein soll, damit die Ausgangssituation immer die gleiche ist (v. Staabs 1992, 147): Der Deckel des Kastens wird umgedreht und quer vor den Probanden gelegt, der gefüllte Kasten rechts daneben, das Puppenfach zum Probanden gerichtet. Der Test kann etwa als „Phantasiespiel“ erklärt werden.

Die *Instruktion* lautet sinngemäß (Fliegner 2004, 11):

»Hier siehst du viele Sachen, die kannst du alle nehmen. Baue mit ihnen hier etwas auf, was dir gerade einfällt oder wozu du gerade Lust hast, und wenn du fertig bist, sagst du Bescheid«

Bei Jugendlichen empfiehlt sich die Variation, er oder sie solle sich vorstellen, ein Regisseur zu sein, der ein Bühnenbild baut. Es erfolgen keinerlei Hinweise auf bestimmte Gegenstände oder Spielmöglichkeiten. Der Testleiter beobachtet und protokolliert das Geschehen, ohne verbal oder nonverbal einzugreifen. Wenn der Aufbau beendet ist, wird das Kind gebeten, zu erzählen, was es gebaut hat. Wenn das Kind seine Geschichte erzählt hat, können weitere Verständnisfragen gestellt werden, um das Narrativ des Kindes zu vertiefen und assoziativ zu erweitern. Dazu dienen auch *Zusatzfragen* wie (n. Knehr 1961, 20):

- Wer von all denen in der Szene (Menschen und Tiere inbegriffen) hat es deiner Meinung nach am besten? Warum wohl?

- Wer am schlechtesten? Warum meinst du?
- Welche Person/welches Tier wärst Du denn am liebsten und warum?

Weitere Fragen dienen dem Versuch, herauszufinden, ob das Kind seine erlebte Wirklichkeit oder seine Wünsche dargestellt hat und ob das bewusst ist oder nicht. „Die Versuchsperson, die dann wirklich nicht weiß, dass sie die Wirklichkeit oder die Ängste und Wünsche dargestellt hat, hat

also in tiefenpsychologischem Sinn Unbewusstes dargestellt. Das [...] erscheint mir als die bedeutsamste Seite des Szenotests, sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie“ (v. Staabs 1992, 23).

Formale Auswertung:

Die Dokumentation erfolgt in Form eines Beobachtungs- und Protokollbogens und durch ein Foto, vorzugsweise aus der Perspektive des Patienten und von oben. Im Verlauf der Anwendung des Tests wurden verschiedene Protokollbögen entwickelt (z. B. von Staabs 2004, S. 140f, s. a. Lehmkuhl/Petermann 2014, S. 21ff), die folgende Faktoren erfassen:

- Verhaltens – und Interaktionsbeobachtung einschließlich Übertragung
- Spielverhalten und Umgang mit dem Material
- Hinweise auf Entwicklungsangemessenheit, Retardierung, Akzeleration
- Gibt es einen Spielentwurf? Entwickelt sich eine Geschichte?
- Gestaltung des Spiels (etwa von zwanghaft bis chaotisch, s.o.)
- angemessener bzw. kreativer Umgang mit den Gegenständen
- Aufmerksamkeitsspanne und Durchhaltevermögen
- Geschicklichkeit beim Aufbau der Szenen

Altersunterschiede im Umgang mit dem Szenotest (Altmann-Herz 1990; S. 38, n. Lehmkuhl/Petermann 2014, S, 26):

Vorschulalter: Funktionslust, spontanes Spiel mit einzelnen Figuren, Verwendung von viel Material, eindimensionales Bauen, Reihungen häufig.

Grundschulalter: Eher assoziativer Gestaltungstypus, Nebeneinander von Einzelszenen, Zunahme der Gliederung der Szenen, „primitive Spielhandlungen“.

Vorpubertät: Planvolle Gestaltung, realitätsgerechtere Darstellung, Gruppenbildung mit sinnvollen Beziehungen, Beachtung der Gestik und Ausrichtung der Puppen.

Pubertät: Häufig distanzierte Einstellung, Gestaltung einer einheitlichen Spielfläche, Beachtung von Ästhetik und Ausdruck, Darstellung innerer Beziehungen, „individuelle Darstellung“.

Neben dem Spielverhalten ist die *Art des Aufbaus* von Interesse, also der Umgang mit dem Material, dem Raum und den Grenzen: Einhalten der Grenzen, Verstärkung oder Überschreitung der Grenzen; Ausfüllen der Fläche; Betonung der Ecken; Gestaltung des Aufbaus in Höhe, Breite, Tiefe; Symmetrie. Die Betonung der vertikalen Dimension kann je nach dem Verhältnis von Höhe zur Basis auf Ehrgeiz, narzisstische Konflikte und deren (Über-)Kompensation hinweisen. Betonung und Verstärkung von Grenzen kann zum Erleben von Bedrohung und einem Schutzbedürfnis gehören, aber auch zum Gefühl, ausgeschlossen zu sein. Das Überschreiten von Grenzen ist in der Latenzperiode altersgemäß, kann aber auch auf Achtlosigkeit, mangelnde innere Strukturierung oder auf dissoziale Tendenzen verweisen. Beschränkung auf einen kleinen Teil der Spielfläche und minimale Nutzung des Spielmaterials können für Ängste, Kontakthemmungen und depressive Verstimmtheit sprechen (n. Fliegner 2004, 43 ff).

Die dargestellte Szene stellt zusammen mit der Erzählung des Kindes ein *Narrativ* dar, das sich ebenfalls nach formalen Kriterien beurteilen lässt. Dazu gehören inhaltliche Kohärenz sowie Kongruenz zwischen Text und Szene versus abrupte Wechsel im Ablauf, Abbrüche, Hinweise auf Verwirrung oder Blockaden. Letztere können auf innere Erregtheit und Spannung oder auf den Einbruch erlebter Traumata hinweisen.

Die *inhaltliche Analyse* beruht einmal auf der Identifizierung von Motiven, Konflikten, Ängsten und Bedürfnissen, die ein Kind in der Szene und der zugehörigen Erzählung *direkt* zum Ausdruck bringt, wie etwa sich ausgeschlossen fühlen, Geschwisterrivalität, Einsamkeit oder das Bedürfnis nach Entspannung und Versorgung. Die unbewusste Tiefendimension drückt sich demgegenüber *indirekt* aus, einmal in der Symbolik der verwendeten Objekte, aber auch in Hinweisen auf Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Verkehrung ins Gegenteil (das „liebe“ Krokodil), die sich z. B. in mangelnder Übereinstimmung bzw. Widerspruch zwischen Szene und Erzählung, in Auslassungen oder in betont idyllischen Szenerien zeigen können. Die Interpretation (von grundsätzlich mehrdeutigen und ambivalenten) Symbolen orientiert sich in erster Linie an der Sichtweise des Kindes. Ein einzelnes Symbol eröffnet einen Bedeutungshorizont und muss immer im Kontext gesehen werden, in den es gestellt wurde und mit dem es in Beziehung steht. So ergeben die nachstehend angeführten Beispiele für die mögliche Bedeutung bestimmter

Objekte (n. Dietrich 2001, S. 229) des Scenotests lediglich Hinweise, denen im Zusammenhang mit der Erzählung des Kindes und dem gesamten Aufbau nachgegangen werden kann:

Großmutter: Urgestalt der Mutter, übermächtiges Wesen, in gutem und bösem Sinne

Prinzessin: hebt sich von den anderen ab, Wunsch nach besonderer Aufmerksamkeit

Baby: Wunsch nach Geschwisterkind, Objekt der Eifersucht, regressive Wünsche

Schneemann: im übertragenen Sinn eine allgemein kühle Atmosphäre

Engel: Schutzengel, moralische Instanz

Kuh: allmächtige Mütterlichkeit, aber auch fordernde und bedrückende Macht

Einhorn: magisches Wesen, Wunscherfüllung, Fluchthelfer in bessere Welten

Krokodil, Fuchs, Ganter: repräsentieren verschiedene Aggressionsstufen

Hund: Zuwendung, Wunsch nach Beziehung bzw. Kontrolle, Schutz.

Die *Interpretation* eines Scenotest stellt eine *Zusammenfassung* der im Hinblick auf die Fragestellung relevanten Informationen aus den dargestellten Einzelbereichen dar. Hierzu gehören die Analyse der Gesamtszene (wie begegnet mir das Kind, wie bezieht es mich ein oder ignoriert mich, welche Gegenübertragungsgefühle löst es in mir aus, inwiefern könnte die Szene zur Anamnese und Symptomatik in Beziehung stehen?), die Ergebnisse der Analyse des Spielverhaltens und der formalen Gestaltung sowie die inhaltliche Analyse der im Aufbau und in der Erzählung dargestellten oder angedeuteten Motive, Konflikte, Ängste und Bedürfnisse des Patienten. Daraus ergibt sich eine begründete Hypothese, die es in Beziehung zu setzen gilt mit weiteren Informationen aus Anamnese und Diagnostik.

Ausführliche *Fallbeispiele* finden sich im „Fallbuch Scenotest“ von Lehmkuhl & Petermann (Hrsg., 2014).

Gütekriterien: Der Scenotest ist ein qualitatives, heuristisches projektives Verfahren, seine Durchführung und Interpretation erfordern einen intersubjektiven Ansatz. Er erfüllt mit seiner Universalität sowie der relativ einfachen Durchführung und Instruktion die Kriterien der Nützlichkeit und der Ökonomie. Die Hauptgütekriterien der psychometrischen Testtheorie (Objektivität, Validität und Reliabilität) lassen sich auf projektive Tests nicht anwenden

(vgl. Wienand 2016, S. 33ff). Es gibt nur wenige und wenn, dann veraltete Normen; die Ergebnisse der wenigen Untersuchungen zur Reliabilität und Validität weisen eine große Schwankungsbreite auf (Einzelheiten bei Wittkowski 2011). Das Material ist veraltet und trotz Ergänzungssets nicht mehr zeitgemäß. Eine Überarbeitung, Aktualisierung und Ergänzung des Materials und des Handbuchs erfolgt derzeit durch eine Arbeitsgruppe um Lehmkuhl, der der Verfasser angehört.

Fazit: Der Scenotest ist das international wohl am weitesten verbreitete projektive Verfahren und findet Anwendung in der Entwicklungspsychologie, Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und –psychiatrie, Begutachtung und Forschung. G. von Staabs hat den Scenotest von Anfang an auch als psychotherapeutische Methode sowohl zur Bearbeitung bewusster Konflikte wie zur Verlaufsdiagnostik konzipiert.

Die weite Verbreitung und anhaltende Beliebtheit des Scenotest in der Praxis belegt im Gegensatz zu der verbreiteten methodischen Kritik an projektiven Verfahren seine schulenübergreifende Eignung als Instrument zum Beziehungsaufbau, zur Vertiefung der Exploration, zur Entwicklung und Validierung von Hypothesen, zur Verlaufsdiagnostik und zum Einsatz in der Einzeltherapie, Elternberatung und Familientherapie.

Sandspieldiagnostik (nach Meyer-Enders in Wienand 2016, S. 247-256)

Einführung: Die Sandspieltherapie wurde in den 1920er Jahren von der britischen Kinderärztin und Psychotherapeutin Margaret Lowenfeld (1890-1973) entwickelt und durch Dora Kalff (1902-1990) im deutschsprachigen Raum verbreitet (Kalff 2000). Lowenfeld fand im Spielen im Sand ein universales, einfaches Verfahren, das den traumatisierten Flüchtlingskindern im Ersten Weltkrieg den Ausdruck ihrer inneren Welt und damit die Verarbeitung ihrer Traumata und Ängste ermöglichte. Die Sandspieltherapie ist mittlerweile in Deutschland in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen weitverbreitet. In der aktuellen Situation bietet insbesondere die expressive Sandarbeit (Eva Pattis Zoja 2012, 2019) die Möglichkeit, mit traumatisierten Flüchtlingen nonverbal therapeutisch zu arbeiten. Dieser Beitrag behandelt die diagnostischen Möglichkeiten des Sandspiels.

Theoretische Grundlagen: In das therapeutische Sandspiel gingen Einflüsse von Melanie Klein (Lowenfeld) und Carl Gustav Jung (Kalff) ein. Lowenfeld ging allerdings davon aus, dass das Kind im freien Spiel im Sand in einem geschützten Beziehungsrahmen seine innere und reale Welt zum Ausdruck bringt, eine rein analytische Deutung lehnte sie ab. Der therapeutische An-

satz von Dora Kalff, Schülerin von C. G. Jung, war durch ihr Verständnis der Symbolik und der Archetypen ebenso beeinflusst wie durch fernöstliche spirituelle Einflüsse.

Das Spiel ist die genuine Möglichkeit des Kindes, seine Konflikte, Bedürfnisse und Ängste zum Ausdruck zu bringen, seine Gefühle zu regulieren und zur Ruhe zu kommen. Im Schutz der therapeutischen Beziehung und im standardisierten Rahmen des Sandspielkastens wird auch Jugendlichen und Erwachsenen eine Regression ermöglicht, in der frühe Erfahrungen mit aktuellen Belastungen zusammenkommen und verarbeitet werden können. Das Spiel wird so zum Ausdruck des Selbst. Insofern ist das Sandspiel ein qualitatives projektives Verfahren. Die Expression von belastenden Affekten hat auch ohne jede Interpretation oder Intervention einen heilenden Effekt.

Indikations- und Anwendungsbereiche: Wie der Szenotest ist die Sandspieldiagnostik grundsätzlich geeignet zur Anwendung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie, Eltern- und Erziehungsberatung, Entwicklungspsychologie und Begutachtung.

Durchführung: Das „Testmaterial“ besteht aus zwei Tisch-Sandkästen mit standardisierten Maßen (57x72x7-9cm). Die Kästen sind mehrere Zentimeter hoch mit Sand gefüllt, einer mit trockenem, der andere mit feuchtem Sand. Die Innenseite der Kästen ist blau, um die Darstellung von Wasser und einem Horizont zu ermöglichen. Eine Vielzahl von Miniaturfiguren und -gegenständen aus unterschiedlichen Lebensbereichen wird den Patienten angeboten: Natur, Tierwelt, Personen und Gegenstände. Die Objekte stammen sowohl aus der realen wie aus der Phantasie- und Märchenwelt und repräsentieren sowohl gute wie „böse“ Eigenschaften, Vertrautes und Fremdes. Sie sollen den symbolischen Ausdruck sowohl von Wünschen und Bedürfnissen einerseits wie von Ängsten und den geeigneten Schattenseiten ermöglichen. (Sandspieltische und -figuren sind z. B. erhältlich bei KIKT-TheMa in Köln). Der Verfasser verwendet für überwiegend diagnostische Zwecke nur einen Tisch, gefüllt mit Kinetic-Sand®, der eine Art Kompromiss zwischen feuchtem und trockenem Sand darstellt.

Die *Instruktion* enthält außer der Aufforderung, ein Bild aufzubauen, keine weiteren Vorgaben.

Der Versuchsleiter begleitet das Spiel unterstützend und wohlwollend, ohne einzugreifen.

In der Nachbesprechung wird der Patient gebeten, zu beschreiben, was er aufgebaut hat, was die einzelnen Szenen bedeuten und was ihm sonst noch dazu einfällt. Interpretationen werden höchstens sparsam und in vorsichtiger Weise als Hypothesen angeboten.

Auswertung und Interpretation unterscheiden sich nicht von der des Scenotests. Wie bei diesem geht es um die formale Analyse (Verhalten des Patienten, Umgang mit dem Material etc.), um das inhaltliche Verständnis des Bildes, um das Narrativ des Patienten und um die Erfassung der Beziehungsgestaltung im Umgang mit dem Versuchsleiter. Im Unterschied zum Scenotest ermöglichen die im Prinzip unbegrenzte Anzahl der angebotenen Objekte und die Verwendung der dritten Dimension eine breitere Gestaltungs- und Ausdruckspalette. Die inhaltliche Analyse versucht, die Symbolik der gewählten Objekte innerhalb der aufgebauten Szenerie und in Verbindung mit den Kommentaren des Patienten zu verstehen.

Martin Kalff, der die Arbeit seiner Mutter Dora weiterführt, hat folgende Hinweise zur Interpretation des Sandbildes erarbeitet (Kalff 1996, S. 43ff):

1. Geschichte und aktuelle äußere Situation
2. Inhalt der Stunde (verbale Äußerungen, Interaktionen, Affektausdruck und Gegenübertragung, Interpretation des Therapeuten)
3. Emotionen und Gefühle im Sandbild
4. Nutzung des Raums
5. Verwendung und Auswahl des Sandes
6. Grundformen im Sand und die Anordnung der Objekte
7. Dominante Farben
8. Benutzung des blauen Bodens
9. Benutzung der Figuren
10. Anordnung der Figuren innerhalb des Raums
11. Differenzierungsgrad
12. Verhältnis der Figuren zueinander und zu Teilen des Bildes
13. Darstellen von Gesichtern im Sand, das Formen von Figuren
14. Der dynamische oder statische Aufbau des Bildes
15. Die zweidimensionale Form
16. Nähe zum Bewusstsein
17. Interpretation des symbolischen Gehalts

18. Interpretation im Zusammenhang mit dem ganzen Prozess
19. Interpretation im Sinne innerer Entwicklungsmuster
20. Interpretation im Hinblick auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut

Fallbeispiele finden sich bei Meyer-Enders (2016) und bei v. Gontard (2013).

Gütekriterien: Angaben zu Objektivität, Reliabilität und Validität sind beim Sandspiel nicht zu ermitteln. Die Behandlungsmethode bewegt sich auf dem niedrigsten Grad der Evidenz V (vgl. v. Gontard 2007, 55 f); es gibt bisher keine empirischen Studien zur Diagnostik.

Fazit: Der Aufbau eines Sandbildes stellt eine relativ einfache, nonverbale und qualitativ-heuristische projektive Methode dar, die es erlaubt, nähere Hinweise auf den psychomotorischen Entwicklungsstand, die emotionale und Verhaltensregulation, auf Bedürfnisse, Konflikte und Ängste, auf die sprachliche Kompetenz und die soziale Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zu erhalten. Insofern lässt es sich sowohl unter verhaltenstherapeutischen wie unter systemischen und psychodynamischen Gesichtspunkten interpretieren.

Literatur

- Altmann-Herz, U.* (1990). Zur Theorie und Praxis des Sceno-Test. Eine Übersicht zur diagnostisch-therapeutischen Anwendung. *Acta Paedopsychiatrica* 53, S. 35-44
- Dietrich P.S.* (2001). Der Scenotest. In D. Sturzbecher (Hrsg.). *Spielbasierte Befragungstechniken*. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M.* (2012). *Die Modernisierung der Seele*. Kind-Familie-Gesellschaft. Frankfurt/M: Fischer
- Erikson, E. H.* (1971). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett
- Heinemann, E., Hopf, H.* (2006). *AD(H)S. Symptome- Psychodynamik- Fallbeispiele- psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Fliegner, J.* (1995). „Sceno-R“: Eine Materialrevision des Scenotest. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44(6), S. 215-221
- Fliegner, J.* (2004). *Scenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation*. Heidelberg: Asanger
- Janus, U. & Janus, L.* (2007). *Abenteuer in anderen Welten. Fantasy-Rollenspiele: Geschichte, Bedeutung, Möglichkeiten*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Kalff, D.* (2000). *Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche* (4. Aufl.). München: Reinhardt
- Kalff, M.* (1996). 20 Punkte zur Interpretation des Sandspiels. *Zeitschrift für Sandspieltherapie* 5, S. 43-55

- Kernberg, P.* (1995). Die Formen des Spielens. In: Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jahrbuch XII, S. 9-34. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Lehmkuhl, G. & Petermann, F.* (Hrsg.) (2014). Fallbuch Scenotest. Göttingen: Hogrefe
- Meyer-Enders, G.* (2016). *Der Scenotest von von Staabs* (1964). In: Wienand, F.: Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 257-270)
- Meyer-Enders, G.* (2016). Diagnostik in der Sandspieltherapie, In: Wienand, F.: Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 247-256
- Peller, L.* (1988). Das Spiel als Spiegel der Libido-Entwicklung. In: G. Biermann (Hrsg.). Handbuch der Kinderpsychotherapie. S. 35-48. Frankfurt/M: Fischer
- Piaget, J.* (1969). Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart: Klett (1. Aufl. 1946)
- Oerter, R.* (2011). Psychologie des Spiels. Weinheim: Beltz
- Sehringer, W.* (1983). Zeichnen und spielen als Instrumente der Diagnostik. Heidelberg: Schindele
- Rau-Luberichs, D.* (2006). Das Unbewusste im therapeutischen Spiel der Kinder. In: M. B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.): Das Unbewusste in der Praxis. Erfahrungen verschiedener Professionen. (Bd. 3), S. 158-190. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Spitzer, M.* (2012). Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer Knauer
- Staabs, G. von* (2004). Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewusster Problematik charakterlogischer Struktur in Diagnostik und Therapie. Bern, Hans Huber. (9. Aufl., 1. Aufl. 1964)
- Wienand, F.* (2016). Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer (2. Aufl. 2019)
- Winicott, D. W.* (2012). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta. 1. Aufl. 1971.
- Wittkowski, J.* (2011). Projektive Verfahren. In: L. Hornke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.).
- Enzyklopädie der Psychologie. Persönlichkeitsdiagnostik.* (Bd. 4). S. 299-410. Göttingen: Hogrefe.
- E. P. Zoja* (2012). Expressive Sandarbeit. Eine Methode psychologischer Intervention in Katastrophengebieten und extremen sozialen Notlagen. Gießen: Psychosozial Verlag
- E. P. Zoja* (Hrsg.) (2019). Expressive Sandarbeit in der psychodynamischen Therapie von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer

Autor:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

71034 Böblingen

Wilhelmstraße 24

Email: info@praxis-wienand.de / Website: www.praxis-wienand.de

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Mitgliederrundbrief IV-1996 werden zunächst im Brief des Vorsitzenden, in dem Protokoll der MV 1996 und einem Brief des Schatzmeisters einige verbandsinterne Änderungen mitgeteilt.

Die Satzung des BKJPP wird in mehreren Punkten aktualisiert.

Die Amtsdauer des Vorstandes des BKJPP dauert ab jetzt 3 Jahre statt bisher 2. Der bisherige Vorsitzende wird, sofern er nicht wiedergewählt wird, in der folgenden Amtsperiode einer der Stellvertretenden Vorsitzenden. Damit soll vor in der berufspolitischen Arbeit Kontinuität gewährleistet werden.

Der Mitgliederjahresbeitrag wird von 300 DM auf 360 DM erhöht, ermäßigt 120 DM.

Für die Geschäftsstelle wird das das Zeitvolumen von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht, das Honorar der Sekretärin von monatlich 2000 DM auf bis zu 2600 DM.

Da es vor allem im Zusammenhang mit der Sozialpsychiatrievereinbarung in letzter Zeit vermehrt Rechtsprobleme gab, oft mit grundsätzlicher Bedeutung, viele KollegInnen aber den Rechtsweg wegen des Kostenrisikos scheuten, wurde auf Vorschlag von Herrn Moik die Gründung eine „Solidaritätsfonds“ beschlossen. In dem Gründungsaufwurf, den Sie auf S. 12 des „Forum IV-1996“ nachlesen können, werden die niedergelassenen und ermächtigten Ärzte gebeten, in den Jahren 1996 und 1997 je 250 DM, also insgesamt 500 DM als Gründungskapital einzuzahlen. Mit den Mitteln sollen auf Antrag wesentlich Rechtsfragen wirksam unterstützt werden, z. B. in Musterprozessen.

Dr. Reinhard Schydlo berichtete als Präsident der UEMS-Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zunächst von einem Treffen der Sektion mit dem entsprechenden Board der Wissenschaftsgesellschaften in Turku, Finnland, die gemeinsame eine „Europäische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ als thematische Netzwerk der beteiligten Verbände und Gesellschaften gründeten.

Außerdem wurde die Beziehung von FachärztInnen zu Heilhilfsberufen und paramedizinischen Berufen dargestellt. Anlaß war der Antrag eines französischen Europa-Parlamentariers, „nichtkonventionelle Medizin“ durch Heilpraktiker und andere paramedizinische Berufe zu liberalisieren.

In Wissenschaftsteil des „Forum“ referierte Günther Horn, Karlsruhe, analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, „Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezugs für neue Ansätze in der Kindertherapie“.

Drei Beiträge stammten aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden:

Prof. Dr. Michael Scholz und Soz. arb. Katja Hegewald stellten „*Familientherapeutische Interventionen in einer Scheidungssituation*“ dar.

Dr. Sven Schönfelder und Tobias Stegmann berichteten über „*Erfahrungen mit familientherapeutischer Arbeit bei Adoptivkindern und ihren Familien*“.

A. Selisko, Dipl.-Psych. Elisabeth Speck und Dr. Simone Wanderer stellten ihr „*Stationäres Behandlungskonzept der Anorexia nervosa*“ dar.

Dr. Reinhard Schydlo, Düsseldorf, faßte den Wissensstand „*Zur Bedeutung auditiver Wahrnehmungsstörungen*“ zusammen.

Was berufspolitisch im Frühjahr 1997 wichtig war und was alles im Forum I/1997 stand, das erfahren Sie im „*forum 1-2022*“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Gesamtverzeichnis „Forum 1991-1“ bis „Forum 2000-4“

Autorenverzeichnis

Autor	Titel	Forum	Seite
Albota, M. et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der Psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Altherr, Peter	Neue Regelung für Kurzzeittherapie- Anträge (Verhaltenstherapie) ab 01.01.2000	00 / I	31 - 33
Amorosa, Hedwig;	Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter	99 / I	59 - 65
Asen, Eia	Die Familien- Tagesklinik: Systemische Therapie mit "Multi – Problem – Familien"	92 / II	42 - 60
Asperger- Felder, M.	Die Kinderpsychiatrische Tagesklinik Zürich – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem pädagogisch- therapeutischen Konzept	92 / II	36 - 41
Atzpodin, Karin; et. a.	Wirksamkeit des Audio-Vocalen Integrativen Trainings (AVIT) bei auditiven Wahrnehmungsstörungen im Elternurteil – Ergebnisse einer retrospektiven Beurteilung bei 75 behandelten Kindern	98, / IV	48 - 57
Bach, Hans	Konzept Sozialpsychiatriestation	97 / I	52 - 57
Bahr, Hans- Eckhard	Aggressivität und Lebenslust	95 / III	49 - 58
Barchewitz, Christoph	Drogen in der Jugend: Das Verschwinden der "Zeit"	00 / IV	87 - 88
Becher, U.	Stiftung Michael	91 / IV	59 - 61
Becker, Albert; et a.	Modellprojekt „Ambulante Erlebnistherapie“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Kleinblittersdorf	99 / IV	68 - 84
Behrendt, Gisela	Kinderpsychiatrisches Arbeiten im kommunalen Bereich	91 / IV	30 - 33
Below , Ute von	Therapie und Pädagogik Schule für Kranke im Bedingungsfeld Klinik	93 / IV	47 - 60
Bentz, Elke	Möglichkeiten der ämter- und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit bei sexuellem Missbrauch	95 / II	33 - 44
Bergheim-Geyer, Eva	Therapie sexueller Störungen: Behandlung jugendlicher Täter und Opfer im stationären Setting	99 / I	36 - 47

Autor	Titel	Forum	Seite
Borowski, Dietmar	Bericht zum Erstantrag, entsprechend PT 3a (K) bzw. PT 3a (K) E, begrenzt auf eine Kurzzeittherapie	99 / IV	13
Borowski, Dietmar	Antragsverfahren in der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	00 / I	48 - 57
Bovensiepen, Gustav	Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Langzeitbehandlung von Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting	92 / III	31 - 42
Braumühl, Karl Christian von	Erfahrung von Gewalt – Ein Anschlag der RAF und ein Versuch von Angehörigen darauf zu reagieren	94 / IV	35 - 45
Bundeskonferenz für Erziehungsberatungs- stellen e. V.	Zur Diskussion: Aufgabe und Rolle der ÄrztIn in der Erziehungs- beratungsstelle	94 / IV	17 - 21
Buscher, Michael	Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien	95 / III	24 - 48
Carl, Notger	Nervenarzt-Studie	97 / II	06 - 07
Carl, N.	Ergebnisse der Leistungs- und Kostenanalyse für Praxen von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten	98 / I	06 - 07
Ciampi, L.	Appell gegen die Gewalt in den Medien	94 / IV	29 - 30
Cramer, B.	Zentrale Fehlhörigkeit aus psychologischer Sicht (s. Forum 93 / II, S. 67 – 68, Erratum)	93 / I	49 - 58
Daniela	Tagebuch: Willkommen in der Hölle	00 / I	77 - 104
Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde	Mitteilungen benachbarter Verbände	96 / I	18
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Stellungnahme der DGKJ zur Legasthenie	94 / I	13 - 15
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsy- chiarie und Psychothe- rapie e.V.	DGKJP- Merkblatt	95 / IV	41 - 46
Dirjack, C	Die einfache englische Art der speziellen Bewegungserziehung	96 / III	32 - 37
Döpfner, Manfred	Aggressivität und Dissozialität bei Kindern und Jugendlichen – Genese und therapeutische Ansätze	95 / I	17 - 32

Autor	Titel	Forum	Seite
Dudeck, Ursula	Das psychiatrische Gespräch mit magersüchtigen Patientinnen	96 / II	21 - 28
Durst, A.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
EBM	EBM 96	95 I IV	11 - 30
EBM	EBM aktuell: EBM- Ziffer 3483	00 / I	10
Ehlers, Beate	Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	99 / I	48 - 58
Ehrhardt, Klaus Jürgen	Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst	91 / IV	34 - 37
Ehrhardt, Klaus Jürgen	Das Gespräch als therapeutische Methode	96 / III	27 - 31
Eisenbeis, Stefan; et. a.	Modellprojekt „Ambulante Erlebnistherapie“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Kleinblittersdorf	99 / IV	68 - 84
Elliger, Tilmann	Biologische Grundlagen süchtigen Verhaltens	92 / II	12 - 24
Elliger, Tilmann	Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Epidemiologie und Sexualethik	92 / IV	23 - 34
Elliger, Tilmann	Aggression in der Schule – zum Umgang mit der Gewalt	93 / IV	29 - 36
Elliger, Tilmann	Aggressivität und Dissozialität bei Kindern und Jugendlichen – Genese und therapeutische Ansätze	95 / I	17 - 32
Elliger, Tilmann	Einführung der Diagnosen- Kodierung nach ICD-10 in die vertragsärztliche Versorgung	95 / IV	53 - 56
Englert, Ekkehart; et. a.	Glossar zur Basisdokumentation KJP	96 / III	38 - 51
Epple, Helga	Ergebnisse der AG ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte	91 / IV	22
Epple, Helga; Schill, Annegret	Brief aus dem Süden, / RG Baden-Württemberg	92 / III	11 - 16
Epple, Helga	Arbeiten mit Video und Einwegscheibe im kinderpsychiatrischen Alltag mit Kleinkindern und ihren Mütter/ Vater	98 / I	35 - 43
Ettrich, Christine	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig	96 / III	20 - 22
Färber, Helga	Indikation zur stationären und ambulanten Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus tagesklinischer Sicht	91 / I	26 - 29

Autor	Titel	Forum	Seite
Färber, Helga	Darstellung der Konzeption der Tagesklinik Pionierstrasse	91 / I	30 - 35
Färber, Helga	Familientherapie bei Aufmerksamkeitsstörungen – hyperkinetisches Syndrom- im Kindesalter	92 / I	17 - 23
Flatten, G.	Liaison- und Konsiliardienst in der Klinik	97 / III	43 - 49
Federn, Ernst	Süchtiges Verhalten im Kindes- und Jugendalter aus sozialpsychologischer Sicht	91 / III	21 - 28
Felbel, Dieter	Psychisch kranke Jugendliche in Familienpflege – 2 Jahre Projekt-Erfahrung	99 / II	18 - 24
Felbel, Dieter; et. a.	Tod und Sterben in der Vorstellung Kinder und Jugendlicher	00 / I	67 - 73
Fegert, Johannes	Die freie Arztwahl und das Wunsch- und Wahlrecht der Anspruchsträger in der Jugendhilfe Zur interdisziplinären Umsetzung von Hilfen für von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche	97 / II	48 - 60
Fegert, Johannes; et. a.	Rechtliche Fragen und Notwendigkeiten der Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie	99 / II	60 - 101
Fegert, Johannes	Beschreibung des Projektes „Designerdrogen- Sprechstunde“	99 / III	40 - 48
Fiedler, Rudolf	Nervenarzt- Studie	97 / II	06 - 07
Fippinger, Franz	Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter	98 / IV	58 - 60
Fischer-Rosa, Roswitha	Seminar „Erstkontakt“	97 / I	60 - 63
Flatten, G. ; et. a.	Liaison- u. Konsiliardienst in der Klinik	97 / III	43 - 49
Freund, H.	Ambulanz für Menschen mit autistischer Behinderung	96 / III	23 - 26
Friedrich, Ursula	Sozialpsychiatrische Versorgung behinderter Kinder und Jugendlicher nach BSHG/ KJHG	93 / III	45 - 52
Fritschi, M.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Funk, Christoph	Zur Diskussion gestellt: Memet raus! - jugendpsychiatrische Gedanken zu einem aktuellen Thema	00 / II	16 - 17
Geretshauer, M.	Das Anti-Aggressivitäts-Training: Eine Behandlungsmaßnahme für jugendliche Gewalttäter in der Jugendanstalt Hameln	95 / I	56 - 64

Autor	Titel	Forum	Seite
Gerritzen, Hans	Spannungsfeld Psychiatrie – Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Aktuelle Situation in den Niederlanden – Bedrohung oder Herausforderung	99 / IV	52 - 55
Geyer, Jochen R.	Elternarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis bei der Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem Syndrom	98 / IV	32 - 47
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände	Stellungnahme des GFB zu Teilen des Referentenentwurfs zur GKV- Gesundheitsreform	99 / II	07 - 09
Göllnitz, Gerhard	Eine gezielte rhythmisch- psychomotorische Musik- und Bewegungstherapie.	96 / I	28 - 31
Gontard, Alexander von	Thema des Monats - T.d.M. Oktober: Enuresis (Einnässen)	00 / IV	44 - 48
Grenner, Rolf ; et. a.	Modellprojekt „Ambulante Erlebnistherapie“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Kleinblittersdorf	99 / IV	68 - 84
Groebner, H.- J.	Das Geheimnis – ein Stück zur Prävention sexuellen Missbrauchs. Ein Stück, das Kinder stark machen soll.	92 / III	43 - 44
Grzella, Ina	Stationäre Gruppenpsychotherapie für Kinder zum Einüben sozialer Kompetenzen	99 / IV	60 - 62
Häßler, F; et. a.	Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei hyperkinetischen Störungen	95 / IV	57 - 62
Hässler, F; et. a.	Rechtliche Fragen und Notwendigkeiten der Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie <i>S. Rothärmel</i>	99 / II	60- 101
Hassenstein, Bernhard	Die Tragweite verhaltens-anthropologischer Aussagen für rechtswidriges Verhalten: Analyse und Empfehlungen	94 / II	49 - 61
Haubl, Rolf	Das Veralten der Psychoanalyse und die Antiquiertheit des Menschen – Über Psychoanalyse und Zeitgeist	97 / II	25 - 47
Hegewald, Katja	Familientherapeutische Intervention in einer Scheidungssituation	96 / IV	49 - 52
Heid, Wolfgang	Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie im Rahmen der KJHG aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 / III	25 - 36
Heinisch, Birgit	Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	97 / I	15 - 25

Autor	Titel	Forum	Seite
Heiserer, Helmut	Interdisziplinäre Zusammenarbeit (IZ) in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus heilpädagogischer Sicht	92 / IV	67 - 70
Hendrischke, A.; et. a.	Liaison- und Konsiliardienst in der Klinik	97 / III	43 - 49
Herpertz-Dahlmann, Beate	Indikationen und Kontraindikationen psychotherapeutischer Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	99 / III	66- 75
Herzka, H. S.	Psychotherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik	99 / IV	41 - 46
Heubach, Hans-Jürgen	Indikation aus der Sicht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters	91 / II	13 -20
Hirschberg, Wolfgang	Determinanten der Aufenthaltsdauer von Patienten einer jugendpsychiatrischen Station	95 / II	45 - 53
Höger, Christoph; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Höger, Christoph et. a.	Zur Diskussion gestellt : Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeit – Vorschlag und Kostenregelung	99 / I	79 - 84
Höhling, Gustav	Europäische Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Beispiel Dänemark	00 / III	09 - 21
Hohloch, U.; et. a.	Tod und Sterben in der Vorstellung Kinder und Jugendlicher	00 / I	67 - 73
Horn, Günther	Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezugs für neue Ansätze in der Kindertherapie	96 / IV	27 - 48
Huck, W.	Drogentherapeutische Ansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	91 / III	29 - 34
Irmisch, G, et. a.	Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei hyperkinetischen Störungen	95 / IV	57 - 62
Israel, Agathe	Zur Situation der psychotherapeutischen Versorgung in den neuen Bundesländern	91 / IV	47 - 49
Israel, Agathe	Kinder- und Jugendhilfe in den neuen Bundesländern- Voraussetzungen, Erfordernisse, Perspektiven	91 / IV	50 - 56
Jaeger, Reinhold S.	Schule im Jahr 2000 aus der Sicht der empirischen Forschung	98 / III	56 - 71

Autor	Titel	Forum	Seite
Jansen, Christoph	Wenn der Patient den Arzt "versetzt"	98 / I	18 - 23
Janthur, Bernd	Psychomotorik in der Praxis – ein Erfahrungsbericht	98 / IV	61 - 69
Johannsen, Ingrid	Zur Diskussion gestellt: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen	96 / I	55 - 57
Junghanß, Jenny	Der kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsdienst des ÜBZ- Augsburg	92 / III	17 - 22
Jungjohann, Eugen	Über die Probleme des sexuell missbrauchten Kindes innerhalb der Familie und innerhalb des Helfernetzes – Der Missbrauch des Missbrauchs – Das Cleveland- Syndrom	92 / IV	35 - 46
Jungmann, Joachim	Die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	92 / I	32 - 40
Jungmann, J.; et al.	Glossar zur Basisdokumentation KJP	96 / III	38 - 51
Kaestner- Köhler, Jutta	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rheinhöhe- Kurzinfor- mation	91 / I	20 - 23
Kaschner, Petra	Heil- u. sozialpädagogische Methoden	96 / I	32 - 37
Katzur, Astrid	"Die Macht zurück ans Volk" Erfahrungen mit dem neusee- ländischen Kinderschutzgesetz	94 / III	53 - 57
KBV; VdAK/AEV	Entwurf einer Sozialpsychiatrie- Vereinbarung	93 / I	13 - 17
KBV; VdAK/AEV	Vertragstext der Sozialpsychiatrievereinbarung	94 / II	08 - 13
Kiderle, R.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Famili- entherapien	99 / IV	85 - 89
Kinze, Bärbel ; Kinze, Wolfram	Zur Arbeit in der Institutsambulanz	91 / IV	23 - 29
Kinze, Wolfram	Zur Situation der Beschulung von stationär in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandelten Kindern und Jugendlichen in den neuen Bundesländern	93 / III	61 - 65
Kinze, Wolfram	Kinderneuro- u. Kinder und Jugendpsychiatrie	96 / I	23 - 27
Kinze, Wolfram	Zur Diskussion gestellt: Vor- und Nachteile der Hierarchie für die Konzeption der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	96 / III	52 - 56
Kinze, Wolfram	KJP – Anmerkungen zu aktuellen Problemen und zum Selbst- verständnis	98 / I	83 - 88

Autor	Titel	Forum	Seite
Kinze, Wolfram	Integrative therapeutische Strategien bei hyperkinetischem Syndrom	97 / II	79 - 84
Kinze, Wolfram	Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie mit Kindern u. Jugendlichen	99 / IV	56 - 59
Kinze, Wolfram	Gegenwart und Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland	00 / IV	61 - 72
Klasen, Edith	Antragsverfahren in der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	00 / I	48 - 66
Klasen, Edith	Jugendhilfe im Spannungsbogen von Psychotherapeutengesetz und Approbation bis zur Wertigkeit von fachärztlichen Gutachten und schulischen Stellungnahmen	00 / II	78 - 84
Kleinke, Joachim	Was ist kinder- und jugendpsychiatrische Therapie?	99 / IV	30 - 33
Klosinski, Gunther	Religiöse Erziehung – krankmachend oder schützend	92 - IV	13 - 22
Klosinski, Gunther	Macht, Machtmissbrauch und -verzicht Anmerkungen zum therapeutischen Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Eltern	94 / III	25 - 32
Knölker, Ulrich	Eine Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin- West	91 / III	43 - 60
Knölker, Ulrich	Psychotherapeutische Probleme bei Zwangsstörungen	99 / IV	63 - 67
Köhler, Susanne; Ulrika Rudat	Konzept einer integrierten stationären Kinder- und Eltern-Psychotherapie – Rückblick und Ausblick	93 / I	42 - 48
Kossen, Johannes	Indikation zu ambulanter und stationärer Therapie aus ärztlicher Sicht einer Erziehungsberatungsstelle	91 / II	21 - 24
Kossen, J.	Aufgaben des Arztes in der Erziehungsberatungsstelle	93 / IV	13 - 14
Kuntz, Gerhard	Betriebswirtschaftliches- und Steuergestaltungsseminar	98 / III	20 - 28
Kutza, Ralph	Antragsverfahren in der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	00 / I	48 - 66
Kutza, Ralph	Jugendhilfe im Spannungsbogen von Psychotherapeutengesetz und Approbation bis zur Wertigkeit von fachärztlichen Gutachten und schulischen Stellungnahmen	00 / II	78 - 84

Autor	Titel	Forum	Seite
Lam, Le	Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	94 / II	26 - 33
Lam , Le ; et al,	Glossar zur Basisdokumentation KJP	96 / III	38 - 51
Lam, Le	Sozialpsychiatrische Aufgaben der ambulanten KJP	97 / I	42 - 51
Lam, Le	Zum Stand der Erprobung einer Basisdokumentation in der KJP	97 / II	08
Lampert, Ulrich ; et. a.	Sozialpsychiatrischer Dienst – Kinder- und Jugendpsychiatrie im Gesundheitsamt Bielefeld	93 / II	37 - 46
Landsberg, Walter	Der leitend Abteilungsarzt und Chefarzt im Krankenhaus, Arzt und Manager, Anforderungen und Aufgaben	91 / IV	38 - 43
Landsberg, Walter	Protokoll der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Fachklinik	91 / IV	44 - 46
Landsberg, Walter	Die Situation der Assistenzärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 / II	65
Landsberg, Walter	Kinder- und Jugendpsychiater als Prüfarzte bzw. bei Widerspruch- und Einspruchsverfahren	93 / II	66
Landsberg, Walter	Was ist kinder- und jugendpsychiatrische Therapie?	99 / IV	34 - 36
Langemann, I.; et. a.	Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei hyperkinetischen Störungen	95 / IV	57 - 62
Lehmkuhl, Gerd; et. a.	Wirksamkeit des Audio- Vocalen Integrativen Trainings (AVIT) bei auditiven Wahrnehmungsstörungen im Elternurteil – Ergebnisse einer retrospektiven Beurteilung bei 75 behandelten Kindern	98, / IV	48 - 57
Lehmkuhl, Ulrike	Tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen	99 / III	50 - 58
Lehmkuhl, Ulrike	Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter		
Lempp, Reinhart	Aufgaben und Möglichkeiten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Verbindung von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Sozialhilfe	93 / II	29 - 36
Lichy, Johanna	Begrüßungsrede der Staatssekretärin zum Jahreskongress des BKJPP 1997 in Bad Liebenzell	97 / IV	41 - 45
Lieber, St.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Link, H. ; et. a.	Zur Diskussion gestellt : Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeit – Vorschlag und Kostenregelung	99 / I	79 - 84

Autor	Titel	Forum	Seite
Link, H.; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	99 / IV	85 - 89
Loch, Helmut	Kinderpsychiatrie als präventive Maßnahme gesellschaftlicher Störungen	95 / I	37 - 45
Loch, Helmut.	Zur Diskussion gestellt: Zur Veröffentlichung von Christa Schaff: Umsetzung der praktischen Tätigkeit für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	00 / I	45 - 47
Löble, Markus	Psychisch kranke Jugendliche in Familienpflege – 2 Jahre Projekt-Erfahrung	99 / II	18 - 24
Löble, Markus; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Löble, Markus ; eta.	Tod und Sterben in der Vorstellung Kinder und Jugendlicher	00 / I	67 - 73
Löchel, Martin	Johanniter- Tagesklinik für kinder- und Jugendpsychiatrie am Carmen- Sylvester- Garten Neuwied	91 / IV	57 - 58
Ludwig-Becker, Friederike	Von der verdeckten Gewalt gegen uns selbst – psychosomatische unbewußte- autoaggressive Mechanismen in der Adoleszenz	94 / IV	55 - 62
Mantel, Thomas	Sandspieltherapie – Heilende Bilder der Seele	98 / I	44 - 54
Marcus, Alexander	Kooperationsmöglichkeiten bei geistiger Behinderung	98 / III	50 - 55
Martin, Matthias	KJP Intervention bei misshandelten Kindern Fremdunterbringung und rechtliche Problematik	95 / I	46 - 55
Mattejat, Fritz	Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	98 / I	10
Mayer, C.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Metzger, W.; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Metzger, W. ; et. a.	Tod und Sterben in der Vorstellung Kinder und Jugendlicher	00 / I	67 - 73
Meuter- Schröder, Renate	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus pädagogischer Sicht	92 / IV	47 - 66

Autor	Titel	Forum	Seite
Meyer, Eberhard	Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für minderjährige Drogenabhängige Ergebnisse einer Arbeitsgruppe von Jugendpsychiatrie/ Jugendhilfe und Drogenhilfe in Hessen	95 / III	69 - 76
Meyring, Marlies	Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen der Sozialpsychiatrie	98 / III	72 - 73
Moik, Christian K. D.	Psychotherapie – psychotherapie? – und kein Ende	93 / IV	08 - 09
Moik, Christian. K. D.	Sozialpsychiatrie- Vereinbarung: Rechtliche Voraussetzungen, praktische Folgerungen	00 / II	27 - 39
Mueller, Erik; Schumann, Ulrich	Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie in Sachsen	96 / III	17 - 19 62 - 63
Müller, Kurt	Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht des Pädagogen	98 / III	43 - 49
Münchmeier, Richard	Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend	00 / IV	73 - 86
Naumann, Alexander; et. a.	Erlebnispädagogische Einheiten innerhalb systemischer Familientherapien	99 / IV	85 - 89
Naumann, Alexander; et. a.	Tod und Sterben in der Vorstellung Kinder und Jugendlicher	00 / I	67 - 73
Neuhauss, Martin	Aller Anfang ist schwer	96 / III	57 - 58
Neuhauss, Martin	Seminar zur Organisation einer sozialpsychiatrischen Praxis für Umsteiger aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einzelpraxis	00 / IV	53 - 57
Niebergall, Gerhard	Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern bei Verdacht auf sexuelle Misshandlung	00 / III	51 - 60
Noterdaeme, Michèle	Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter	99 / I	59 - 65
Oberdörffer, Birgit	Testdiagnostische Möglichkeiten in einer Praxis für KJP im Rahmen der Sozialpsychiatrie- Vereinbarung	96 / II	71 - 74
Oehler, Klaus- Ulrich	Planen, Gestalten und Organisation einer kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen Praxis	00 / IV	49 - 52
Ostwald, F.	Kinder(neuro)psychiatrische Betreuung im Säuglings- und Kleinkindalter – Tradition der Dresdener Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	97 / I	58 - 59

Autor	Titel	Forum	Seite
Otten, Ute	Möglichkeiten der ämter- und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit bei sexuellem Missbrauch	95 / II	33 - 44
Paporisz, Ute	Wir sind geschieden	98 / IV	15 - 31
Paul, Günter	Vorstellung Kindes- und Jugendpsychiatrischer Einrichtungen	91 / III	14 - 15
Peseschkian, Nossrat	Positive Psychotherapie unter dem interdisziplinären und transkulturellen Gesichtspunkt	97 / III	30 - 42
Petermann, Franz	Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten Literaturliste (Nachtrag)	94 / III	33 - 38
Petermann, U.; Petermann F.	Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern	94 / IV	63
Petzold, E. R.; et. a.	Liaison- und Konsiliardienst in der Klinik	97 / III	43 - 49
Plewinski, Hartmut	Indikationsstellung zur Therapie in einer Autonomen Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	92 / II	25 - 35
Poustka, Fritz ; et al.	Glossar zur Basisdokumentation KJP	96 / III	38 - 51
Poustka, Fritz	Die Behandlung mit Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	98 / I	55 - 76
Poustka, Fritz	Die Leitlinien im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	99 / I	19 - 20
Poustka, Fritz	Autismus: Klinik, Diagnose, Therapie und Ursachen	00 / III	73 - 86
Preuß, Ulrich	Geschichten-Erzähl-Test projektiv (GETp)	96 / I	44 - 54
Ratzel, Rudolf	Rechtsfragen aktuell	97 / II	11 - 15
Redel, Christiane	Aufgaben und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Gesundheitswesen aus der Sicht des Gesetzgebers	93 / III	17 - 24
Remschmidt, Helmut	Anmerkungen zur Gewalttätigkeit junger Menschen	95 / II	19 - 32
Reuter- Liehr, C.; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29

Autor	Titel	Forum	Seite
Reuter-Liehr, C.; et. a.	Zur Diskussion gestellt : Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeit – Vorschlag und Kostenregelung	99 / I	79 - 84
Richter, R.; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Roosen- Runge, Gott- hard	Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie	00 / II	40 - 77
Rost, B.	Familienorientierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugend- psychiatrie	94 / I	25 - 32
Rothärmel, S.; et. a.	Rechtliche Fragen und Notwendigkeiten der Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie	99 / II	60 - 101
Rotthaus, Wilhelm	Die "Schule für Kranke" in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 / III	53 - 60
Rotthaus, Wilhelm; et al.	Glossar zur Basisdokumentation KJP	96 / III	38 - 51
Rotthaus, Wilhelm	Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	99 / III	59 - 65
Rotthaus, Wilhelm	Was ist kinder- und jugendpsychiatrische Therapie?	99 / IV	37 - 40
Roy- Feiler, Brigitte	Indikation zur stationären und ambulanten Therapie aus klini- scher- stationärer Sicht	91/ II	25 - 28
Ruckgaber, Karl-Heinz	Zwischenbilanz über die medizinische Rehabilitation für psy- chisch kranke Jugendliche in der Sozialtherapeutischen Gemein- schaft Gutenhalde	98 / I	77 - 82
Rudat, U.	Konzept einer integrierten stationären Kinder- und Eltern- Psy- chotherapie – Rückblick und Ausblick	93 / I	42 - 48
Salis, Thomas von	Continuing Medical Education	99 / IV	47 - 51
Sannwald, Renate	Das Katathyme Bilderleben in der kinder- und jugendpsychiatri- schen Praxis	93 / II	54 - 60
Sannwald, Renate	Spezifische Besonderheiten der Katathym- Imaginativen Psycho- therapie bei sexuell missbrauchten weiblichen Jugendlichen	95 / III	59 - 68
Sannwald Renate	Die kindliche Schizophrenie	96 / II	41 - 59

Autor	Titel	Forum	Seite
Sannwald, Renate	Die Katathym-Imaginative Psychotherapie in der Praxis des Kinder- und Jugendpsychiaters mit einem kasuistischen Beitrag zur tiefenpsychologischen Psychotherapie bei schwerer Körperbehinderung	99 / III	79 - 95
Schacher-Gums, Gert ; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Schacher-Gums, Gert; et. a.	Zur Diskussion gestellt : Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeit – Vorschlag und Kostenregelung	99 / I	79 - 84
Schaff, Christa	Zur Diskussion gestellt: Differenzielle Therapieindikation	96 / II	60 - 70
Schaff, Christa	Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist- Körper - Dialogs – oder – Jakob, wo bis Du?	97 / IV	48 - 61
Schaff; Christa	Das Psychotherapeutengesetz	98 / I	08 - 08
Schaff, Christa	Der neue gesetzliche Rahmen für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und seine Auswirkungen auf die vertragsärztliche ambulante psychotherapeutische Versorgung	98 / II	49 - 58
Schaff, Christa	Hinweise zur Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes	98 / IV	06 – 09
Schaff, Christa	Empfehlung zur Umsetzung der „praktischen Tätigkeit“ nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) in Kliniken und Praxen für KJPP	99 / IV	11- 13
Schaff, Christa	Kurzzeittherapie-Gutachten und neue Formulare für Richtlinienpsychotherapie	00 / I	29 - 30
Scharwies, Susan	Über 'Körperlogik' in gesellschaftlichen Systemen	97 / III	50 - 53
Schepker, Renate	Jugendpsychiater als Sachverständiger vor Gericht – Eine vergleichende Untersuchung	99 / I	66 - 69
Schernikau, H.	Einweisung auf Anordnung, Verfahrensweise psychiatrischer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der ehemaligen DDR- Erfahrungsbericht aus Ostberlin	92 / I	24 - 31
Schill, Annegret; Epple, Helga	Brief aus dem Süden / RG Baden-Württemberg	92 / III	11 - 16

Autor	Titel	Forum	Seite
Schmidtchen, Stefan	Spiel als Psychotherapiemethode	96 / II	29 - 40
Schmitz, Jürgen	Anmerkungen zum Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte	99 / III	31 - 34
Schmölzer, Christian	Körpertherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen am Beispiel der konzentrativen Bewegungstherapie	98 / IV	70 - 74
Schneider, Ewald	Geschlossene Unterbringung- eine Möglichkeit in der Jugendhilfe am Beispiel des Jugendheimes Mühlkopf/Rodalben	92 / III	23 - 30
Schönfelder, Sven	Erfahrungen mit familientherapeutischer Arbeit bei Adoptivkindern und ihren Familien	96 / IV	53 - 56
Scholz, Michael	Familientherapeutische Intervention in einer Scheidungssituation	96 / IV	49 - 52
Schorre, Winfried	Die Bedeutung der KJP in der vertragsärztlichen Versorgung	94 / IV	12 - 16
Schulte-Schlaps, Barbara	Erfahrungsbericht aus der Praxis	95 / II	54 - 60
Schulze, Jutta	Testdiagnostische Möglichkeiten in einer Praxis für KJP im Rahmen der Sozialpsychiatrie- Vereinbarung	96 / II	71 - 74
Schumann, Ulrich	Erste Erfahrungen in der eigenen Niederlassung	91 / IV	18 - 21
Schumann, Ulrich	Ergebnisse der AG ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte	91 / IV	22
Schumann, Ulrich; Mueller Erik	Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie in Sachsen	96 / III	17 - 19 62 - 63
Schumann, Ulrich	Gedanken nach neunjähriger Tätigkeit im Vorstand des BKJPP	99 / IV	009
Schydlo, Reinhard	Interdisziplinäre Zusammenarbeit aus der Sicht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters	93 / I	30 - 41
Schydlo, Reinhard	Zur Bedeutung auditiver Wahrnehmungsstörungen	96 / IV	62 - 76
Schydlo, Reinhard et. a.	Wirksamkeit des Audio-Vocalen Integrativen Trainings (AVIT) bei auditiven Wahrnehmungsstörungen im Elternurteil - Ergebnisse einer retrospektiven Beurteilung bei 75 behandelten Kindern	98 / IV	48 - 57
Selisko, A.; et. a.	Stationäres Behandlungskonzept der Anorexia nervosa	96 / IV	57 - 61
Simchen Helga	Ambulante Therapie hyperkinetisches Syndrom	98 / III	74

Autor	Titel	Forum	Seite
Sobek- Kölling, B.	Körpertherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen am Beispiel der konzentrativen Bewegungstherapie	98 / IV	70 - 74
Specht, Friedrich; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Specht, Friedrich; et. a.	Zur Diskussion gestellt : Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeit – Vorschlag und Kostenregelung	99 / I	79 - 84
Speck, Elisabeth; et. a.	Stationäres Behandlungskonzept der Anorexia nervosa	96 / IV	57 - 61
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Computerunterstützte Trainingsverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	99 / I	70 - 78
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Neurophysiologische Basisdiagnostik: Indikation und Befunderhebung	99 / II	24 - 58
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater	99 / III	29 - 30
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater	99 / IV	14 - 15
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater	00 / I	13 - 14
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater: Autismus und Asperger-Syndrom	00 / II	18 - 20
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater: Was ist ein Link? Ein Internet-Glossar für Kinder- und Jugendpsychiater - Teil 1: A bis K	00 / III	22 - 43
Spitzcok von Brisinski, Ingo	Internet für Kinder- und Jugendpsychiater: Was ist ein Link? Ein Internet Glossar für Kinder- und Jugendpsychiater Teil 2: L bis Z	00 / IV	22 - 43
Stegmann, Tobias	Erfahrungen mit familientherapeutischer Arbeit bei Adoptivkindern und ihren Familien	96 / IV	53 - 56
Stenzel, Ortrun	Indikation zur ambulanten und stationären Therapie aus sozialpsychiatrischer Sicht (ausgehend von einer regionalen Versorgungsplanung)	91 / I	36 - 40
Stolle, Dörthe	Europäische Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Beispiel Dänemark	00 / III	09 - 21

Autor	Titel	Forum	Seite
Streck-Fischer, Annette	Analytische Konzepte zur Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen	94 / IV	46 - 54
Struck, Peter	Ursachen und Prävention von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	94 / II	34 - 48
Suchodoletz, Waldemar von	Physiologie und Pathophysiologie der auditiven Wahrnehmung	00 / Ili	62 - 71
Thrien, Michael	Qualitätswesen – ein Praxisbeispiel	98 / III	75 - 78
Trappe, Horst	Lebenlernen – Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter	93 / IV	61 - 64
Trappe, Horst	Enuresis in Diagnostik und Therapie	93 / IV	65 - 72
Trautmann, Claudia	Heil- u. sozialpädagogische Methoden	96 / I	32 - 37
Trost, Alexander	Systemische Therapie- Familientherapie	93 / II	61 - 62
Trost, Alexander	Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien	95 / III	24 - 48
Trost, Alexander	Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	00 / II	85 - 96
Tuchscheerer, Gertraude	Zur Therapie neurotisch fehlentwickelter Kinder und Jugendlicher- ein integratives Behandlungskonzept	93 / II	47 - 53
Tuchscheerer, Gertraude	Spiel als Methode	96 / I	38 - 43
Vesper, Jürgen	Protokoll der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Fachklinik	91 / IV	44 - 46
Vesper, Jürgen	Einweisung auf Anordnung. Verfahrensweise psychiatrischer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der ehemaligen DDR- Erfahrungsbericht aus Ostberlin	92 / I	24 - 31
Völger, Margot	Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Langzeitbehandlung von Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting	92 / III	31 - 42
Voll, Renate	Fremdenfeindliche Gewalt Jugendlicher Asylanterwohnheim vor der Haustür unerwünscht oder Biedermann und seine jugendlichen Brandstifter	94 / III	39 - 52
Wanderer, Simone; et. a.	Stationäres Behandlungskonzept der Anorexia nervosa	96 / IV	57 - 61
Warnke, Andreas	Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie im Rahmen der KJHG aus der sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 / III	25 - 36

Autor	Titel	Forum	Seite
Warnke, Andreas	Teilleistungsschwächen – seelische Behinderung ? !	97 / II	61 - 78
Warnke, Andreas	Vorschlag einer Kostenregelung fachärztlicher Gutachten für die Jugendämter zur Frage der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII	98 / III	18 - 19
Warnke, Andreas	Legasthenie- Erlass des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 16.11.1999	00 / II	12 - 15
Weber, Renate	Kooperationsmodell von kinderpsychiatrischer Beratungsstelle und Jugendamt	97 / I	36 - 41
Wewetzer, Christoph	Teilleistungsschwächen – seelische Behinderung ? !	97 / II	61 - 78
Wiechert, P.; et. a.	Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei hyperkinetischen Störungen	95 / IV	57 - 62
Wienand, Franz	Überlegungen zur Evaluation der Arbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	93 / I	11 - 12
Wienand Franz	Qualitätssicherung/ Therapieevaluation in der Praxis	93 / II	63 - 64
Wienand, Franz	Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	94 / II	26 - 33
Wienand, Franz; et al.	Glossar zur Basisdokumentation KJP	97 / II	61 - 78
Wienand, Franz	Zum Stand der Erprobung einer Basisdokumentation in der KJP	97 / II	08
Wienand, Franz	Testdiagnostik in der kinderpsychiatrischen Praxis		
Wienand, Franz	Kurzzeittherapeutische Ansätze in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	97 / IV	63 - 77
Wienand, Franz	Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis	00 / II	85 - 96
Wiesner, Reinhard	Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Jugendhilfe	93 / III	37 - 43
Wiesner, R.	Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	97 / I	26 - 35
Wilhelm, Anton	Planen, Gestalten und Organisation einer kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen Praxis	00 / IV	49 - 52
Wilkes, Johannes	Pseudologia phantastica - eine Fallbeschreibung	97 / III	54 - 66

Autor	Titel	Forum	Seite
Wilkes, Johannes	Friedrich Hölderlin als Erzieher und Therapeut	98 / II	59 - 66
Wilkes, Johannes	Legastheniediagnostik und Rechtschreibreform	98 / II	67 - 72
Wilkes, Johannes	Zur Diskussion gestellt Sogenannte Sekten und Psychogruppen – die Ergebnisse der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht	98 / IV	75 - 82
Wilkes, Johannes	Orlistat - Substanzmissbrauch durch Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa?	99 / II	15 - 17
Wilkes, Johannes	Ronja Räubertochter - Die Analyse einer Initiation	00 / III	87 - 96
Winter, S.	Eine Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin- West	91 / III	43 - 60
Witte-Lakeman, G; et. a.	Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen u. Bericht über einen Poster-Workshop auf dem Dresdner Kongress der DGKJP	97 / III	23 - 29
Wolf genannt Schmidt, Horst	Bedingungen und Möglichkeiten effektiver Förderung durch die Schule für Kranke in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik	94 / I	33 - 44
Wrobel, Swantje	Stationäre Gruppenpsychotherapie für Kinder zum Einüben sozi- aler Kompetenzen	99 / IV	60 - 62
Wünschmann, Gerhard	Halt und Autonomie als systemisch- didaktische Ansatz in der Schule für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 / IV	37 - 46
Zapp, Joachim	Psychomotorik in der Praxis – ein Erfahrungsbericht	98 / IV	61 - 69
Zimmer, Renate	Funktionale Therapien – Psychomotorik	92 / I	12 - 16

Ausschreibung

Promotionsstipendium der Stiftung Irene

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie auf das Promotionsstipendium der Stiftung Irene hinweisen, dass in Kooperation mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum (WGAS) ausgeschrieben ist.

Bewerbungsschluss ist der **31. Januar 2022**.

Bevorzugt gefördert werden empirische Promotionsvorhaben, bei denen der frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Fokus steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch KandidatInnen, die eine Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

Ausführliche Informationen finden Sie der Internetseite der WGAS
Rückfragen richten Sie gern an: tagung@wgas-autismus.org

Hinweise für Autor*innen

1. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften 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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. über. Die Autor*in bestätigt und garantiert, dass sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an ihrem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Die Autor*in räumt – und zwar auch zur Verwertung ihres 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. Die Autor*in 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. Autor*innennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- Vollständige Anschrift der Verfasser*in bzw. der Verfassenden einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zur Verfasser*in 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 der Autor*in 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 ... Rothhaus (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 Autor*innen (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 Autor*innen erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



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

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 (CÄ, OÄ, 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: _____
 Privatschrift ab: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ E-Mail: _____
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche die 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 damit einverstanden, dass 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: 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 _____

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.



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 Abonnement
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass 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: _____

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2022

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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 1.450 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

Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP 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.

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	1.400,- 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	750,- 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 2022

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2022	15. März 2022	14. KW 2022
2-2022	15. Juni 2022	27. KW 2022
3-2022	15. September 2022	40. KW 2022
4-2022	12. Dezember 2022	52. KW 2022

* 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. Annegret Brauer; 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“

Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer, Nicole Kauschmann-Loos

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: FORUM / weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief / gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „Forum für 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.