

Inhalt

Kinderpsychiatrische Vernetzungsarbeit als Tandemtrainer im Kontext „Frühe Hilfen“ <i>Matthias Reinhold</i>	2
Beschreibung von Wirkfaktoren einer kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Therapie zur Erklärung des Hilfebedarfes – Kasuistik <i>Jörg Liesegang</i>	11
ADHS mit später Diagnose im Erwachsenenalter bei komorbider Abhängigkeitserkrankung <i>Andreas Steimann</i>	22
Sehnsucht – Auf der Suche nach Lebensentwürfen des Kindes Überlegungen zur frühen Prävention von Sucht <i>Dieter Appel</i>	28
Warum sollten Jugendliche im Alter bis 17 in Russland Jugendhilfe erfahren? <i>Michael Meusers</i>	33
Naturtherapie (Exist) – Natur als Entwicklungs- und Therapieraum für Kinder <i>Ellen Keusen & Angela Klein</i>	38
Stephen King – Anmerkungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive <i>Markus Löble</i>	50
<i>Nachruf:</i> Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck <i>Alexander Naumann, Michael Heyken, Alexander Tewes</i>	56
<i>Ausschreibung:</i> 15. ADHS-Förderpreis	58
<i>40 Jahre BKJPP:</i> Persönliche Erinnerungen an die Gründung und die Anfangsjahre unserer Praxis und des Berufsverbands <i>Reinhard Schydlo</i>	59
<i>Kolumne:</i> Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	68
Hinweise für Autoren	71
Anzeigen	75
Mediadaten	87
Impressum	88

Kinderpsychiatrische Vernetzungsarbeit als Tandemtrainer im Kontext „Frühe Hilfen“

Matthias Reinhold

Ich arbeite als Kinder- und Jugendpsychiater in einem größeren SPV-Team in Berlin. In unserer Arbeit haben wir es häufig nicht nur mit den von uns betreuten „Indexpatienten“ zu tun, sondern in nicht seltenen Fällen mit hoch belastet wirkenden jüngeren Geschwistern und jungen Müttern. In diesem spannungsreichen Kontext hatte ich bisher immer wieder das Gefühl, ich müsste auch Angebote für diese Geschwisterkinder machen.

Wer kann diesen Müttern haltgebende Angebote zu Eltern- und Familienberatung, Beratung bei Konflikten im familiären Kontext sowie Bewegung und Sport für die Kleinkinder machen? Dafür reichten unsere Ressourcen immer wieder nicht im Ansatz aus. Eine dahingehende Vernetzung war in diesem besonderen Bereich zu freien Trägern, trotz 15jähriger Niederlassung des Verfassers, völlig unzureichend. Umso spannender fand ich vor drei Jahren das Angebot einer von mir fachlich und menschlich sehr geschätzten Kollegin, die bei einem freien Jugendhilfeträger leitend tätig ist, gemeinsam eine Fortbildung zum *Tandem-TrainerIn-Team* im Kontext früher Hilfen zu durchlaufen. Sie wird durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung organisiert, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist Kooperationspartner. Ziel des Projektes ist es, die Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten mit der Jugendhilfe zu stärken, um gemeinsam betroffenen Kindern und ihren Familien den Zugang zu Unterstützungsangeboten zu erleichtern (<http://www.kbv.de/media/29qz-newsletter.pdf>). Dazu werden Tandems aus jeweils einer KollegIn der (freien) Jugendhilfe und einer ärztlichen KollegIn ausgebildet. Diese Tandems sollten zusammen im Stadtbezirk einen Qualitätszirkel ‚Frühe Hilfen‘ für ca. 12 TeilnehmerInnen beider Arbeitsbereiche anbieten.

Was sind ‚Frühe Hilfen‘?

‚Frühe Hilfen‘ bilden lokale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft bis Vollendung des dritten Lebensjahres.

Nach vorangegangenen Fällen von Kindesmisshandlungen wurde 2007 vom Bundesministerium für Familien, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogrammes ‚Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme‘ das Nationale Zentrum für frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet, um den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen für werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zu fördern. „Das übergeordnete Ziel des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ist es, Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Um dies zu verwirklichen, muss insbesondere die Erreichbarkeit von Risikogruppen verbessert werden. [...] Das NZFH strebt eine wissensbasierte Verbesserung der Praxis im Feld Früher Hilfen und den Aufbau einer Präventionskette an: von der allgemeinen und frühzeitigen Information und Aufklärung über die Kindesentwicklung bei werdenden Eltern, die Motivation zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die aktive Verweisung an spezielle Hilfen und Unterstützungen bis hin zur begleitenden Familienarbeit in schwierigen sozialen Lagen. Im Mittelpunkt stehen Familien mit Kindern vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von ca. drei Jahren, deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen (zum Beispiel Armut, Gewalt oder Suchterkrankung im Elternhaus) gekennzeichnet sind. [...] Um dieses Ziel zu erreichen, führt das NZFH Informationen zusammen und entwickelt Kriterien, die es der Kinder- und Jugendhilfe wie dem Gesundheitswesen erleichtern, auf eine nicht-diskriminierende Art besonders belastete Familien zu erkennen, geeignete Präventionsangebote zu entwickeln und im sozialen Nahraum der Familien anzubieten“ (<https://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/ziele/>).

Durch die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Bundesinitiative Frühe Hilfen sind flächendeckend in fast allen Kommunen Deutschlands Netzwerke Früher Hilfen auf- und ausgebaut worden, in denen Partner aus unterschiedlichen Hilfesystemen (SGB V, VIII, XII) zusammenarbeiten, um Familien mit psychosozialen Hilfebedarf durch individuell angepasste Angebote der Frühen Hilfen zu unterstützen. Allerdings weisen Kommunalbefragungen des NZFH darauf hin, dass die systematische Vernetzung mit dem vertragsärztlichen/ psychotherapeutischen Sektor im SGB V und der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII aufgrund

fehlender formaler und rechtlicher Strukturen der Zusammenarbeit im Sinne der Frühen Hilfen noch nicht ausreichend gelingt (https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen/Bundesinitiative_Fruehe_Hilfen_Zwischenbericht_2014.pdf).

Tandem-TrainerIn-Ausbildung

Wohin wende ich mich als Arzt, wenn ein Kind in einer anscheinend besonders schwierigen Lebenssituation aufwächst? Was, wenn die betroffenen Mütter anscheinend überfordert sind, aber keine Anbindung an das Jugendamt zulassen? Wiederholt hatte auch ich im Laufe meiner Praxistätigkeit immer wieder die Erfahrung machen müssen, dass ich das Vertrauen der von mir betreuten Familien verliere, wenn ich in einem Graubereich von unsicherer Kindeswohlgefährdung, entgegen einem unzureichenden Einverständnis dieser betroffenen Familien, das Jugendamt informiere. Ich fragte mich da immer wieder: Wie kann ich da trotzdem helfen?

Die Ausbildung von Tutorentandems wurde eingeführt, um die Moderatorenausbildung in den einzelnen Bundesländern zu regeln. Das NZFH finanziert die Tutorenausbildung und begleitet den Prozess der bundesweiten Umsetzung. Die Tutorentandems unterstützen in den beteiligten Bundesländern die Ausbildung der Moderatorentandems in den lokalen Qualitätszirkeln. Darüber hinaus gründen die Tutorentandems eigene Qualitätszirkel, so dass sie ein breites praktisches Wissen weitergeben können (<https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/transfer/interprofessionelle-qualitaetszirkel-fruehe-hilfen/>).

Eine Ausbildung zum Qualitätszirkelleiter in „frühe Hilfen“ wird über die KVB angeboten. Die Ausbildung ist fortbildungszertifiziert. Es sind zumindest vier Wochenendeinheiten dazu aufzubringen.

In unserer Tandem-TrainerInnen-Ausbildung, die in meinem Erleben einen durchgehend systemisch-lösungsorientierten Ansatz verfolgte, wurden wir befähigt, Familien-Fallbesprechungen zwischen den beiden Berufsgruppen anzuleiten.

Qualitätszirkel ‚Frühe Hilfen‘

Nach bisher sechs zweistündigen Zirkeln in zwei Jahren habe ich besonders die sehr vertrauensvolle Gegenseitigkeit und durchgehend intensiven Diskussionen mit den kinderärztlichen KollegInnen und den VertreterInnen der (freien) Jugendhilfe zu schätzen gelernt. Es ergab sich eine über den Qualitätszirkel hinausgehende bessere kollegiale Zusammenarbeit mit den KinderärztInnen des Stadtbezirkes. Wir ÄrztInnen lernten eine unglaubliche Palette von Angeboten der Jugendhilfe in „frühen Hilfen“ kennen. Diese erfahrene Gegenseitigkeit ging weit über Familien-Fallbesprechungen oder eine Einschätzung von Gefährdungslagen hinaus.

Durch die Tandem-TrainerIn-Arbeit im Stadtbezirk erfuhren wir u.a. von zwei Familienanlaufzentren mit Angeboten für Eltern-Kind-Gruppen, Sozialberatung, Elternkurs-Angeboten und Angeboten für Babymassage. Wir lernten KollegInnen des Kinderschutzzentrums, eines Nachbarschaftshauses sowie eines Familienplanungszentrums mit umfänglichen Angeboten für junge Familien kennen.

Subjektiv habe ich es als besonders wichtig erachtet, durch die Grundhaltung unserer TrainerIn-Arbeit die „Selbstwirksamkeit“ der Familien zu verbessern.

Im ersten Zirkel konnten wir dazu gemeinsam folgende, für beide Berufsgruppen stimmige Skript-Sätze herausarbeiten:

- Unsere Haltung sollte durch Wertschätzung und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit von Möglichkeiten und Wegen, wie Familien ihre Familiarität gestalten, gekennzeichnet sein.
- Wir sollten in unseren Rückmeldungen in Sprache und Auftreten so weit wie möglich authentisch sein gegenüber den Familien.
- Beratung sollte in diesem Kontext immer „ergebnisoffen“ angeboten werden.
- Es sollte darum gehen, die ‚Ressourcenlage‘ der Familie zu verstehen, hervorzuheben und letztlich zu stärken.

Wir übten in Rollenspielen, die „Stolz- und Sorgengeschichten“ der Eltern bezüglich der Entwicklung ihrer Kinder erzählen zu lassen. Besonders wichtig erschien uns dabei, gut zuzuhören und neugierig zu sein.

Wesentlich erschien den TeilnehmerInnen des Zirkels, die Zweiseitigkeit der Lebenssituationen der Familien zwischen gelingender Familiarität und den Belastungen, die in diesen Lebensphasen entstehen können, wahrzunehmen und zu thematisieren.

Besonders praktikabel erschien uns die Idee, zu einer uns durch die Zirkelarbeit nun vertrauten Ansprechpartnerin eines Trägers für ‚Frühe Hilfen‘ weiterzuleiten. Dort können die Familien über eine persönliche Kontaktherstellung „abgeholt werden“.

Das inhaltliche Herzstück der Zirkelarbeit ist die Familienkonferenz. Welche Fälle wählten wir im Laufe der bisherigen Zirkelarbeit?

Durch das wiederholte Erleben ähnlicher Problemlagen entwickelt sich bei uns Kinder- und JugendpsychiaterInnen eine erfahrungsbegründete Urteilskraft. Es gibt bei uns ein „Verstehen durch sich Hineinversetzen in die jeweilige Patientengeschichte und dessen Familie“. Es kommt zu „einer Zunahme der Deutungskompetenz durch unsere klinische Erfahrung“. Das bemerken wir in unserem ärztlichen Alltag durch eine Abnahme belastender Ambivalenzen und Unsicherheiten im Umgang mit Fällen relevanter klinischer Entscheidungen.

Der „Fall“ entwickelt sich subjektiv aus allem heraus, was uns an Wissen, Informationen, eigenen Erfahrungen und auch subjektiven Empfindungen zur Verfügung steht. Häufig waren es dabei Fälle, wo die Schilderungen durch die Familien mit den real wahrgenommenen Befunden oder dem Verhalten ihrer Kinder und der Familie nicht zusammenpassten. Wenn es um einen klaren Kinderschutzfall geht, dann kennen wir KinderpsychiaterInnen alle Kriterien, um unsere Wahrnehmung und Einschätzung kritisch und sicher zu überprüfen. Bei einer Fallfindung im Kontext der frühen Hilfen in unserer Zirkelarbeit geht es uns um die Grenzbereiche bei Familien, die aus unserer Sicht psychosozialen Unterstützungsbedarf haben und sich bisher dafür nicht erreichbar zeigten.

Bei der Vorstellung des Falles, mit dem wir in einer Familienkonferenz arbeiten, geht es nicht um eine „minutiöse Chronologie“. Der Fall soll nicht einmal vorbereitet sein, er wird stattdessen frei erzählt. Das Erzählen ist von besonderer Bedeutung. Wir ÄrztInnen neigen ja oft dazu, „sachrational und medizinisch“ über Fälle zu berichten. Das eigene subjektive Erleben wird eher weniger zugelassen, damit entfällt aber auch eine wichtige Ebene zum Verständnis des Falles. Wir Moderatoren fordern auf, Verständnisfragen zum

Fall zu stellen. Die Fragen aus den Assoziationen der Zirkelteilnehmerinnen lassen wir auf einen Flipchart schreiben.

Wenn eine Chronologie des Falles erhoben und reflektiert ist, werden gemeinsam Schutz- und Risikofaktoren erarbeitet, einerseits aus der Sicht der KollegInnen der Jugendhilfe und andererseits aus der Sicht von uns ÄrztInnen. Es geht dabei darum, dass der Blick von uns auch auf Schutzfaktoren und Ressourcen der Familien gelenkt wird. Das wiederum eröffnet Möglichkeiten zur Bewältigung von Problemen.

Die Einschätzung von Risikofaktoren fiel in unserer Zirkelarbeit im Spannungsfeld der beiden Berufsgruppen häufig verschieden aus. Umso wichtiger erschien uns eine besonders offene Reflexion dieser Vorgehensweise: Eine ärztliche Kollegin stellt am Flipchart eine Einschätzung zum Fall vor, woraufhin ein Kollege der Jugendhilfe deren Einschätzung folgen lässt. Dabei haben wir in der Zirkelarbeit tatsächlich viel voneinander lernen können.

In einem folgenden Schritt geht es um eine Interventionsplanung. Es sollten dabei konkrete Maßnahmen besprochen werden: Eben nicht nur Maßnahmen oder Interventionen, die wir ÄrztInnen in unseren Praxen oder die KollegInnen des Jugendamtes und der freien Träger vornehmen können, sondern auch ggf. mögliche Hilfsangebote außerhalb davon. Es soll gemeinsam thematisiert werden, wie eine Zusammenarbeit beispielhaft zwischen uns ÄrztInnen und den KollegInnen des Jugendamtes und der freien Träger aussehen könnte. Wichtig dabei sind die Fragen: Welche Interventionen sind notwendig? Wie rede ich mit der Familie über eventuelle Veränderungen?

Dann wurde immer wieder in Rollenspielen zu dem vorgetragenen Fall ein „motivierendes Elterngespräch“ geübt. Dabei kamen mir meine Erfahrungen aus der systemischen Familientherapie sehr zugute. Verschiedene Übungssettings stellten einen besonders fruchtbaren Arbeitskern in der Zirkelarbeit dazu dar.

Zwischenfazit

Im Ergebnis der bisherigen Zirkelarbeit ist folgendes Fazit zu ziehen:

Angebote der frühen Hilfen bergen eine große Chance, Familien herauszufinden, die besonders davon profitieren, Unterstützung zu bekommen, um von Beginn an eine gute Eltern-Kind-Beziehung zu fördern und stärken zu können.

Schwerwiegende Probleme in Familien, in denen wir als KinderpsychiaterInnen am ehesten oft mit den schon psychisch kranken älteren Geschwisterkinder zu tun haben, wie physische und psychische Gewalt, sollten erst gar nicht durchbrechen können. Diese Form einer Hilfe zur Familienbildung kann mit meiner Erfahrung der Zirkelarbeit inzwischen als ein sehr hilfreiches präventives und niederschwelliges Angebot zur Familienförderung gesehen werden. Die vielfältigen und haltgebenden Angebote der Träger der freien Jugendhilfe im Bereich von ‚Frühen Hilfen‘ sind durch eine solche Zirkelarbeit im Arbeitsbereich auch für uns ÄrztInnen besser kennenzulernen. Bei Hilfebedarf von begleiteten Familien in diesem Kontext Früher Hilfen erlebe ich meine Arbeit dadurch inzwischen kompetenter. In meinem Erleben sollten wir betroffenen Eltern in unserem Praxisalltag häufiger ermutigen, frühzeitig Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, damit Probleme nicht chronifizieren und damit viel kostenintensivere Hilfen zur Erziehung entstehen.

In der Zirkelarbeit wurde im Austausch deutlich, dass bei den Betroffenen oft eine sehr hohe Überzeugungsarbeit notwendig ist, damit Angebote nach § 16 SGB VIII zu „frühen Hilfen“ angenommen werden. Eine Reihe von Studien belegen die besonders positiven Effekte dieser Angebote. Uns KinderpsychiaterInnen kommt durch das besondere Vertrauensverhältnis, das wir zu den Familien haben, eine wichtige Rolle zu.

Die Arbeit als Qualitätszirkelleiter war wichtig, um die kinderärztlichen KollegInnen des Praxisumfeldes besser kennenzulernen und eine persönliche Arbeitsbeziehung aufzubauen. Besonders wichtig für die Vernetzung war ein von uns im Rahmen des Qualitätszirkels eingeladenes „Markt der präventiven Angebote“, der im Frühjahr letzten Jahres stattfand. Dazu brachten wir niedergelassene Kinderärzte, Gynäkologen und Therapeuten des Bezirkes an Infoständen mit Akteuren der Frühen Hilfen über Angebote im Sozialraum zusammen. Es kam zu einem regen Austausch unter den verschiedenen Berufsgruppen, Kooperationsbeziehungen konnten sich festigen. Im Vorfeld brauchte es allerdings eine intensive Vorbereitungs- und Organisationszeit, um Fachkräfte der Frühen Hilfen sowie des Gesundheitswesens für den Termin verbindlich zu gewinnen. Die Rückmeldungen während und nach der Veranstaltung waren äußerst positiv. Der direkte Kontakt zu bekannten Ansprechpartnern und die konkrete Vorstellung von niederschweligen Hilfsangeboten förderte in unserem Erleben sowohl den interprofessionellen Fachdialog auf Augenhöhe als auch das gemeinsame Verständnis als Verantwortungsgemeinschaft für Familien und ein gesundes Aufwachsen der Kinder.

Ein Fragebogen zur Auswertung unserer Zirkelarbeit bezog sich auf die bisherige Zusammenarbeit in den Jahren 2016 und 2017. Ausgewertet wurden die Aussagen von insgesamt 12 TeilnehmerInnen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung genannt, die ähnlich ausfielen:

Der größte Wissenszuwachs in beiden Qualitätszirkeln gelang in den folgenden Themenfeldern:

- Kenntnis über aktuelle Angebote und Ansprechpartner in den Frühen Hilfen
- Persönliches Kennenlernen von Ansprechpartnern unterschiedlicher Disziplinen im Bezirk
- Sensibilisierung für belastete Familien und Vorstellung von der Bedeutung Früher Hilfen
- Kenntnisse über Anhaltspunkte zur Einordnung von Gefährdungsfaktoren und Handlungsmöglichkeiten im Kinderschutz.

Als besonders bedeutsamen Zuwachs auf der Handlungsebene (Kompetenzebene) nannten die Teilnehmenden:

- Bereitschaft, Familien frühzeitig an Angebote „früher Hilfen“ zu vermitteln
- Fähigkeit, Gefährdungsfaktoren im Kinderschutz einordnen zu können und von Handlungsoptionen Gebrauch zu machen.

Die formale Gestaltung von zeitlichem Umfang, Häufigkeit und Themenwahl der Zirkeltreffen wurde mehrheitlich als passend empfunden. Handlungsbedarfe bzw. Themenfelder für die kommende Zusammenarbeit und Gestaltung der Zirkelarbeit wurden in den folgenden Bereichen deutlich:

- Einschätzung von Arbeitsbelastungen anderer Professionen und Entwicklung daraus ableitbarer Kooperationsformen
- Intensivierung der Fähigkeit, sich in Handlungs- und Interventionslogiken anderer Berufsgruppen hineinversetzen zu
- persönlicher Austausch über den Zirkel hinaus
- Nutzung der gemeinsamen Zirkelarbeit zum Abbau von Stressbelastungen
- noch frühzeitigere Nutzung von Chancen präventiven Handelns.

Adresse des Autors:

Dr. Matthias Reinhold

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Psychiatrie

Systemischer Familientherapeut (SG)

Traumatherapeut Kinder (DeGPT)

Balatonstr. 20, 10319 Berlin

Email: dr.reinhold.m@web.de

Beschreibung von Wirkfaktoren einer kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Therapie zur Erklärung des Hilfebedarfes - Kasuistik

Jörg Liesegang

Summary

Proposed are a set of effect factors of child and adolescent psychiatric hospital care. In the course of discharge planning, this analysis simplified the process of communicating the recommendations for help in the community (e.g. school system, family system, youth welfare service, occupational therapy). Apposed to often found discussions about what is not possible, the set of effect factors facilitated a constructive, problem-solving orientated communication with the helping systems.

Key words

Discharge planning, Sustainability, effects of child and adolescent psychiatric hospital care, case planning

Zusammenfassung

Vorgestellt wird anhand einer Kasuistik die Anwendung von hypothetischen Wirkfaktoren der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie. Die Wirkfaktoren konnten im vorliegenden Fall benutzt werden um mit den nach Hilfe suchenden Systemen Schule, Familie und Jugendamt (ggf. Eingliederungshilfe) die Gründe für die gegebenen Empfehlungen zu belegen. Ermöglicht wurde so eine gut nachvollziehbare und konstruktive (weil lösungsorientierte) Kommunikation zwischen den Hilfesystemen, jenseits von allgegenwärtigen Abgrenzungstendenzen.

Schlüsselwörter

Entlassungsplanung, Nachhaltigkeit, Teilhabe, Wirkfaktoren stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie, Hilfeplanung

Einleitung

Im Zuge der zunehmenden Psychiatrisierung von Verhaltensauffälligkeiten (Francis, 2014) bei gleichzeitig belegter hoher Prävalenz von psychischen Symptomen bei Kindern und Jugendlichen (Hölling et al., 2014) werden die Anfragen nach einer psychiatrischen Diagnostik vor der Einleitung von schulischen oder Jugendamtshilfen immer häufiger. Einerseits ist dies im Sinne einer Spezialisierung und hochqualitativen Steuerung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zu begrüßen, andererseits werden Aufträge an die Psychiatrien tendenziell immer unpräziser und anscheinend immer mehr Konsequenz von fehlenden Ressourcen in den Systemen Familie, Schule und Jugendhilfe. Hier droht die Psychiatrie zu einem stabilisierenden Faktor in pathologischen Systemen zu werden. Hilfe kann die vehemente Klärung von Aufträgen sein, mit der klaren Kommunikation der angenommenen Wirkungen und Nebenwirkungen der stationären psychiatrischen Therapie.

Anamnese

Der aktuell 11,5 jährige Junge war im Alter von 9 Jahren für 2 Monate und im Alter von 10 Jahren für 1 Monat in tagesklinischer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung in unserer Abteilung. Die Mutter war jeweils in die Behandlung einbezogen gewesen. Aufgenommen worden war der Junge bei körperlich und verbal aggressiven Verhalten in der Schule und in der Familie. Er ging bei Aufnahme 2015 in die zweite Klasse einer Regelgrundschule und wurde wegen der Verhaltensschwierigkeiten reduziert beschult. Im WISC-IV wurden inhomogen verteilte Intelligenzwerte im niedrigen Normbereich, teils unterdurchschnittlich getestet. Die Lese-Rechtschreib-Diagnostik ergab trotz niedriger IQ-Testung eine ausreichend große Diskrepanz der Ergebnisse zum IQ, so dass wir die Diagnose Lese- und Rechtschreibstörung zusätzlich stellten. Dringend wurde eine adäquate Beschulung in einem Schulprojekt mit einer intensiven Elternarbeit empfohlen. Die Familie wurde nach der letzten Entlassung in unserer Ambulanz begleitet, trotz regelmäßiger Nachfragen beim Jugend- bzw. Schulamt konnte dem Jungen in den nächsten 18 Monaten kein Beschulungsangebot gemacht werden. Zuletzt erreichte die Ambulanz über die Mutter die Nachfrage des Jugendamtes, ob nicht eine erneute Tagesklinikphase möglich sei, um eine „Diagnostik“ für eine passende Hilfe zu erhalten.

Hypothese der Wirkfaktoren einer (teil-)stationären Therapie

Nach den Prinzipien der Wirksamkeit von Psychotherapie von Grawe et al. (1994) wurden in einem Konsensus-Prozess von erfahrenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten hypothetische Wirkfaktoren eines (teil-) stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapieaufenthaltes (siehe Tabelle 1) aufgestellt. Leitgedanke waren die von Grawe genannten Wirkfaktoren Problemaktualisierung und Alltagsrelevanz in Kombination einer therapeutischen Beziehungsarbeit, welche auch als Ermöglichung der Kooperation verstanden wird (siehe auch Diskussion.)

Die hypothetischen Wirkungen einer (teil-) stationären Therapie werden in Tabelle 1 zunächst als Wirkfaktor beschrieben, dann werden mögliche Wirkungen auf den Patienten oder auf die helfenden Systeme skizziert. Diese Aufzählung soll keineswegs vollständig sein, sondern ermöglicht einen beispielhaften Einblick in die Denkweise, der die vorgestellte Systematik folgt. Zuletzt werden beispielhaft mögliche Handlungs-Entsprechungen in ambulanten Hilfesystemen und/oder mögliche Folgen für die Systeme skizziert.

Wirkfaktoren teil-/stationärer Therapie	Mögliche Wirkungen auf den Indexpatienten und/oder die Systeme	Mögliche Entsprechungen für Hilfen und/oder Wirkungen in den Hilfesystemen
<i>Entlastung des Systems Familie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung im Sinne von einem Kräftesammeln und mit dem Ziel der Abstandsgewinnung um einen Neuanfang zu realisieren. • Entlastung ohne Veränderung, ein pathologisches System wird stabilisiert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufrechterhaltung eines pathologischen Systems • Wegnahme von Handlungsdruck für das Jugendamt • Wenn es dem Indexpatienten auf Station wesentlich besser geht, könnte die Familie den Eindruck bekommen, dass es einen Ort gibt an dem mehr für ihr Kind getan werden kann, als es in der Familie möglich ist. • Fremdunterbringung

Wirkfaktoren teil-/stationärer Therapie	Mögliche Wirkungen auf den Indexpatienten und/oder die Systeme	Mögliche Entsprechungen für Hilfen und/oder Wirkungen in den Hilfesystemen
<i>Entlastung des Systems Schule</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung im Sinne von einem Kräftesammeln und mit dem Ziel der Abstandsgewinnung um einen Neuanfang zu realisieren. • Entlastung ohne Veränderung, ein pathologisches System wird stabilisiert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulwechsel • Suggestion ein Schulwechsel wäre sinnvoll, ohne dass es in der realen Hilfelandschaft eine Beschulungsmöglichkeit gäbe, welche den Bedingungen der Klinikschule entspricht. • Aufrechterhaltung eines pathologischen Systems
<i>Etablierung eines sicheren Ortes bei Gefährdung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung und Sicherung des Patienten • Perspektivplanung ermöglichen • Retraumatisierung bei Entlassung in ein unverändertes gefährdendes System • Beziehungsabbruch bei Entlassung • Hospitalisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivste Arbeit mit den gefährdenden System um die Situation grundlegend im Interesse aller zu verändern. • Falls das System keine Sicherheit bieten kann transparente Fremdunterbringung • (Sozial-)rechtliche Konsequenzen?
<i>Reintegration in eine soziale Gruppe von Gleichaltrigen auf Station</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration/Teilhabe mit Möglichkeit der Entwicklung eines wertvollen und handlungsfähigen Selbst • positive Erlebnisse des Versuchens, Scheiterns und Erreichens • Beziehungsabbruch bei Entlassung • Anbieten einer funktionierenden Situation, welche es im „echten Leben“ so nicht gibt 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesgruppe /Soziale Gruppenarbeit • Bei der Entwicklungsalterstypischen Selbstbezogenheit wird der Indexpatient das mögliche poststationäre Scheitern in der peer-Gruppe als eigenes Scheitern erleben und nicht als Scheitern der Entwicklungshilfesysteme

Wirkfaktoren teil-/stationärer Therapie	Mögliche Wirkungen auf den Indexpatienten und/oder die Systeme	Mögliche Entsprechungen für Hilfen und/oder Wirkungen in den Hilfesystemen
<i>Reintegration in eine soziale Gruppe von Gleichaltrigen in der Klinik-Schule</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration/Teilhabe mit Möglichkeit der Entwicklung eines wertvollen und handlungsfähigen Selbst • positive Erlebnisse des Versuchens, Scheiterns und Erreichens • Beziehungsabbruch bei Entlassung • Anbieten einer funktionierenden Situation, welche es im „echten Leben“ so nicht gibt 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulprojekt • Bei der Entwicklungsalterstypischen Selbstbezogenheit wird der Indexpatient das mögliche poststationäre Scheitern in der Heimatschule als eigenes Scheitern erleben und nicht als Scheitern des Systems Schule
<i>Beschulung im kleinen Klassenverband mit wenig Lehrerwechsel in der Klinik-Schule</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration/Teilhabe mit Möglichkeit der Entwicklung eines wertvollen und handlungsfähigen Selbst • positive Erlebnisse des Versuchens, Scheiterns und Erreichens • Anbieten einer funktionierenden Situation, welche es im „echten Leben“ so nicht gibt 	<ul style="list-style-type: none"> • angepasste Beschulungssituation • Bei der Entwicklungsalterstypischen Selbstbezogenheit wird der Indexpatient das mögliche poststationäre Scheitern in der Heimatschule als eigenes Scheitern erleben und nicht als Scheitern des Systems Schule
<i>Reintegration in eine Tagesstruktur auf Station</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur als Anleitung zur Selbststrukturierung • Anbieten einer funktionierenden Struktur, welche es im „echten Leben“ so nicht gibt 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Elternarbeit mit Strukturschaffung mit Veränderungen der Entwicklungsperspektiven • Formulierung von Arbeitszielen für die Jugendhilfe

Wirkfaktoren teil-/stationärer Therapie	Mögliche Wirkungen auf den Indexpatienten und/oder die Systeme	Mögliche Entsprechungen für Hilfen und/oder Wirkungen in den Hilfesystemen
<i>Beziehung zu Pflege- und Erziehungsdienst</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration/Teilhabe mit Möglichkeit der Entwicklung eines wertvollen und handlungsfähigen Selbst • positive Erlebnisse des Versuchens, Scheiterns und Erreichens • Beziehungsabbruch bei Entlassung • Anbieten einer funktionierenden Beziehung, welche es im „echten Leben“ so nicht gibt 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallhelfer • Bei der Entwicklungsalterstypischen Selbstbezogenheit wird der Indexpatient das mögliche poststationäre Scheitern im Alltag als eigenes Scheitern erleben und nicht als Scheitern der Entwicklungshilfesysteme
<i>Psychologische Diagnostik</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Planung von Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgerichtete Umsetzung von Hilfen • Abbrüche bei Schuld oder Versagensängsten
<i>Einzelpsychotherapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Entwicklungshilfe • Supervision der anderen Wirkfaktoren • Abbruch bei Entlassung • ambulante Verfügbarkeit mit direktem Übergang oft nicht gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulante Psychotherapie • Supervisionsbedarf der beteiligten Systeme
<i>Gruppenpsychotherapien</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Entwicklungshilfe • Abbruch bei Entlassung • ambulante Verfügbarkeit mit direktem Übergang oft nicht gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulante Psychotherapie • Nachsorgegruppen der Kliniken

Wirkfaktoren teil-/stationärer Therapie	Mögliche Wirkungen auf den Indexpatienten und/oder die Systeme	Mögliche Entsprechungen für Hilfen und/oder Wirkungen in den Hilfesystemen
<i>Spezialtherapien</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Entwicklungshilfe • Abbruch bei Entlassung • ambulante Verfügbarkeit mit direktem Übergang oft nicht gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulante Spezialtherapien • Übergänge als Übergaben gestalten
<i>Einzel-Elternarbeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Entwicklungshilfe • Abbruch gerade bei Erreichen einer „Arbeitsphase“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Elternarbeit mit Veränderungen der Entwicklungsperspektiven • Elterngruppen/Nachsorge
<i>Gruppen-Elternarbeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration in eine Gemeinschaft von „sich sorgenden Eltern“ als Gegensatz zu der bisherigen Ausgrenzung als „schlechte Eltern“ • bei immer kürzeren Liegezeiten Abbruch gerade bei Erreichen einer „Arbeitsphase“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Elternarbeit mit Veränderungen der Entwicklungsperspektiven • Elterngruppen/Nachsorgegruppen
<i>Arbeit mit Systemen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodelle • Entwicklungshilfe • bei immer kürzeren Liegezeiten Abbruch gerade bei Erreichen einer „Arbeitsphase“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Arbeit mit Vertretern der Systeme mit Veränderungen der Entwicklungsperspektiven • Übergänge als Übergabe gestalten • Nachsorge

Tabelle 1: Wirkfaktoren der (teil-)stationären Therapie

Anwendung der Wirkfaktoren am klinischen Beispiel

Exemplarisch soll an fünf Wirkfaktoren beschrieben werden, wie mit den Hilfesystemen bezüglich der Frage nach einem erneuten kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalt transparent argumentiert werden konnte.

- **Entlastung des Systems Familie.** Die bisherigen tagesklinischen Aufenthalte hatten jeweils für die Dauer des Aufenthaltes eine deutliche Entlastung des Systems Familie (und damit auch des Systems Jugendamt) bewirkt, jedoch ohne nachhaltig innerfamiliäre Ressourcen oder Strukturen zu verändern. Bei anhaltender Teilhabeunfähigkeit des Sohnes war die Mutter bisher nicht in der Lage gewesen, aus der „Versorgungsnot“ für ihren Sohn herauszukommen und sich um eigene Anteile zu kümmern. Eine erneute Entlastung durch einen tagesklinischen Aufenthalt schien uns nicht sinnvoll, vielmehr empfahlen wir die ambulante Fortsetzung des auf Station begonnenen Arbeitsprozess mit der Mutter mittels einer ambulanten Hilfe zur Erziehung.
- **Entlastung des Systems Schule.** Nach den bisherigen tagesklinischen Aufenthalten war jeweils die Reintegration in die bisherige Heimatschule versucht worden, ohne jedoch die Rahmenbedingungen für den Jungen wesentlich zu ändern. Beide schulischen Reintegrationsversuche scheiterten. Der Junge verstand dies in seiner altersadäquaten Selbstbezogenheit als erneutes eigenes Scheitern mit zerstörerischen Auswirkungen auf sein Selbstbild und seine Selbstwirksamkeitserwartung. Eine erneute Entlastung des Systems Schule erschien uns daher nicht sinnvoll.
- **Reintegration in eine soziale Gruppe.** Der Junge hatte sich bei starken sozialen Ängsten während der beiden tagesklinischen Aufenthalte jeweils in die soziale Gruppe auf Station mühsam integriert. Deutlich hatte der Junge die sozialen Kontakte im geschützten Rahmen für sich nutzen können. Ebenso hatte er unter den Abbrüchen gelitten. Eine erneute Integrationsleistung durch einen dritten tagesklinischen Aufenthalt mit geplantem Abbruch nach ca. 2 Monaten erschien uns nicht zumutbar. Vielmehr empfahlen wir dringend eine Integration in die soziale Gruppe einer Schule mit Perspektive.

- **Diagnostik.** Während den beiden tagesklinischen Aufenthalten war umfangreiche psychologische Diagnostik erfolgt. Es lag keine Notwendigkeit für eine erneute psychologische Diagnostik vor, die aus der bisherigen Diagnostik resultierenden Empfehlungen waren bisher nicht umgesetzt worden.
- **Beschulung im kleinen Klassenverband mit wenig Lehrerwechsel in der Klinik-Schule.** Der Junge profitierte bei beiden tagesklinischen Aufenthalten deutlich von den durch erhöhte Einzelzuwendung und angepassten Lehrplan der Klinikschule ermöglichten Erfolgserfahrungen. Die schulische Reintegration/Teilhabe begünstigte den Keim der Entwicklung eines wertgeschätzten und handlungsfähigen Selbst. Er machte positive Erlebnisse des Versuchens, Scheiterns und Erreichens. Auch hier erschien es unfair, dem Jungen eine solche Erfahrung durch eine erneute tagesklinische Aufnahme für 2 Monate mit geplantem Abbruch anzubieten. Vielmehr wurde deutlich, wie zentral nachhaltige schulische Teilhabe im passenden Rahmen für die weitere positive sozial-emotionale Entwicklung des Jungens war.

Verlauf

Nach dem oben beschriebenen Muster der einzelnen Wirkfaktoren wurde der aktuelle Wunsch der Schule und des Jugendamtes nach einer erneuten kinder- und jugendpsychiatrischen Therapieaufenthalt besprochen. Nach Klärung der Aufträge wurden eine Familienhilfe und die Beschulung in einer Förderschule Lernen/Geistige Entwicklung ermöglicht. Die Familie wurde ca. 4 Monate nach Reintegration in die neue Schule zuletzt gesehen. Zu diesem Zeitpunkt war der Sohn voll in den Unterricht integriert. Die Mutter hatte durch die regelmäßige Beschulung ihres Sohnes und die Familienhilfe genug Entlastung/Struktur, um eine eigene Psychotherapie für sich zu beginnen. Der Junge kann die ambulant begonnene Ergo- und Logopädie für sich nutzen. Aktuell wird sortiert, wie viele Hilfen der Junge in seiner aktuellen Gesundheitsphase verträgt.

Diskussion

Das Konzept der Wirkfaktoren bedarf dringend einer statistischen Verifizierung. Allein hat sich die Berücksichtigung dieser hypothetischen Wirkfaktoren jetzt schon in der Nachbetreuung von ehemaligen Klinikpatienten als so wirksam erwiesen, dass sie hier als Zwischenstand vorgestellt werden. Sicherlich können in einem breiter angelegten Konsensus-Prozess auch noch weitere Wirkfaktoren definiert werden.

Ziel der Beschreibung der Wirkfaktoren ist es, eine möglichst umfassende Sicht auf das komplexe System einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie zu erhalten. Damit geschieht jedoch keine Wertung der Wirksamkeit der jeweiligen einzelnen Wirkfaktoren. Vielmehr wird angenommen, dass die Wirksamkeit der jeweiligen Wirkfaktoren stark individuell von Patient zu Patient und von Aufenthalt zu Aufenthalt differiert.

Besonders ist zu beachten, dass die Wirkfaktoren auf Station voneinander abhängig sind. Ein besonders gutes Ansprechen auf die soziale Gruppenarbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes auf Station kann nur bedingt losgelöst von dem Gesamtkontext der anwesenden Therapeuten und Spezialtherapeuten gesehen werden. Die Trennung in einzelne Wirkfaktoren ist somit immer nur ein hypothesengenerierendes Verfahren.

Fazit für die Praxis

- Die hier vorgestellte Sprache der Wirkfaktoren wurde in dem klinischen Beispiel benutzt, um die Anfrage der Schule und des Jugendamtes nach einer erneuten stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapiephase konstruktiv zu beantworten.
- Geklärt werden konnte so, dass ein erneuter Klinikaufenthalt die gestellten Fragen nicht beantworten würde, bzw. dass die gestellten Fragen bereits beantwortet wurden.
- Die gestellte Frage nach einer erneuten „Diagnostik in der Klinik“ konnte als nachvollziehbarer Wunsch nach Entlastung, Veränderung und letztlich als Zuständigkeitsklärung umformuliert werden.
- Dass diese Entlastung und Veränderung in dem beschriebenen Fall eben nicht durch einen Klinikaufenthalt, sondern durch Ermöglichung schuli-

scher Teilhabe sinnvoll und nachhaltig wirksam umsetzbar war, konnte mit den beteiligten Hilfesystemen Schule und Jugendamt mit der Sprache der Wirkfaktoren transparent analysiert und besprochen werden.

- Es wurde damit nicht gesagt, was die Kinder- und Jugendpsychiatrie „nicht kann“ (im Sinne einer Abgrenzung), sondern eine transparent belegbare und nachhaltig sinnvolle Empfehlung zu möglichen Perspektiven gegeben.

Literatur

Francis, A (2014). Saving Normal, William Morrow Paperbacks

Grawe, K; Donati, R; Bernauer, F (1994). Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, Hogrefe

Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten, 2003–2006 und 2009–2012. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57(7)

Kurzvitae

Jörg Liesegang, Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Seit 2012 Leitung der Psychiatrischen Institutsambulanz mit der Spezialsprechstunde Fetales Alkoholsyndrom und der Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und psychischen Störungen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. J. Liesegang
Psychiatrische Institutsambulanz der Abteilung
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergstr. 79
D-10365 Berlin
Tel: 0049 30 5472-3815
Fax: 0049 30 5472-299598
E-Mail: j.liesegang@keh-berlin.de

ADHS mit später Diagnose im Erwachsenenalter bei komorbider Abhängigkeitserkrankung

Andreas Steimann

ADHS im Erwachsenenalter tritt selten als isoliertes Störungsbild auf. Wir haben es mit einer Störung zu tun, die genetisch determiniert ist, biochemisch exprimiert und durch Umweltfaktoren (soziale Interaktion) moduliert wird. Diese Beschreibung impliziert, dass sie durch Variablen in ihrer Ausprägung bestimmt ist.

Für das Outcome im späteren Erwachsenenalter ist die Ausprägung der Symptomatik, das soziale Umfeld, sprich der Umgang mit den Betroffenen, sowie eine optionale medikamentöse Behandlung von großer Bedeutung.

Entscheidende Faktoren sind:

- Bewusstsein/Verständnis für die besonderen Fähigkeiten und Probleme des betroffenen Kindes
- ein konsistenter Erziehungsstil (der für selbst betroffene Eltern schwer umzusetzen ist)
- gute Strukturierung im Alltag
- einfühlsames und konsequentes Einhalten der Umgangsregeln
- Förderung der individuellen Interessen, Fähigkeiten und Begabungen
- gezielte Förderung von konkreten Lerntechniken (z.B. Automatisieren von Lerninhalten)
- Freiraum für Bewegung/Steigerung von Wohlbefinden durch Bewegung
- ggf. medikamentöse Behandlung

In solch einem Rahmen kann sich idealerweise bei Betroffenen ein positives Selbstbild sowie Selbstbewusstsein formen. Es können Resilienzen entwickelt, Stärken aufgebaut und Fähigkeiten zum Umgang mit Schwächen gefördert werden. Bieten sich dem Betroffenen jedoch Bedingungen, in denen diese förderlichen Strukturen nicht gegeben sind, ist bei zusätzlicher Einberechnung der Variablen „Ausprägung des Symptomenkomplexes“ die Wahrscheinlichkeit einer Fehlentwicklung und somit die spätere Manifestation von Komorbiditäten groß. Hier sind an erster Stelle affektive Störungen zu nennen, an zweiter Stelle rangieren Suchtstörungen und des Weiteren kann es zu Persönlichkeitsstörungen kommen. ADHS kann grundsätzlich gepaart mit allen psychiatrischen Krankheitsbildern im Erwachsenenalter vorkommen, selten ist die Assoziation mit Schizophrenie.

Von welchen Größenordnungen sprechen wir dabei? Wir haben es mit einer Prävalenz für ADHS im Kindesalter von 3 - 10 % zu tun. Mittlerweile geht man von einer Persistenzrate von 50 - 80 % im Erwachsenenalter aus, wobei hier keine Aussage zur Ausprägung der Störung gemacht wird und somit auch nicht zur Behandlungswürdigkeit. Das bedeutet, dass 1,5 - 8 % aller Erwachsenen auf ihre individuelle Art und Weise mit den Symptomen/Folgen ihres ADHS umgehen müssen. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen weiß man, dass bei diesen Menschen ein Suchtmittelmissbrauch von bis zu 50% vorliegt. Problematisch ist, dass dieser Suchtmittelmissbrauch schon relativ früh, sprich in der Pubertät beginnt. Dies ist, wie die Arbeit von Huss belegt, die ursprünglich zur Klärung der Frage durchgeführt wurde, ob durch die Behandlung der Störung mit Methylphenidat die spätere Suchtgefahr gesteigert werden würde. Dabei konnte gezeigt werden, dass unbehandelte Jugendliche mit ADHS durchschnittlich ein Jahr früher als nicht betroffene Gleichaltrige zum ersten Mal Nikotin konsumieren und erste Erfahrungen mit Alkohol und Drogen sammeln. Behandelte Jugendliche mit ADHS hingegen hatten das gleiche Outcome wie Nichtbetroffene, was darauf schließen ließ, dass Methylphenidat nicht suchtfördernd ist und eine frühe Behandlung der von ADHS betroffenen Kinder und Jugendlichen als eher suchtprotektiv anzusehen ist.

Aus der Suchtforschung ist bekannt, dass ein früher Konsum von Suchtstoffen auch die spätere Ausprägung der Suchterkrankung steigert, was für die Betroffenen ein erhöhtes Risiko bedeutet, zusätzlich zu ihrer ADHS-Symptomatik an einer Sucht zu erkranken.

Wie erklärt sich das? Bei z.B. ausgeprägtem Störungsbild in der Kindheit ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kinder häufig negative Rückmeldungen auf ihr Verhalten bekommen, relativ groß. Sie werden reglementiert, evtl. sogar abgelehnt oder ausgegrenzt, obwohl sie sich ihrerseits oft um ein angemessenes Verhalten bemühen, es aber auf Grund der Symptomatik nur kurzfristig und unter Kraftanstrengung schaffen. Sie nehmen sich darum selber häufig als irgendwie anders und für sich selbst auch nicht einschätzbar wahr, ohne über ein Erklärungsmuster zu verfügen.

Folgender Zusammenhang ist dafür beispielsweise relativ typisch: Aufgrund der Unaufmerksamkeit bekommen die Kinder nur Bruchteile des Gesprochenen mit und erfassen darüber hinaus auch die nonverbalen Kommunikationselemente nur unvollständig und reagieren dann durch die erhöhte Impulsivität oft sehr situationsunangemessen, besonders, wenn sie nicht mal bis zum Ende zuhören. Daraus resultieren viele Fehlhandlungen und Missverständnisse, für die die Umgebung kein Verständnis hat. Der Aufbau eines positiven Selbstbildes ist massiv beeinträchtigt. Es manifestieren sich Defizite im Lernen von sozialen Interaktionsmustern.

Auch ist das Lernen, die soziale Interaktion und die Anstrengungsbereitschaft sehr lustorientiert, was von außen interpretiert wird als ‚der kann ja, wenn er will‘, was so nicht stimmt. Die von dieser Fehlwahrnehmung geprägten Rückmeldungen seitens Eltern, Lehrkräften usw. verunsichern zusätzlich. Ungünstige Interaktionsmuster, impulsives Verhalten und schlechte Schulleistungen trotz Bemühen sorgen für Frust, starke Selbstzweifel und auch häufig Hinwendung zu gesellschaftlichen Randgruppen, in denen typischerweise die Affinität zu legalen und illegalen Rauschmitteln größer ist als in der Allgemeinbevölkerung. Man will dazugehören, will anerkannt sein.

Antriebssteigernde Substanzen wie z.B. Amphetamine oder Kokain können für eine Dopaminerrhöhung im synaptischen Spalt der dopaminergen Neuronen sorgen und somit zu einer Verbesserung der gestörten Signalverarbeitung führen. Durch den Konsum dieser Substanzen erfährt der ADHSler eine Reduktion der oft ständig präsenten Defizite, was dann als positiv bewertet wird. Unter Cannabis zeigt sich unmittelbar nach Konsum eine anfängliche Verbesserung z.B. in Bezug auf die Aufmerksamkeit, auf Grund des bereits beschriebenen Effektes im Dopaminhaushalt. Allerdings folgt bereits nach ca. ½ Std. eine Phase der Sedierung, was vor dem Hintergrund der motorischen Unruhe auch meistens als angenehm empfunden wird. All dies bezieht sich in der Beobachtung auf eine Dosis im niedrigen Bereich. Da sich aber über die regelmäßige Einnahme von Substanzen meistens Toleranzen entwick-

keln, ist eine Steigerung der Dosis mit der sich daraus entwickelnden komplexen Suchtproblematik die Folge. Die meisten Patienten kommen über ihre Suchtproblematik in das Suchthilfesystem, wo das Vorliegen eines ADHS oft noch nicht ausreichend bewusst oder bekannt ist. Somit kommen wir zur Diagnostik und den damit verbundenen Problembereichen.

Da wir sowohl in der Phase der Drogenwirkung als auch im Entzug überlappende Symptome mit ADHS haben wie z.B. Unruhe, Unkonzentriertheit, Impulskontrollstörung etc., ist die Diagnostik erschwert. Die aktuelle ADHS-Symptomatik ist erst in der Phase der Drogenfreiheit bzw. des abklingenden akuten Entzugs beurteilbar. Typischerweise war eine ADHS-Symptomatik bereits im Kindesalter vorhanden, die dann persistiert und retrospektiv erkennbar ist. Insofern ist immer der Blick auf die Kindheit erforderlich und entscheidend.

Die *Diagnostik* unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Basisdiagnostik von ADHS im Erwachsenenalter (Anamnese Kindheit/Jugend/aktuell, auch über Partner, Angehörige, Schulzeugnisse, körperliche Erkrankungen, Medikamentenanamnese, Labor etc.), allerdings kann die Ausprägung der Störung auf Grund der oben beschriebenen Fehlerquellen evtl. nicht exakt erfasst werden.

Für die *Behandlung* sollte das Ziel im Vordergrund stehen, die ADHS im Sinne einer Symptomreduktion zu verbessern und somit auch die Abhängigkeits-erkrankung im Sinne einer Komorbidität zu verbessern. Der Betroffene sollte seine eigene Persönlichkeit im Rahmen des ADHS verstehen lernen, er sollte ungünstige Handlungsmuster ändern, er sollte Selbstwertdefizite abbauen.

Pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten:

Auf der pharmakologischen Ebene stehen uns grundsätzlich nur zwei zugelassene Wirkstoffe zur Verfügung: Methylphenidat und Atomoxetin, sofern der Patient keine weitere Komorbidität im Sinne einer affektiven Störung aufweist. Ansonsten würden wir uns im Off-Label-Use bewegen.

Sollte eine zusätzliche affektive Störung bestehen, könnten wir zusätzlich auf die Gruppe der antriebssteigernden dopaminerg/noradrenerg wirksamen Antidepressiva zurückgreifen, die häufig auch einen Effekt auf ADHS haben.

Viele Behandler schrecken vor der Verordnung von Methylphenidat zurück, da es BtM-pflichtig ist. Es wird immer wieder die Möglichkeit der missbräuchlichen Nutzung von Methylphenidat erwähnt, wobei mir in meiner

langjährigen Erfahrung mit Entgiftungspatienten in der Klinik nur höchst selten Patienten vom Konsum von Methylphenidat berichteten. Dies deckt sich auch mit den in der Fachliteratur beschriebenen Beobachtungen. Entscheidend ist letztendlich die zu erwartende Compliance des Patienten sowie das Setting, in dem ich den Patienten behandle. Abstinenzmotivation ist die Voraussetzung für eine Behandlung des ADHS. Diese ist ggf. noch vorher zu erarbeiten. Wichtiger Aspekt ist hierbei, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen und Psychoedukation durchzuführen, damit der Patient eigene Handlungsmuster vor dem Hintergrund des ADHS besser verstehen kann. Ziel ist dabei die Erkenntnis, dass die Diagnose ADHS eine Erklärung, aber keine Entschuldigung ist und die Motivation, dass sich die eigene Zukunft durch bewusste Veränderungen und neue Strukturen positiv gestalten lässt. Um dies zu erreichen, ist aus meiner Sicht und Erfahrung die spezifische pharmakologische Behandlung in vielen Fällen unabdingbar.

Zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten:

In der Folge ist darauf zu achten, dass der Patient nicht durch Wiedereinnahme von Suchtmitteln die Therapie erschwert oder konterkariert. Dafür ist es notwendig, dass der Patient zeitgleich zur Behandlung des ADHS in einem Anti-Suchtsetting verankert ist, was z. B. enge Kooperation mit Drogenberatungsstellen und Urinkontrollen bedeutet.

Ein weiteres Problem stellt die Sucht an sich dar, die, einmal erworben, eine chronische Störung darstellt. Insofern ist im Alltag mit Rückfällen zu rechnen. Darum sollten von vornherein klare Regeln in Bezug auf Rückfälligkeit aufgestellt werden, um eine weitere Behandlung des ADHS möglichst ohne Unterbrechungen aufrechtzuerhalten. Schwere und Dauer des Rückfalls sollten dabei unbedingt berücksichtigt werden. Dies kann sehr gut gelingen, auch wenn wir es mit einem komplexen Störungsbild und einer entsprechend komplexen Behandlung zu tun haben. In meiner langjährigen Praxis blicke ich auf viele Fälle zurück, in denen es nach Erkennen und Behandlung des ADHS zu guten und längerfristigen Verläufen (auch mit kleineren Rückfällen) gekommen ist.

Fazit:

Auf Grund der Häufigkeit einer Komorbidität von Sucht und ADHS haben wir es mit einer großen Klientel zu tun, das wir von der Behandlung nicht ausschließen dürfen und dem wir sonst nicht adäquat helfen können. Bei Patienten mit ADHS sollte man immer auch nach einem eventuell vorliegenden Suchtmittelmissbrauch schauen. Bei Patienten mit Suchtmittelproblematiken sollte man immer auch nach einem möglicherweise vorliegenden ADHS schauen.

Eine Behandlung des ADHS ist bei einer Suchtmittelproblematik indiziert, auch Methylphenidat als Wirkstoff ist einsetzbar, sofern man Rahmenbedingungen definiert und sich innerhalb dieses Rahmens bewegt. Mit guter Beziehungsarbeit, Geduld, Konsistenz und Konsequenz sind gute Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Autor:

Andreas Steimann
Ltd. Oberarzt
Psychiatrisches Zentrum Rickling
Suchtpsychiatrische Abteilung
Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein
Daldorfer Straße 2, 24635 Rickling
Tel. (04328) 18 - 0, Fax (04328) 18 - 369
Email: steimann.andreas@psychiatrischeszentrum.de
Internet: www.psychiatrischeszentrum.de

Sehnsucht – Auf der Suche nach Lebensentwürfen des Kindes Überlegungen zur frühen Prävention von Sucht

Dieter Appel

Dieser Workshop der Jahrestagung 2017 orientierte sich an folgender Gliederung:

- Fokus der Prävention auf kindlichen Bedürfnissen
- kindliche Entwicklung aus neurophysiologischer Sicht
- unheilvolle Kaskade: Bindung – Trauma – Sucht
- „Sehnsucht“ und Dissoziation als Kontinuum
- spirituelles Erleben des Kindes als erster Lebensentwurf
- Anamnese zur Spiritualität bei Kindern über die Eltern
- Kritisches aus unterschiedlichen Richtungen
- therapeutischer Codex
- multimodale therapeutische Ansätze
- Konsequenzen für die Praxis

Ausgehend von der Bedürfnishierarchie nach Maslow müssen zunächst physiologische, sichernde und soziale Grundgegebenheiten vorhanden sein, damit ein kleines Kind individuelle, das sog. Selbst verwirklichende Entwicklungsschritte vollziehen kann. Gleichzeitig sind **neurophysiologische Grundlagen** der prä-, peri- und postnatalen Hirnentwicklung zu berücksichtigen, um zu verstehen, in welchem Entwicklungszeitfenster bestimmte **Bedürfnisse des Kindes** jeweils im Vordergrund stehen.

Insbesondere das 1. und 2. Lebensjahr ist geprägt durch die Festlegung bindungsabhängiger sozialer, emotionaler und selbstregulatorischer Fertigkeit des Kindes auf der Ebene des limbischen Systems in Abhängigkeit von elterlicher Feinfühligkeit und Responsibilität. Hemmenden Einfluss auf diese prägende kindliche Entwicklung haben **desorganisierte Bindungsmuster**. Auf deren deutliche Zunahme auch in nichtklinischen Stichproben hat zuletzt A. Trost eindrücklich hingewiesen in seinem Hauptvortrag während der BKJPP-Jahrestagung 2016. Die Häufigkeit in nichtklinischen Stichproben hat sich mit 15% inzwischen verdoppelt im Vergleich zu den Angaben von Bowlby und Ainsworth im sog. „Fremde-Situations-Test“ der 70er Jahre. Über 40% der Kinder drogenabhängiger Mütter und über 70% der Jugendlichen in Heimerziehung weisen desorganisierte Bindungsmuster auf (Trost 2016).

Eine frühe, chronisch-sequentielle Bindungstraumatisierung hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die spätere Entwicklung von Fertigkeiten für Alltag und Schule, sondern auch auf die Persönlichkeitsentwicklung und die Entwicklung von Sucht. Die **unheilvolle Kaskade ‚Bindung – Trauma – Sucht‘** beschreibt Michaela Huber (2016) in ihrem Vortrag: „Sucht und Trauma – eine häufige Verbindung!“ Sucht helfe, so Huber, Traumasymptome in Schach zu halten.

Es gibt also gute Gründe dafür, dass sich unser Fachgebiet auch mit frühen, präventiven Aspekten von Suchtentwicklung auseinandersetzt. Im frühen Kindesalter stehen die Begriffe „Sucht“ und „Sehnsucht“ aus vielerlei Perspektiven in enger Verbindung. Klinische Relevanz bekommt die positive Fähigkeit des Kindes, Sehnsucht zu empfinden, wenn sie auf der Bindungsebene unerfüllt bleibt und sich als **Kontinuum über das Phänomen der Alltagsdissoziation hinaus bis hin zur pathologischen Dissoziation** entwickelt.

In „Spiritualität von Kindern“ benennt A. v. Gontard (2013) typische Phänomene bei Säuglingen und Kleinkindern, wie z. B. Gefühl von Verbundenheit mit Allem, nicht-alltägliche Wahrnehmungen, Gefühl der Zeitlosigkeit, Spontaneität, Frieden und Entzücken, Wahrnehmung eines größeren Wesens oder Wissens, dramatische Veränderung der Selbstwahrnehmung und positive Integration von **spirituellen Erlebnissen**. Er berichtet in vielen lesenswerten Beispielen von dichten Momenten in der therapeutischen Begegnung mit Kindern, die auch wir in unserem Praxisalltag erfahren können.

Beschrieben wird die Sehnsucht im Kind nach einer das Kind übersteigenden Wirklichkeit. Die Fähigkeit, sich transzendenten Erfahrungen zu öffnen, ist nach v. Gontard (2013) von Anfang an vorhanden. Spiritualität entziehe sich

dem Willen und sei subjektiv phänomenologisch erfahrbar und sinnstiftend. Kinder besäßen von Anfang an eine Verbindung zum allumfassenden Erfahrungsraum und gäben diese schrittweise auf zugunsten ihrer Individuation in die Welt der Erwachsenen hinein.

Grundlage des Fragen nach der kindlichen Spiritualität ist die **Selbsterfahrung**: An welche Hinweise auf kindliche Spiritualität in meiner Praxis erinnere ich mich? Wie habe ich darauf reagiert? Gab es dichte Momente eigenen früheren spirituellen Erlebens in meiner Kindheit? Welche Erfahrungen spirituellen Erlebens in meiner eigenen Kindheit haben mich geprägt?

Die Erhebung einer **spirituellen Anamnese des Kindes** gewinnt an Bedeutung. Vorlagen hierfür finden sich bislang nur im Bereich der Hospizarbeit (z.B. Klinikum Großhadern 2012) und müssen für das Kindesalter angepasst werden.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass sich auch **kritische Stimmen aus unterschiedlichen Disziplinen** melden, die das therapeutische Bemühen um spirituelle Aspekte als nicht belegbar oder gar esoterisch missverstehen. Gleichzeitig wird bei näherer Beschäftigung mit der Spiritualität des Kindes deutlich, dass körperpsychotherapeutische Methoden einen wichtigen Stellenwert einnehmen, um den ganzheitlichen Aspekt des Kindes zu fördern.

Es ist an dieser Stelle wichtig, sich über einen **therapeutischen Codex** zu verständigen, der beständig weiterentwickelt werden muss. Hierzu seien folgende Aspekte aufgelistet:

- mit der spirituellen Dimension des Patienten rechnen
- offene, nicht-bewertende eigene Haltung
- die Sprache des Patienten benutzen
- Unterscheidung zwischen Akzeptanz und Toleranz
- hierbei das Recht des Kindes auf Entwicklung als Toleranzgrenze beachten
- spirituelle Offenheit in der eigenen Psychohygiene

Multimodale therapeutische Ansätze schließen auch **pädagogische Aspekte** in die psychoedukativen Bemühungen mit ein. K.E. Nipkow (1990) fragt nach pädagogischen Implikationen, die sich aus der „spirituellen Leere“ ergeben: „Wir präsentieren den Kindern eine Welt, die schnell und laut, technisch und geschichtslos, anscheinend selbstsicher und doch unterschwellig angstbesetzt ist. Wir tauchen die Kinder von früh an so in die Umgebung ein, dass sie von den herrschenden Überzeugungen ganz durchtränkt werden ... Welches Kind würde da noch weiterhin der eigenen spirituellen Intuition trauen?“

Spirituelle Erziehung des Kindes will die natürliche, sensitive Begabung des Kindes fördern, Zuwendung schenken und mit den Erziehungsstrategien das Energieniveau des Kindes erhöhen. Dagegen können Medien Bewusstsein und Unterbewusstes der Kinder mit desorientierenden Wunschträumen überschwemmen.

Konsequenzen für die Praxis sind vielfältiger Natur. Es gibt keine „Messinstrumente“ für kindliche Spiritualität. Die Möglichkeit deren Existenz hat notwendigerweise Auswirkungen auf die Haltung gegenüber dem Kind. Diese Haltungsänderung muss täglich „genährt“ werden und hat Auswirkungen auf die eigene Psychohygiene einerseits und auf die Gestaltung der Psychoedukation der Eltern und des sozialen Umfeldes andererseits. Die Interaktion mit dem Kind ist respektvoll und achtsam ohne Hierarchisierung unter Nutzung der jeweiligen Ressourcen und Kompetenzen. Inhalte und Form der Kommunikation gibt das Kind vor. Bezogen auf therapeutischen Prozesse gilt es, die Eigendynamik der spirituellen Prozesse zu würdigen und wohlwollend zu begleiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Arbeit sollte beide Pole in den Blick nehmen, sowohl die Behandlung von Störungsbildern als auch deren Prävention. Es geht um das Ernstnehmen anamnestischer Hinweise auf eine frühe desorganisierte Bindung. Multimodale Behandlungskonzepte sind auf die neuronale Ebene hin zu adaptiert, die geschädigt wurde, also altersabhängig zu modifizieren. Spirituelle Bedürfnisse des Kindes haben hierbei einen wichtigen Stellenwert.

Als Ausblick in die Zukunft wurden zum Schluss des Workshops fünf Kriterien erörtert, die die verschiedenen Aspekte einer multimodalen Behandlungsstrategie zusammenfassen wollen und gleichzeitig Merkmale für ein in ganzheitlicher Sichtweise arbeitendes ambulantes Therapiezentrum darstellen:

1. bindungs- und körperorientiert,
2. systemisch-transgenerational,
3. intrapersonal durchlässig,
4. interpersonal gemeinschaftsorientiert und
5. kreativ-undulierend sich fortentwickelnd.

Literatur:

Gontard, A.v. (2013) Spiritualität von Kindern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Huber, M. (2016) Sucht und Trauma – eine häufige Verbindung!“, <https://www.michaela-huber.com/files/vortraege2016/sucht-und-trauma-2016-mai.pdf>

Klinikum Großhadern (2013) Spirituelle Anamnese.

<http://www.klinikum-grosshadern.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/professur-fuer-spiritual-Care/ueber-die-professur/vortraege-seminare/2012-03-10SPIR-Workshop.pdf>

sowie:

<http://www.klinikum-grosshadern.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/professur-fuer-spiritual-Care/ueber-die-professur/vortraege-seminare/2012-03-10SPIRWorkshop.pdf>

Nipkow, K.E. (1990) Anfänge gemeinsamen Lebens und Glaubens. Bildung als Lebensbegleitung und Erneuerung. Gütersloh. S. 301-332

Trost, A. (2016) „Alles Bindung, oder was?“ Update Bindungswissen für KJPP. Jahrestagung des BKJPP in Regensburg 2016.

Autor:

Dr. med. Dipl. theol. Dieter Appel

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Facharzt für Pädiatrie

Auf der Bausch 98

D-54293 Trier

Warum sollten Jugendliche im Alter bis 17 in Russland Jugendhilfe erfahren?

Michael Meusers

Wodurch sollte der Mehraufwand gerechtfertigt sein?

Gibt es eine „Rationale“ für die Indikation oder folgt hier der Versorgungstyp den subjektiven Eindrücken einzelner Mitarbeiter der Jugendämter?

Es ist ein offenes Geheimnis, das immer wieder sogenannte „schwierige Jugendliche“, auch martialisch „Systembrecher“ genannt, aus unserem deutschen Versorgungssystem herausfallen, keine angemessenen Ort der Förderung mehr finden. Oft tritt dies ‚akut‘ auf, etwa wenn eine Jugendhilfeeinrichtung nach einer Auseinandersetzung, einem Übergriff auf einen anderen Jugendlichen oder gar Mitarbeiter oder Entweichung sich nicht mehr in der Lage sieht, weiter Hilfe oder wenigstens ‚Versorgung‘ zu leisten. Dann wird die Idee ‚Auslandsunterbringung‘ in den Ring geworfen, denn alternativ würde der Betreute unbetreut auf die Straße entlassen!

Ich berichte aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters, der seit 2011 das „Russlandprojekt“, Petersburg und Pskof, begleitet, in dem seit 2001 insgesamt 155 Jugendliche für eine Zeitdauer von 1 bis 3 Jahre in einer russischen Projektstelle lebten. Ich habe in dieser Zeit 47 Jugendliche psychiatrisch betreut und durchschnittlich 2mal pro Jahr in Russland visitiert. Erwünscht ist, die Jugendlichen vor Beginn in Deutschland kennenzulernen, den psychiatrischen Bedarf vorher zu eruieren, und natürlich auch die Indikation zu hinterfragen. Dies gelingt oft nicht.

- 1) Die Ausgangssituation: Statt einer sorgfältigen Diagnostik vor Unterbringung ist der Notfall fast die Regel. Wohin mit einem Jugendlichen, der akut seine Jugendhilfeeinrichtung verlassen muss und kein tragfähiges zu Hause hat?

- 2) Ein Lösungsmodell ist das ‚Reiseprojekt‘: Akut geht eine Mitarbeiterin mit dem Jugendlichen auf Reise, zunächst durch Deutschland, die schließlich nach einem Zwischenstopp in meiner Praxis (gelingt nicht immer!) dann etwa in Petersburg in einer Projektstelle mündet. Es findet also eine Beziehungsaufnahme ungestört vom Einfluss anderer Menschen statt, man könnte es auch als ersten Schritt einer Isolierung bezeichnen! Schließlich bedarf es eines Visums, es muss also sinnvoll Zeit überbrückt werden und eine enge Beziehung hilft, dass der Jugendliche der Maßnahme zustimmt
- 3) Natürlich kann nach zahlreichen Straftaten ein drohender ‚Dauerbesuch‘ im Strafvollzug auch ein gutes Argument für Russland sein. Ohne Eigenmotivation ist allerdings davon abzuraten. Auch hier kann ein Reiseprojekt die Kooperationsbereitschaft des Jugendlichen prüfen.
- 4) Ankunft in Russland: Was ist anders? Was ist neu? Die Sprache, die Projekteltern, Menschen mit pädagogischer Ausbildung, die nicht deutsch sprechen, und Internet und Handy zunächst nicht zur Verfügung gestellt werden. Auch die Wohnform ist eher ungewohnt rustikal, statt warmen fließenden Wassers 3x pro Woche Sauna, wenn der Jugendliche denn auch für Brennholz sorgt. Jugendhilfeträger sprechen hier gern vom Kulturschock, nachvollziehbar. Ich meine aber, dass ein anderer Faktor entscheidender ist: Gerade die Sprachbarriere erzwingt gegenseitige Nähe, allerdings bezogen auf Faktisches und weniger hinsichtlich liebevoller und zugleich risikohafte Verstrickung. Man könnte es Isolierung durch ‚Weite‘ in der ‚Fremde‘ mit ‚Verarmung‘ nennen.
- 5) Das ‚einfache‘ Leben ohne Medien macht schulisches Lernen wieder attraktiv. Die Beschulung erfolgt über Internet oder russische Lehrer vor Ort im 1:1-Kontakt, bezogen auf Bedingungen in Deutschland exzeptionell komfortabel!
- 6) So erkennen nahezu alle Jugendliche nach einigen Monaten die Chance eines deutschen Schulabschlusses und wollen diesen in aller Regel dann auch in Russland erreichen. Oft sind sie seit Monaten bis Jahren nicht mehr schulisch integrierbar gewesen. Menschen, die mit Mühe den Hauptschulabschluss erreichen, können nach 6 Monaten fließend Russisch sprechen und sind damit im 1. Arbeitsmarkt wieder vermittelbar!

- 7) Einige erreichen auch einen ersten Berufsabschluss, etwa Ofensetzer, Anstreicher, etc.
- 8) Die Reintegration in eine Peergroup wie Schulklasse ist also nicht mehr zwingend erforderlich, wenn sie nach Hause zurückkommen. Die meisten sind dann im 18. Lebensjahr, haben einen Schulabschluss und starten in das Berufsleben.

Es bleiben Fragen:

Wie viele Jugendliche brechen vorzeitig die Maßnahme ab?

Es sind weniger als 5%, in meiner Zeit ein einziger Abbruch!

Was sind die psychiatrischen Diagnosen?

- ADHS und disruptive Affektregulationsstörung (DSM-5: 296.99 / F34.8), oft nicht angemessen therapiert oder diagnostiziert verbunden mit einem Elternhaus, das kein ausreichendes Holding bieten kann, stellt die größte Gruppe. Auch in Russland ist die Medikation etwa mit Methylphenidat und Risperidon / Aripiprazol möglich, hilfreich und notwendig.
- Nicht wenige der Jugendlichen sind erheblich kriminell geworden und in Deutschland nicht mehr ‚einzufangen‘ als sie begannen, auf der Straße zu leben.
- Die Spitze stellte ein Jung mit 226 Straftaten dar, der in Russland keine weitere beging! Dies ist typisch für alle Jugendlichen, die ich bisher betreute.
- Mädchen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden in Russland ‚ihre Ruhe‘ auch nicht immer und inszenieren dann gefährliche Selbstverletzung. Auch in Russland können Kliniken medizinisch korrekt mit verschluckten Rasierklingen umgehen. Damit ist dieses Störungsbild nur ausnahmsweise eine Indikation.
- Aber auch in diesen seltenen Fällen gelingt mit Einzelbeschulung die Fortführung der Schulkarriere!
- Wir haben auch Jugendliche Straftäter vom Typ ‚callous unemotional traits‘ in Projektstellen betreut, hier aber bedarf es der detaillierten Anleitung, damit es nicht zu weiteren Verwicklungen kommt.

- Und wie sieht es mit Jugendlichen mit einer PTSD aus? Auch diese finden in der fremden Situation eine gewisse Stabilität wieder. Wir haben einen traumatisierten Jugendlichen dann im 2. Schritt jeweils für etwa 4 Wochen zur eigentlichen Traumatherapie in Herdecke stationär behandelt, was sich als gut umsetzbar erwies.

Die einzige Jugendliche, die kurzfristig von ihrem Vater aus dem kalten Russland gerettet wurde, litt an einer histrionischen Persönlichkeitsstörung und inszenierte gefährliche Szenen ohne ausreichende Gefahreinschätzung, so dass wir über den Abbruch erfreut waren.

Die gute Bilanz hat einige Gründe:

1. Die Projektstellen sind ‚handverlesen‘!
2. Die Projektstellen werden regelmäßig ca. einmal in 4 Wochen vor Ort besucht durch einen Pädagogen, der russisch und deutsch spricht.
3. In Deutschland gibt es einen deutschen Koordinator. Er verknüpft Jugendamt, Familie und Jugendlichen. Bei guter Vorplanung begleitet er die Jugendlichen auf dem Weg nach Russland und ersetzt die ‚Reisebegleitung‘.
4. Auch er reist mehrfach im Jahr zu den Projektstellen, begleitet Besuche von Eltern oder Jugendamt.
5. Und nicht zuletzt komme ich selber im Frühjahr und Herbst, überprüfe die gestellte Diagnose, verändere Medikation und kann einzelne Psychotherapieeinheiten bieten.

Wie geht es hinterher weiter?

Ein Rückkehrkonzept ist entwickelt worden: Bevor es ganz zurückgeht, können die Jugendlichen eine Woche in einer Trainingswohnung verbringen und ihren späteren Wohnort bzw. ihre Ausbildungsstelle kennenlernen. Oft befinden sie sich dann wieder in einer deutschen Peergroup mit anderen Rückkehrern, um sich richtig einschätzen zu können, bevor es endgültig nach Deutschland zurückgeht.

Was hilft wirklich?

Die Isolation in der Fremde sorgt für eine ‚normales‘ Leben einschließlich Beschulung und dies in der prägenden Zeit der Adoleszenz. Wir wissen, dass Erlebnisse in dieser Zeit lebenslang haften, also nachhaltig sind, prägend, wenn es lang genug ist.

Es wird also eine Zeit überbrückt und gleichzeitig geprägt von Normalität, in der diese Jugendlichen für den deutschen Alltag zu sensibel sind. Wir nutzen hier die Biologie der Adoleszenz für eine lebenslange wünschenswerte Prägung, obgleich gerade ihre Vulnerabilität die eigentlich Genese der Störung war.

ADHS oder DMDD, Borderline-Störung oder PTSD gehen weiter und nehmen trotz Russland ihren biologischen Gang.

Ein Wunsch am Ende bleibt:

Nicht für jeden Jugendlichen die Endmarke 18. Geburtstag, die Biologie kennt keine festen Werte, sondern streut!

Die Kosten: ein Plus von ca. 15%, gut angelegt!?

Eine systematische Auswertung nach psychiatrischen Gesichtspunkten mit Vergleichsgruppe fehlt bisher.

Von Beginn an eine Evaluation mitlaufen zu lassen, wäre außerordentlich sinnvoll, also ab Beginn finanziert, Eltern und Jugendliche verpflichten sich zur Teilnahme an Nachuntersuchung wie auch das Jugendamt. Ablehnende Jugendämter könnten mit einigem Aufwand eine Kontrollgruppe stellen,

Ganz zuletzt:

Berichte von anderen Projekten würden unser Wissen erweitern....

Autor:

Dr. Michael Meusers
Herdecke, Altes Feld 35
mi.meusers@gmx.de

p. s.: Der Jugendhilfeträger wollte nicht mit Namen genannt werden.

Naturtherapie (Exist)* **– Natur als Entwicklungs- und Therapieraum** **für Kinder**

Ellen Keusen & Angela Klein

Im Rahmen dieses Beitrags wird mit der Naturtherapie ein psychotherapeutischer Ansatz vorgestellt, der Kindern gezielt die Natur als Entwicklungs- und Therapieraum zur Verfügung stellt. Die Natur hat dabei vielfältige Rollen und Funktionen. Sie dient sowohl als Bewegungs- und Sinneserfahrungsraum, aber auch als Resonanzraum für das kindliche Selbst. Das der Naturtherapie zugrundeliegende Konzept und ihre Einsatzmöglichkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern werden in diesem Artikel skizziert.

Kinder in der Natur – ein Relikt vergangener Zeiten?

Blickt man in der Menschheitsgeschichte zurück, so erkennt man, dass Menschen immer in und mit der Natur gelebt haben. Kinder hielten sich den ganzen Tag über draußen auf und lernten dort im Spiel alle (über-) lebensnotwendigen Techniken und Fertigkeiten für das Leben. Behausungen dienten ursprünglich nur dem Schutz vor Kälte, bedrohlichem Wetter und wilden Tieren. Bis vor nicht allzu langer Zeit galt auch bei uns noch die weit verbreitete Überzeugung, dass es für Kinder „gut“ sei, sich täglich draußen aufzuhalten und dort zu spielen. Es war üblich, sie nach dem Mittagessen und dem Erledigen der Hausaufgaben nach draußen, das heißt „auf die Straße“, in Innenhöfe, Gärten, Brachflächen, Wälder, Wiesen oder an andere Orte im Wohnumfeld jenseits der bebauten Flächen zu schicken. Sie konnten es oft nicht erwarten, endlich die Wohnungen und Häuser zu verlassen, ihre Freunde zu treffen und sich erwartungsvoll und frei dem ungeplanten Nachmittag zu öffnen. Hausar-

rest war eine gängige Strafe in vielen Familien. Warum waren Generationen von Eltern und Großeltern der Meinung, dass es sinnvoll und unterstützend für die kindliche Entwicklung ist, die häuslichen Räume für mehrere Stunden am Tag zu verlassen? Auf Nachfrage folgten vermutlich Antworten wie: Das war schon immer so. Kinder sind laut und stören die Nachbarn, sie müssen sich bewegen und austoben, damit sie abends müde sind und gut schlafen können. Sie brauchen andere Kinder zum Spielen und die frische Luft, um gesund zu bleiben. Das war selbstverständlich und klar.

Heute ist das in den meisten Familien Vergangenheit. Wann aber änderte sich das Verhalten der Erwachsenen? Warum beschlossen sie, dass es besser und förderlicher ist, Kindern den Aufenthalt in Innenräumen zu ermöglichen, um sie dort mit vorgefertigten Spielsachen spielen zu lassen? Was führte dazu, dass sie teils schon im Kindergartenalter an das Erlernen spezieller Sportarten, Sprachen, Musikinstrumente, Maltechniken und Ähnliches in getakteten Einheiten herangeführt werden? Grundsätzlich ist es nicht verwerflich, Kindern diese Errungenschaften unserer Kultur nahezubringen, wenn die Form altersentsprechend und an den Bedürfnissen der Kinder orientiert ist. Jedoch geradezu entwicklungshindernd erscheint es, wenn dies auf Kosten der freien Zeit geschieht, die Kinder früher draußen mit kindlicher Kreativität, Entdeckergeist, Neugier, Forscherdrang und Abenteuerlust selber gestaltet haben. Für viele Kinder, besonders aus Familien der gesellschaftlichen Mittel- und Oberschicht, sind freie Nachmittage heutzutage die Ausnahme und müssen von ihnen teilweise erkämpft werden. Nicht selten boykottieren Kinder phasenweise alle ‚Termine‘. Und ihr Stöhnen darüber, dass sie nie Zeit hätten, sich mit Freunden zu verabreden, ist durchaus nicht selten zu vernehmen. Diese Entwicklung schreitet weiter voran – trotz vielfach anders lautender Empfehlungen von Kinderärzten, Orthopäden, Physio- und Ergotherapeuten sowie Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten. Diese Fachleute für kindliche Entwicklung sehen in ihren Praxen täglich, welche Folgen es hat, wenn Kinder sich zu wenig bewegen und viel Zeit sitzend verbringen. Sie können so ihre Bedürfnisse nach Bewegung nicht erfüllen und, was noch dramatischer ist, ihrem Explorationsdrang nicht folgen. Diese Bedürfnisse könnten die Kinder am Besten in einer nicht vorbereiteten, natürlichen Umgebung ausleben.

Die Gründe für die Umgestaltung der Tagesabläufe von Kindern sind vielfältig und in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext zu sehen. Sicherlich besteht jedoch ein enger Zusammenhang zwischen der teilweise extrem ausgeprägten Förderung von Kindern neben Schule und Kindergarten und der

Fokussierung unserer Gesellschaft auf Ziele, Produktivität und Leistung. Eltern, die ihre Kinder am Nachmittag einfach nur spielen lassen, droht eine Außenseiterrolle. Eltern, die sich ‚besondere‘ Förderung finanziell nicht erlauben können, haben Angst, dass ihr Kind in der Schule Nachteile und später schlechtere Chancen bei der Studien- und Berufswahl haben wird. Hüther und Renz-Polster (2013, S.96) nennen als Grund für die Naturentfremdung der Kinder, dass Eltern und die Gesellschaft heute „andere Ziele für die Kleinen“ haben. Das scheinbar ziellose Herumstromern in der Natur werde nicht mehr für wichtig angesehen. Kinder sollen nach Meinung der Autoren auf das Leben der Erwachsenen vorbereitet werden – und das so früh wie möglich und auch, wenn dabei Zeiten für kindliches Spielen, für ‚Kindsein‘, mitunter auf ein Minimum eingeschrumpft werden.

Welche Folgen hat es nun, wenn Kinder unter dem „Naturdefizitsyndrom“ leiden, wie Richard Louv es in seinem Buch „Last Child in the woods“ (2005) bezeichnet? Nach Hüther und Renz-Polster (2013) machen sie weniger unmittelbare sinnliche Erfahrungen mit den Elementen und erleben vielleicht nicht, wie es sich anfühlt, frei zu spielen und zu entdecken. Und sie erfahren keine Widerständigkeit, indem sie sich zum Beispiel unsanft an einem mächtigen Baum stoßen, der nicht von einer schützenden Gymnastikmatte umgeben ist. Für die Autoren sind Unmittelbarkeit, Freiheit, Widerständigkeit und Verbundenheit unerlässlich wichtige Quellen für die kindliche Entwicklung. Sie sind in einem guten Maß und in optimaler Kombination in den unfertigen, die Phantasie erweckenden Draußen-Räumen erlebbar, jedoch nicht in sicheren, wohltemperierten, saubereren Innen-Räumen. Verbundenheit mit dem Lebendigen, mit Tieren und Pflanzen wahrzunehmen, Mitgefühl zu entwickeln und sich darüber hinaus als Teil eines Ganzen zu erleben, sind Qualitäten im Bereich von Beziehung, die Kinder in der Natur entdecken können. Gute Beziehungen zu engen Bezugspersonen sind menschliche Grundnahrung, ohne die das Entstehen einer stabilen psychischen Basis nicht möglich ist. Die Erfahrungen von Verbundenheit mit der Natur ergänzen und erweitern das Spektrum kindlicher Beziehungserfahrungen.

Im Unterschied zu den bisher beschriebenen Entwicklungschancen, die Naturaufenthalte Kindern bieten, geht das naturtherapeutische Arbeiten mit Kindern im Naturraum noch einen Schritt weiter: „Therapie im hier verwendeten Sinne meint in der ursprünglichen Bedeutung des griechischen *therapeia* ein „Begleiten“, das heißt eine personale und dialogische Beziehung zu einem anderen Menschen, die einen hilfreichen Kontext für Selbsterkenntnis und Veränderung, für Entwicklung und Gesundung zur Verfügung stellt“ (Sachon,

2018a). Der Therapeut begleitet das Kind in der Natur nicht nur ganz real bei seinen Entdeckungen und Aktivitäten sondern insbesondere bei seinem seelischen Erleben. Diese Kombination von Beziehungserfahrungen mit dem Freiraum Natur ist das Grundkonstrukt der Naturtherapie nach Sachon.

Grundlagen der Naturtherapie

Die theoretischen Grundlagen für den Therapieansatz der Naturtherapie sind: Die Entwicklungstheorie von Robert Kegan (Kegan, 1986), die von Heinz Kohut begründete Selbstpsychologie (Kohut, 1981) und die von Aaron Antonovsky begründete Salutogenese (Antonovsky, 1997). Darüber hinaus liegt der Naturtherapie das Menschenbild der humanistischen Psychologie zugrunde.

Das Bild vom Samen

Die Naturtherapie ist ein entwicklungsorientierter Ansatz und basiert auf der von Kegan (1986) entwickelten Theorie der „Entwicklungsstufen des Selbst“. Sie sieht das Selbst, das Ureigene und Lebendige im Menschen als einen Samen, der sich entfalten will – so wie die Eichel das Prinzip ihres Heranwachsens zur Eiche in sich trägt. Dabei brauchen sowohl der Eichen-Keimling als auch das kindliche Selbst Freiraum und gute Lebensbedingungen. Zur gesunden Entwicklung braucht das Kind nach Kegan in jeder Stufe andere Erfahrungen und Bedingungen – immer jedoch als Gegenüber wertschätzende, präzente Personen, die fördernd wirken. Er spricht in diesem Zusammenhang von einer entwicklungsfördernden „einbindenden Kultur“ mit ihren Funktionen des Bestätigens, des Widersprechens und der Fortdauer.

Das menschliche Selbst ist stabil, wenn seine verschiedenen Anteile integriert und miteinander verbunden sind. Dann ist ein innerer Zusammenhang gegeben und das Selbst ist kohärent. Sachon (2018b): „Die Erfahrungen von Selbstwirksamkeit im Spielraum der lebendigen Natur, zusammen mit der empathischen Resonanz der therapeutischen Begleitperson, stärken das kindliche Selbst und insbesondere das Kohärenzgefühl (sense of coherence) und damit die für Gesundheit, psychische Widerstandsfähigkeit und Genesung maßgeblichen Faktoren.“

Dem Verständnis der Naturtherapie liegt Grundvertrauen in das menschliche Potential zugrunde und Heilung wird als ein natürlicher Prozess gesehen, den es in der Therapie zu stärken gilt. Mit dieser Intention stellt sie Freiraum zur Verfügung, bietet eine haltgebende und wertschätzende Beziehung an und gibt Impulse, ohne ein konkretes Ziel vorzugeben, so dass sich das Selbst des Kindes verändern und weiter entwickeln kann – und zwar „von selbst“. Sachon (2018c) schreibt: „Die Förderung dieser Entwicklung bezieht sich meist auf die (lebens-)phasenspezifische Entwicklung. Hier geht es darum, eine erreichte Entwicklungsstufe zu bestätigen und zu stärken, steckengebliebene Entwicklungsprozesse wieder in Gang zu bringen, eventuell Entwicklungshemmungen abzubauen. Bei Kindern mit offensichtlichen Entwicklungsdefiziten stehen jedoch oft die nachholenden Entwicklungsprozesse im Vordergrund, die sogenannte Nachreifung.“ Dadurch wächst ein starkes, kohärentes Selbstgefühl und damit die Fähigkeit zur Selbstregulation.

Natur bietet Freiräume, regt an und hilft, sich zu spüren

Die äußere Natur und unser Selbst sind Bereiche des Lebens, in denen Entwicklung aus sich selbst heraus geschieht und nicht von außen „gemacht“ wird. Genau deshalb bietet die lebendige Natur vielfältige Anregungen für authentisches Selbsterleben. Selbstprozesse können sich hier zeigen und bestens entfalten. Angeregt durch die Vielfalt der Materialien, Orte und Stimmungen kann das Kind in der Natur seinen eigenen Impulsen folgen. Es hat Raum für seinen Bewegungsdrang, für seine Phantasien und Gestaltungsimpulse, für sein Ruhebedürfnis und für das Spielen. Kinder sind neugierig und voller Entdeckerlust, und sie trauen sich meist mehr als Erwachsene, ihr nachzugehen. Neugier kommt als ein Impuls von innen, das heißt aus dem Selbst, dem Eigenen und ist damit wie ein Fenster zum Selbst. Die äußere Natur regt das lebendige Selbst an sich zu offenbaren – weil das Kind selber Natur ist. Und durch das, was in der Natur lockt und neugierig macht, wird sichtbar, wofür das kindliche Selbst gerade offen ist, was es interessiert oder auch was es braucht.

Während einer Gruppenveranstaltung im Wald geht ein sechsjähriger Junge seiner Neugier beim Beobachten von Schnecken nach. Er will sehen, wie eine in seiner Hand am Blatt knabbert und ist enttäuscht, als sie sich in ihr Schneckenhaus zurückzieht. Obwohl er sonst eher unruhig und impulsiv ist, wartet er dieses Mal geduldig mit der Therapeutin, bis die Schnecke in seiner Hand allmählich wieder aus ihrem Haus hervor-

kommt und er sie beobachten kann. Seine Freude ist groß und er ist stolz, dass es ihm – und nicht den anderen Kindern – gelungen ist, sie so ruhig zu halten, dass sie sich wieder zeigt. Der Naturraum und die Schnecken haben ihn angeregt und er ist seiner Neugier gefolgt. Dabei zeigten sich seine ruhigen und vorsichtigen Qualitäten.

Die Naturtherapie nutzt die Natur nicht nur als einen Raum für Selbstprozesse, sondern auch als einen Ort, der unbegrenzte Möglichkeiten bietet, sinnlich zu erleben und sich zu spüren. Sie bietet eine Fülle von Reizen für alle Sinne und viele Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten. Der anstrengende Weg bergauf und das weiche Laub unter den Füßen, die Kühle des Frosches in der Hand und der Regen im Gesicht: Diese äußeren Gegebenheiten lassen das Kind seinen Körper spüren und von innen erleben – das ist die Basis für Selbstempfinden.

Frustration, Widersprechen und Fortdauer

Wenn Kinder in der Natur sind, stoßen sie auch an ihre Grenzen, weil sie es zum Beispiel nicht schaffen, wie ein anderes Kind, auf einen Baum zu klettern. Sie erleben Enttäuschung, weil ein Ast zerbricht, den sie einige Zeit als Werkzeug genutzt haben oder die mit großer Anstrengung gebaute Hütte einstürzt. Sie sind frustriert und frieren, weil es plötzlich regnet und kalt wird und der Rückweg noch lang ist. Solche Situationen entstehen in der Natur von selbst. Nicht der Therapeut hat sie konstruiert, er ist auch nicht verantwortlich dafür. Diese natürlich entstandenen Situationen verursachen „optimale Frustrationen“ (Kohut, 1981) beim Kind und bieten ihm Gelegenheiten zum Aufbau wichtiger psychischer Strukturen, die es braucht, um außerhalb der therapeutischen Situation zurecht zu kommen.

Nach Kegan (1986) ist die Aufgabe der „einbindenden Kultur“, deren Rolle der Therapeut in der Arbeit mit dem Kind übernimmt, neben dem „Bestätigen“ auch das „Widersprechen“ und die „Fortdauer“. Diese Funktionen sind Bestandteile der haltgebenden Beziehung in der Entwicklung möglich ist. Zum Beispiel würde ein Therapeut bei einem Schulkind, das sich wie ein Kindergartenkind verhält, in geeigneter Form intervenieren (widersprechen) und es dabei unterstützen, die nicht altersentsprechende Stufe loszulassen. Auch hier ist die an den Entwicklungsstufen des Kindes orientierte ausgestaltete Art der Beziehung das zentrale Element der therapeutischen Arbeit.

Das Kind führt, der Therapeut folgt

Wie beschrieben, ist die Beziehung zwischen Kind und Therapeut von zentraler Bedeutung in der Naturtherapie. Der Therapeut versteht sich als Weggefährte und ist mit seiner Haltung das wichtigste „Instrument“. Er begleitet das Kind in seinem Tun und lässt sich ein auf das, was kommt. Vor allem aber nimmt er teil am seelischen Erleben des Kindes. Er stellt sich als Spiegel zur Verfügung und bietet damit den Rahmen eines Resonanzraumes für das kindliche Selbst. Indem er mit dem Kind erlebt und mitschwingt, entsteht ein Widerhall in ihm: Er erlebt die Stimmung des Kindes in sich. Mitschwingen bedeutet dabei keinesfalls, dass sich der Therapeut dem Gefühl des Kindes ganz hingibt und sich darin verliert, sondern dass er offen ist für das, was sich in ihm regt. Ist das Kind traurig, spürt er die Traurigkeit des Kindes in sich selbst. Zeigt es Freude, schwingt er mit und erlebt die Freude des Kindes in sich. Aus diesem Widerklang der Traurigkeit oder Freude entsteht seine Reaktion in Form von Worten, Mimik oder Gestik. Durch diese spiegelnde Resonanz gelangt über den Therapeuten die Botschaft an das Kind, dass es mit seinem Gefühl wahrgenommen, bestätigt und angenommen wird. So können die erlebten Selbstanteile integriert werden und das Selbst wird stabiler. Einem stabilen Selbst kann das Kind vertrauen, es kann es Selbstvertrauen aufbauen. Im Rahmen einer solchen wertschätzenden und haltgebenden Beziehung kann sich das Kind zudem von Schutzmechanismen lösen und andere Erfahrungen machen als im gewohnten sozialen Kontext. Es kann sich hier Schritt für Schritt auf das Erleben von Selbstaspekten einlassen, die zuvor versteckt oder verdrängt waren – wie zum Beispiel Empfindsamkeit, Wut oder Trauer. Das ist eine sehr wertvolle Erfahrung, denn das Gefühl mit all seinen Anteilen angenommen zu werden, ist zutiefst beruhigend, verbindend und heilsam.

Um sich als Resonanzraum zur Verfügung stellen zu können, muss der Therapeut selber achtsam und offen für die eigene Lebendigkeit sein, für seine spontanen Erlebens- und Verhaltensweisen. Diese Haltung ist nicht der gewohnte Alltagsmodus und erfordert viel Übung, Offenheit und ständige Präsenz.

Anwendungsbeispiele

Ein zehnjähriger Junge kommt mit einer kleinen Gruppe von Kindern im Rahmen eines Gruppenangebots auf eine Wiese. Die Kinder sind wild und ungestüm. Der Junge läuft Schmetterlingen nach, möchte mit dem Netz ein Tier fangen, um es genau anzuschauen. Er ist sonst sehr unkonzentriert und ungeschickt, sodass es ihm niemand zutraut. Die Therapeutin beobachtet, dass er es immer wieder versucht und nicht aufgibt. Er ist zunächst wütend, frustriert und flucht, bis es ihm doch endlich gelingt. Die Therapeutin nimmt plötzlich eine Änderung seiner Stimmung wahr, seine Augen leuchten. Er hat Angst, das Tier zu verletzen und geht sehr behutsam und vorsichtig mit dem Schmetterling um. Er will das Tier auf seiner Hand haben, die Therapeutin hilft ihm dabei (und das Tier bleibt sitzen!). Er staunt, ist sichtlich berührt. „Wow, ist der leicht!“, „Cool, der leckt an meinen Finger, das kitzelt!“, bis der Falter davon fliegt. Die Therapeutin nimmt die zarten, verletzlichen Seiten des Jungen wahr, die durch den Umgang mit dem Schmetterling zum Vorschein kommen, bestärkt diese und teilt die Freude mit ihm.

Ein siebenjähriges Mädchen, die jüngste einer Familie mit drei älteren Brüdern, nimmt an einer wöchentlich stattfindenden Waldgruppe ihrer Schule teil. Sie ist ruhig, zurückhaltend, sozial angepasst und beklagt sich öfter, dass sie ausgeschlossen werde. Während die anderen Kinder der Klasse im Wald spielen, sitzt sie bei der Therapeutin und schnitzt an einem dünnen Stöckchen und spitzt es an. Staunend wendet sie sich an die Therapeutin: „Fühl mal, wie spitz der ist.“ In der Tat ist der Stock sehr spitz geworden. Therapeutin: „Wie ein kleiner Speer.“ Sie: „Ja, wirklich“ und streicht beeindruckt über die Spitze. Therapeutin: „Was kannst du damit tun?“ Sie: „Wenn mich jemand ärgert, kann ich ihn damit stechen.“ Sie staunt immer noch über ihr Werk und die Therapeutin erlebt sie danach vitaler und gestärkt. Ihre Bereitschaft, sich zu verteidigen, wurde aktiviert.

Zwei wesentliche Voraussetzungen: Naturraum und Beziehung

Um naturtherapeutisch mit Kindern in der beschriebenen Art und Weise zu arbeiten, ist es erforderlich, einen Natur-Raum zur Verfügung zu stellen. Er sollte Möglichkeiten zum Erleben der Sinne, zum Entdecken und Erwecken der kindlichen Neugierde und dem Ausleben ihrer Bedürfnisse bieten. Im besten Fall ist es ein interessanter Ort in der Natur, wie ein vielfältiger Wald,

Wiesen oder Gewässer. Aber auch ein Park oder ein Garten kann kurzzeitig diesen Zweck erfüllen. Das zweite wesentliche Element ist ein gut ausgebildeter Therapeut in der oben beschriebenen Haltung: Offen und präsent, im guten Kontakt mit der eigenen Lebendigkeit und mit Freude daran, sich in der Natur aufzuhalten. Er sollte in der Lage sein, das Kind mit empathischer Resonanz zu begleiten und aufmerksam darauf zu achten, wann sich das kindliche Selbst zeigt, es zu erkennen und zu bestätigen. Um diesen Prozess zu fördern, ist es durchaus möglich, den Kindern kleine Impulse und Hinweise auf Interessantes zu geben, solange es nicht direktiv geschieht. Wichtig bei dieser Therapieform ist es, dass der Fokus auf die kleinen, in der Regel ungeplanten, unplanbaren und oft unscheinbaren Momente gerichtet ist.

Ein Junge, 12 Jahre, mittlerer von drei Brüdern, kommt mit einer Gruppe von sechs Jungen im Alter von 11 bis 13 Jahren in den Wald. Er ist ruhig, zurückhaltend, lustlos, hat wenig Ideen, läuft mit einem großen Stock durch den Wald. Er entdeckt einen Baumstumpf, der innen eingefallen ist. Er setzt sich hinein, nimmt Platz. Den Stock in der Linken sagt er strahlend: „Das ist mein Königsthron.“ Die Therapeutin spürt deutlich, dass sich Zufriedenheit in dem Jungen ausbreitet und welche Genugtuung es für ihn sein muss, nicht (mit den Brüdern) um den Thron kämpfen zu müssen. Auf die Frage, wie er sich dabei fühlt, antwortet er: „Stark und mächtig“. Sie bestätigt, dass sie das spürt und gut nachvollziehen kann. Auch bei den folgenden Gruppentreffen sucht er diesen Platz wieder auf.

Diese Momente sind es, in denen die beschriebene heilsame Interaktion zwischen Therapeut und Kind stattfindet, indem der Therapeut das geöffnete Fenster zum Selbst erkennt und den entsprechenden sich zeigenden Aspekt bestätigt, verstärkt und eventuell fortführt. In diesen kurzen Momenten findet Stärkung und Heilung auf einer primären Ebene statt.

Einsatzmöglichkeiten

Damit solche Prozesse, wie zuvor beschrieben, entstehen können, ist ein klar gesetzter Rahmen erforderlich. Dieser wird zeitlich und räumlich vom Therapeuten gestaltet. Er achtet auf Sicherheit und Wohlbefinden des Kindes, ohne es zu stark einzugrenzen. Gleichzeitig hat er auch die Belange und den Schutz der Natur im Blick und vermittelt das dem Kind, wo es sinnvoll erscheint.

Naturtherapie mit Kindern kann nach Ansicht der Autoren außerordentlich gut als präventive Maßnahme zur Förderung von Resilienz eingesetzt werden. Auch als eine den klassischen Therapieprozess ergänzende und unterstützende Methode ist sie geeignet, wenn zum Beispiel neben der Veränderung eines unerwünschten Verhaltens Selbstempfinden und Selbstbewusstsein gestärkt werden sollen. Darüber hinaus kann naturtherapeutisches Arbeiten mit Kindern bei leichten Verhaltensauffälligkeiten, die ihre Ursache in einem instabilen Selbst haben, auch als alleiniges Verfahren eingesetzt werden. Durch die Stabilisierung kann es dem Kind wieder möglich werden, sich selbst zu regulieren.

Naturtherapie ist kein störungsspezifisches Verfahren und kann grundsätzlich bei allen Diagnosen psychischer Störungen im Kindesalter zum Einsatz kommen. Von der Diagnose hängt jedoch ab, wie eng oder weit der Therapierahmen gesetzt wird, ob ein Einzel- oder Gruppensetting sinnvoller ist, ob die Bezugsperson zunächst mit dabei ist und wie der weitere Ablauf gestaltet wird. Auf jeden Fall sollte eine vertrauensvolle Kind-Therapeuten-Beziehung bestehen, bevor man die vertrauten Räume verlässt. Das ist insbesondere bei ängstlichen Kindern wichtig.

Erfahrungsgemäß ist diese Art der therapeutischen Arbeit besonders gut mit Kindern im Grundschulalter durchführbar, aber auch jüngere oder ältere Kinder können davon profitieren. In Übergangsphasen wie zum Beispiel dem Wechsel vom Kindergarten zur Schule oder bei dem Wechsel in eine weiterführende Schule kann diese unterstützende und stabilisierende Arbeit in der Natur hilfreich sein, da während dieser Phasen besondere Anforderungen an die Kinder und ihre Anpassungsfähigkeit gestellt werden. Naturtherapie ist jedoch kein omnipotentes Verfahren, das in jeder Situation und jeder Lebensphase geeignet wäre. Hier gilt es gut abzuwägen und den fachlichen Austausch mit erfahrenen Naturtherapeuten zu suchen.

Die naturtherapeutische Arbeit ist nicht mit einer naturpädagogischen Heranführung an die Natur zu verwechseln: In der Naturpädagogik geht es darum, Menschen mit Natur vertraut zu machen und ihre Beziehung zur äußeren Natur im Rahmen der Umweltbildung zu vertiefen. Naturtherapie dagegen findet zwar im Kontext mit Natur statt, jedoch steht der Mensch mit seiner Entwicklung im Mittelpunkt. Die Naturerlebnispädagogik unterscheidet sich ebenfalls deutlich von der Naturtherapie, denn bei diesem Ansatz wird mit klaren Zielvorgaben gearbeitet und es entsteht keine tragende Beziehung zu den Pädagogen.

Erfahrungen

Es liegen bisher keine uns bekannten Studien vor, in denen die Wirksamkeit des hier beschriebenen naturtherapeutischen Arbeitens mit Kindern evaluiert wurde. Dieser Beitrag basiert vor allem auf eigenen, zum Teil langjährigen Erfahrungen der Autorinnen sowie auf Erfahrungen von Kollegen und von Dr. W.P. Sachon. Die Autorinnen geben gerne Auskunft über ihre langjährigen Erfahrungen mit der therapeutischen Arbeit in der Natur in unterschiedlichen Kontexten, wie zum Beispiel auch einer Sozialpsychiatrischen Praxis.

Therapieraum Natur – Ein Fazit

Der Aufenthalt in der Natur bietet Kindern die Möglichkeit, Bewegung und vielfältige Sinneswahrnehmung zu erleben sowie Kreativität zu entwickeln und Neugier auszuleben. Das ist essentiell wichtig für ihre Entwicklung. Im therapeutischen Kontext und in Begleitung eines empathisch spiegelnden Therapeuten kann darüber hinaus eine Stärkung des kindlichen Selbst erreicht werden, die zur Verbesserung des Kohärenzgefühls und damit zu mehr psychischer Widerstandsfähigkeit des Kindes führen kann. Die Autorinnen stellen diesen Ansatz zur Anwendung in der therapeutischen Arbeit mit Kindern hier erstmals vor und möchten dazu ermutigen, den Therapieraum doch einmal in die Natur zu verlegen. Ganz sicher wird es eine überraschende Wirkung haben.

„Der junge Mensch braucht seinesgleichen, nämlich Tiere, überhaupt Elementares, Wasser, Dreck, Matsch, Gebüsche, Spielraum. Man kann ihn auch ohne das alles aufwachsen lassen, mit Teppichen, Stofftieren oder auf asphaltierten Straßen und Höfen. Er überlebt es, doch soll man sich dann nicht wundern, wenn er später bestimmte soziale Grundleistungen nie mehr erlernt.“

Alexander Mitscherlich

Literatur

- Antonovsky, A.* (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Bd. 36. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Dgvt-Verl., Tübingen
- Hüther, G., Renz-Polster, H.* (2013) .Wie Kinder heute wachsen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Kegan, R.* (1986) Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. Hrsg. Detlef Garz; Übersetzung aus dem Amerikanischen von Astrid Gessert und Jürgen Schneeweiß. Kindt, München
- Kohut, H.* (1981) Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Louv, R.* (2005) Last Child in the woods. Algonquin Books of Chapel Hill, North Carolina.
- Mitscherlich, A.* (1965) Die Unwirtlichkeit unserer Städte - Eine Anstiftung zum Unfrieden. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Sachon, P. W.* (2018 a), Schule für Naturtherapie, Kurzbeschreibung Naturtherapie, verfügbar unter http://www.existschule.de/Kurzbeschreibung_Naturtherapie.html, (Stand 16.02.2018)
- Sachon, P.W.* (2018 b), Gruppe und Termine 2018, Spielraum Natur, verfügbar unter <http://www.exist-schule.de/115/events/spielraum-natur-592.html>, (Stand 16.02.2018)
- Sachon, P.W.* (2018c), Gruppe und Termine 2018, Spielraum Natur, verfügbar unter <http://www.exist-schule.de/115/events/spielraum-natur-592.html>, (Stand 16.02.2018)

Kontaktadressen

Ellen Keusen
Zeppelinstrasse 9
27356 Rotenburg
ehkeusen@web.de

Dipl.-Biol. Angela Klein
Poppelestraße 16
78315 Radolfzell
a.e.klein@web.de

<http://www.exist-schule.de/schule-fuer-naturtherapie.html>

Das Seminar „Spielraum Natur“ der Schule für Naturtherapie bietet eine Einführung in die Theorie und Praxis des naturtherapeutischen Arbeitens mit Kindern.

Wir freuen uns über Anfragen, Rückmeldungen und fachlichen Austausch.

Stephen King – Anmerkungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive

Markus Löble

*When the night has come / When the land is dark / And the moon is the only
light we'll see / No I won't be afraid / oh I won't be afraid / just as long as
you stand, stand by me¹*

Was ist Literatur? Eine Frage, die abschließend kaum beantwortet werden kann. Das muss auch nicht sein. Dort, wo die Frage, was Kunst genau sei, abschließend beantwortet wird, ist die Sache der Kunst und Kultur bald am Ende. „Literatur ist...“ könnte man sagen, wie die Cartoon-Reihe „Liebe ist...“², die 1970 in der *Los Angeles Times* ihren Anfang nahm. Alle kennen diese Cartoons. Seit wann haben diese trivialen BILD-Zeitung „Liebe ist...“-Cartoons etwas mit der Frage nach (anspruchsvoller) Literatur zu tun? Nun, so ist das Leben! Anspruchsvoll und trivial zugleich und – Geschmackssache eben! Stephen Kings Bücher sind in allen Erdteilen und Gegenwartskulturen seit gut 35 Jahren die mit am meisten gelesenen. Sie sind, so kann man es sehen, Menschheitsliteratur geworden. Wie die Supermann - Comics! Wie die Bibel der Christen! Da haben wir es wieder. Ist es Schund, wie die Supermann - Comics?³ Hat es Anspruch, wie die Bibel? Stephen King selbst übrigens,

¹ Rhythm & Blues - Hit von Ben E. King (USA 1961). 1986 dann Filmtitel der Stephen King-Verfilmung von Rob Reiner „Stand by me – Das Geheimnis eines Sommers“ mit Wil Wheaton, River Phoenix, Corey Feldmann und Jerry O'Connell.

² Love is... - Cartoon-Reihe. Urheberin: Kim Casali (1941 – 1997), seit dem Valentinstag 1970 in der *Los Angeles Times*, in Deutschland seit 1974 täglich in der BILD-Zeitung.

³ Wobei das noch die Frage wäre, ob Supermann-Comics Schund sind und was denn genau Schund überhaupt sein soll? Natürlich gibt es Kriterien dafür, was ‚gute‘ Literatur ist, dies sei unbenommen.

verglich seine Bücher einmal mit Big Macs von McDonald's.⁴ Beileibe kein Essen für jeden Tag, überhaupt nicht ‚bio‘, schon gar nicht ‚haute cuisine‘ und politisch unkorrekt. Dafür ab und zu ein Vergnügen.

Die ganze Welt in einer kleinen Stadt. Das ist der Topos (τόπος) Stephen Kings. In dreifachem Sinn. Τόπος als Ort, τόπος als Thema und τόπος als ‚Gemein‘platz, als ubiquitärer ‚Allerwelt–Ort‘. Im Gegensatz zum ου τόπος, dem Nicht-Ort der Utopie, die nirgends einen Ort hat. Stephen King ist weder weltanschaulich noch literarisch ein utopischer Schriftsteller. Er ist Realist und ist auch literarisch dem Realismus zuzuordnen. An welche ‚τόποι‘ denken wir, wenn wir an die ‚Comédie Humaine‘ Honoré de Balzacs, der erste Große des Realismus, denken? Wir können gar nicht anders, als an das Paris der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts denken. Ein Großteil der ‚Comédie Humaine‘ schildert dieses Paris ganz und gar realistisch. An was denken wir, wenn wir an Charles Dickens‘ Oliver Twist, an seine Weihnachtsgeschichte, an David Copperfield denken? Wir denken an London im viktorianischen Zeitalter, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Auch Dickens ein Vielschreiber und dem Realismus zuzurechnen. Und woran denken wir bei Karl May, dem berühmtesten deutschen Vielschreiber, er aber ganz und gar Utopist? Wir denken an seine utopische Landschaften in den Wüsten Arabiens und Prärien Nordamerikas.⁵ So bildet ein jeder dieser Großschriftsteller an seinen Orten die ganze Welt nach. Als Ort, als Thema, als Kristallisationspunkt der Welt. Diese Welt, die für uns Menschen ja sowieso keinen dauerhaften Ort hat. Sie geht, für jeden von uns, mit unserem Tode ja ganz und gar unter.⁶ Ein weites Feld, fürwahr. Was Tolstoi die Landgüter der russischen Adligen waren, auf denen viel tausendseitig „Anna Karenina“ und „Krieg und Frieden“ spielt, waren Gogol die Kätner-Hütten der Ukraine. Und bei Stephen King? Es ist die Kleinstadt, die die ganze Welt, unsere Lebenswelt bedeutet. In der sich unser Leben im Sinne von Kosmos, unser aller kleiner

⁴ Zu Autobiographischem und St. Kings Selbstverständnis als Autor ist viel in seinen Büchern selbst zu finden. Als ein Beispiel mag dienen: ES – Heyne Taschenbuch, 10. Auflage, 03/2011, S. 172 – 179. Weiter: Stephen King: *On Writing – A Memoir of the Craft*, erstmals bei Scribner, New York, 2000. Auf deutsch: *Das Leben und das Schreiben*, Ullstein, 2000. Zitat: „Ich schreibe so lange, wie der Leser davon überzeugt ist, in den Händen eines erstklassigen Wahnsinnigen zu sein.“

⁵ Gemeinsamkeiten zwischen Karl May und Stephen King gibt es einige: Vielschreibende Großschriftstellerei und enormer Erfolg bei gleichzeitiger Geringschätzung durch Kirchen, Klerus und Establishment. Beschwerde Kindheit, späterer Moralismus und Humanismus, Nonkonformismus, Parteinahme für „die kleinen Leute“ und doch liberal, offen und tolerant, konsequente (und lautstarke) Ablehnung von Reaktion, Rassismus, Militarismus, Nationalismus, kurz: nicht der Stoff, aus dem Untertanen sind.

⁶ Koran, 5. Sure, Verse 32 und 33: „Wer eine Menschen tötet, tötet die ganze Menschheit (eine ganze Welt). Wer einen Menschen rettet, rettet die ganze Menschheit (eine ganze Welt)“

und großer, individueller Kosmos, abspielt, sich befindet, schlicht, ist. Wir sind alle unser eigener Kosmos, bestehend aus den realen und irrealen Orten unserer inneren und äußeren Landschaften. Wir sind, auch, die eigenen gegenwärtigen und versunkenen Landschaften, die, unserer Familien und deren Dörfer und die Landschaften unserer Vorfahren.

Was bewegt uns, wenn wir, als aufgeklärte und gebildete Menschen der Jetztzeit die *Bloodlands*⁷ Europas betreten? Gemeint sind damit Baltikum, Polen, Weißrussland, die Ukraine. Uns bewegt unser reales und psychisches Herkommen und unser kollektives Gedächtnis und Unbewusstes. In einem umfassenderen und überpersönlicheren Sinne, als es uns in der Regel bewusst ist. Wahrlich, weite und blutige Felder Europas.

Was ist es, was der US-Amerikaner Stephen King uns Europäern nahe zu bringen weiß? Er zeigt uns, dass jeder Mensch für sich genommen ein ganzer Kosmos ist, ein höchst individueller, einzigartiger und unschätzbar wertvoller Kosmos. Einzig, wertvoll und unwiederholbar wie unser aller individuelles Leben. Ganz unpräntiös kommt Stephen King damit daher. Wir sind einzigartig, wir haben nur dies eine Leben, keins davor und keins danach und es ist gerade dadurch wertvoll und achtenswert. Dieser zutiefst humane Aspekt Stephen Kings wird oft nur unterschwellig wahrgenommen. Er zieht sich jedoch als roter Faden durch sein Werk und findet sich in jedem Buch, jeder Novelle. Die amerikanische Kleinstadt, meist im Westen Maines gelegen, meist heißt sie Castle Rock, fast immer liegt sie in der Nähe von Bangor, der Stadt, in der Stephen King seit 1980 mit seiner Familie lebt, ist die ganze Welt. In dieser Kleinstadt heißt der Nachbarshund „Cujo“ und ist ein blutrünstiger Bernhardiner. Kannten wir so einen als Kind nicht auch? In dieser Stadt finden sich skurrile Gestalten, sie sehen nur meist ‚normal‘ aus. War das früher bei uns zuhause nicht genauso? Es finden sich Geheimnisse im Leben Einzelner und im Leben der Gemeinschaft. Unter den Tisch-Gekehrtes, Ungesühntes, Bereutes, Nicht-Gelebtes. Hochwirksames, je mehr Beton und Schutt und Asche, je mehr Alltag darüber liegt. Könnte dies etwas mit unserer Psyche und unserem Leben gemeinsam haben?

⁷ Timothy Snyder: *Bloodlands: Europe between Hitler and Stalin* (2010). Aus: Navid Kermani in: „Entlang den Gräben: eine Reise durch das östliche Europa bis nach Isfahan“ (2018)

Unser erstes Auto hieß "Christine" und wir liebten es so innig, wie zu lieben mit zwanzig wir in unserer kleinen Stadt kein Mädchen wagten. Diese Kleinstadt legt Stephen King uns Roman für Roman, Novelle für Novelle zu Füßen. Bescheiden und alltäglich wie ein treuer Zeitungsbote, über dessen Dasein, wir uns wenig Gedanken machen. Stephen King erschafft Buch für Buch eine realistische Heimat. Es klingt im Komparativ seltsam, es ist aber eine letztlich realistischere, wahrhaftigere Heimat, als die echte, die wirkliche. Daran ist ganz und gar nichts Übernatürliches. Stephen Kings literarisches Können besteht darin, uns behilflich zu sein, in unserem Inneren, unseren persönlichen Lebensgeschichten und unserem So-Geworden-Sein, mehr Wirklichkeit zu erkennen, als es uns unsere äußere Lebensrealität sehen lässt. Stephen King lässt uns, ohne Voyeurismus, Wahres sehen, statt nur Wirkliches. erinnert das vielleicht von fern an Psychotherapie? Auch daran ist nichts Übernatürliches. Es ist der ganz normale Horror, der halb so wilde. Stephen King ermöglicht uns, unsere Dämonen zu sehen. Die unsrigen und die unserer Kinder, unserer Eltern und Vorfahren. Wenn wir dies wollen. Wie der Zeitungsbote, der uns allmorgendlich die Zeitung vorbeibringt, immer die gleiche abgetragene Bascap auf dem Kopf. Kaum weiß man, wie sein Gesicht aussieht. An Weihnachten stecken wir ihm 5.- € zu. Hat er Familie, wie heißt er überhaupt? Wenn wir wollen, zeigt Stephen King uns die Dämonen unserer Kindheit und Jugend und unseres Erwachsenenlebens. Mehr noch, er bietet an, uns mit ihnen zu befreunden, auszusöhnen gar. Auszusöhnen mit den Freunden und Feinden, den Wunden und Triumphen unserer Vergangenheit. erinnert das vielleicht an unsere psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit? Was mich an Stephen King als Leser am meisten überzeugt, ist seine Gewaltlosigkeit. Stephen Kings Texte sind friedfertig, seine Helden gewaltlos. Wir können uns davon (und von seiner Bescheidenheit) als KJ-Psychiater eine Scheibe abschneiden. Stephen King überredet nicht und nötigt nicht, schon gar nicht missioniert er. Und immer hat er eine gehörige Portion Humor dabei und achtet darauf, sich selbst nicht allzu wichtig zu nehmen.⁸ Stephen King macht uns bewusst, dass wir unser Leben ‚im Normalen‘ schätzen sollten. Und dass es möglich ist, sich den alten Geschichten zu stellen. Mit den Geheimnissen der Generationen, mit den ungesühnten Fehlern und der Verbrechen der Vorfahren, den unverbrüchlichen großen und ersten Lieben und den Schrecken der Kindheit und Jugend. Deshalb ist Stephen King ein Schriftsteller auch

⁸ „People think that I must be a very strange person. This is not correct. I have the heart of a small boy. It is in a glass jar on my desk.“ - „Die Leute denken, ich sei ein sehr merkwürdiger Mensch. Das stimmt nicht. Ich habe das Herz eines kleinen Jungen. Es steht in einem Glas auf meinem Schreibtisch.“ Aus: *Das Leben und das Schreiben*, Ullstein-Verlag, 2000

für Jugendliche. In ES⁹ beschreibt er Kinder und Jugendliche wunderbar prägnant und einfühlsam. Nicht umsonst wird gerade ES auf der ganzen Welt gut verstanden. Mir fällt nur ein Zeitgenosse ein, dessen Texte weltweit derart universell verstanden werden, es ist Bob Dylan.

„Das kann einer allein doch gar nicht alles geschrieben haben“, „Das sind doch diese Bücher aus den Bahnhofsbuchhandlungen“, „Zugegeben, sehr suggestiv...“ Nun, lassen wir jedem seinen Geschmack. Uns wird die King'sche Kleinstadt von Buch zu Buch vertrauter. Manchmal heißt sie Derry, manchmal Castle Rock. Sie wird uns vertraut wie St. Petersburg, Missouri. Dies heißt in Wirklichkeit Hannibal, Missouri und ist die Stadt Tom Sawyers (1876) und Huckleberry Finns (1884). Die Stadt, in der Generationen von Kindern und Jugendlichen erwachsen geworden sind und sich darin noch als Erwachsene blind zurecht finden würden, so gut kennen sie sich dort aus. Genauso scheinen Stephen Kings Castle Rock und Derry (darin also doch utopisch?¹⁰) 100 Jahre später wie eine Bloch'sche „Heimat“ dem Leser aus der Kindheit ins Erwachsenenleben. Lesern aller Schichten und Kulturen, allen Alters, ganz unabhängig von Schulabschluss und ganz unabhängig von der Frage, ob das denn nun wirklich gute Literatur sei. Die jeder für sich beantworten darf. Längst wäre es an der Zeit, dem Clown-Bekämpfer, Kindheitssommer-Beschreiber, seit fast 20 Jahren trockenen Alkoholiker, Schreibwütigen, Trump-Schmäher¹¹ und seit Jahrzehnten engagierten Unterstützer vieler Wohltätigkeitsorganisationen und Friedensgruppen, unermüdlichen Kriegsgegner und Rufer in den militaristischen Wüsten der Nationalisten, religiösen Fanatiker und Rassisten, dem psychisch Gesunden in einer verrückten Welt, dem, den Menschen Vertrauenden in einer Welt, die von paranoiden Irren regiert wird,¹² dem ewigen Laokoon und moderner Cassandra, dem kenntnisreichen und weltklugen Humanisten und freundlichen und toleranten Moralisten mit jungenhaftem Mordsspaß am Andere-Erschrecken nach Bob Dylan 2016, den Literaturnobelpreis zu geben.¹³

⁹ Stephen King: „IT“, deutsch „ES“ (1986). Verfilmt 1990 und 2017.

¹⁰ „...so entsteht in der Welt etwas, das allen in die Kindheit scheint und wo noch niemand war: Heimat.“ Aus Ernst Bloch: Das Prinzip Hoffnung, Bd. 3, Frankfurt am Main, 1969, S. 1628. Der berühmte letzte Satz dieser Philosophie der Utopie

¹¹ St. King schreibt satirische Anti-Trump-Twitter als Mini-Horror-Geschichten.

¹² Stephen King vs. Donald Trump et al. entsprechend der alten psychiatrischen Erkenntnis: Die wirklich Irren leben außerhalb und nicht in den psychiatrischen Einrichtungen der Welt.

¹³ Frei nach Thomas von Steinaecker in: *Süddeutsche.de Kultur* am 20. September 2017, 18:53: „Gebt ihm den Nobelpreis!“ Artikel zum 70. Geburtstag von Stephen King.

Autor:

Dr. med. Markus Löble

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Klinikum Christophsbad, Göppingen

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie,

Arzt für Naturheilkunde, Suchtmedizin, systemische Familientherapie

(DGSF), zertifiziert für forensische Begutachtung (DGKJP, BAG, BKJPP)

Faurndauer Str. 6-28, 73530 Göppingen

E-Mail: markus.loeble@christophsbad.de

*Nachruf***Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck***25.11.1958 bis 30.10.2017*

© Universität Ulm

Lutz Goldbeck, Professor für Klinische Psychotherapie und Leiter der Sektion Psychotherapieforschung und Verhaltensmedizin sowie des Ausbildungszentrums für Verhaltenstherapie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universität Ulm ist am 30.10.2017 völlig unerwartet im Alter von 58 Jahren verstorben.

Herr Prof. Goldbeck war ein langjähriger Kooperationspartner auch der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, z. B. in dem Projekt „Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte“ in den Jahren 2005 bis 2007.

Er war nach seinem Studium der Psychologie in Hamburg als Therapeut an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in der Platanenallee in Berlin, als Teil der Freien Universität Berlin u. a. unter der Leitung von Herrn Prof. Hans-Christoph Steinhausen und Herrn Prof. Georg Spiel tätig. Danach war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Psychotherapeut in der Klinik für Kinderheilkunde der Universität Ulm und widmete sich

den Themen Lebensqualität und Psychotherapie sowie der psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung von Kindern mit seelischer Erkrankung in der Pädiatrie, hier insbesondere auch krebskranken Kindern. Er habilitierte sich 2004 mit dem Thema „Lebensqualität bei chronischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter“.

Seit diesem Zeitpunkt arbeitete er an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm bei Herrn Prof. Jörg M. Fegert. In den letzten Jahren widmete er sich u. a. der Etablierung einer evidenzbasierten traumatherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche in Deutschland: Er übersetzte zum Beispiel das Manual von Cohen, Mannarino und Deblinger „Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie“ aus dem Amerikanischen, und etablierte die multizentrische Studie „Treat-Child-Trauma“ (TCT) zur Umsetzung dieses Programms in Deutschland.

In einer Fortsetzung initiierte und leitete Herr Prof. Goldbeck das Projekt „CANMANAGE“ zur Ausbildung von Casemanagern aus Jugendhilfe, Medizinsystem und Polizei etc. Ebenso konzipierte er das Projekt „Best for Can“ mit der Frage, wie evidenzbasierte Traumatherapie für Kinder und Jugendliche im Alltag über die hiesigen Ausbildungsinstitute in Deutschland so etabliert werden kann, dass sie jedem Patienten zugutekommt.

Niedergelassene Kollegen und Kolleginnen sind ihm, ebenso wie viele Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie z. B. als Partner in diesen Studien und als Berater im Bereich der Klinik- und der Versorgungsentwicklung seit Jahren verbunden.

Der Erstautor kennt und schätzt Herrn Goldbeck z. B. seit 1989, der gemeinsamen Zeit auf der Kinderstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Freien Universität Berlin. Er hatte die Gelegenheit, zusammen mit den Mitautoren, mit Lutz Goldbeck über Jahrzehnte hinweg Projekte erfolgreich zu gestalten. Die Unterzeichner trafen Herrn Goldbeck daneben in anderen Settings immer wieder, zuletzt als Mitarbeiter der Ulmer Kinder- und Jugendpsychiatrie und auf Bundesebene z. B. im Rahmen der BAG-KJPP Arbeitsgruppe Institutsambulanzen. Lutz Goldbeck war zu diesen Gelegenheiten immer ein kritischer, humorvoller und scharfsinniger Diskussionspartner und Ideengeber sowie eine inspirierende Kraft, dessen geschätzter Rat der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sehr fehlen wird.

Dr. med. Alexander Naumann, Lüneburg

Dr. med. Michael Heyken, Buchholz i. d. N.

Dr. Dipl.-Psych. Alexander Tewes, Lüneburg

Ausschreibung

15. ADHS-Förderpreis

Gesucht werden praxisorientierte und zukunftsweisende kreative Projekte, die zur besseren Versorgung von Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beitragen.

In diesem Jahr werden insbesondere Projekte gesucht mit den Schwerpunkten

- Nutzung motivationaler Ansätze
- Vernetzung
- Verbesserung der Transition
- langfristiges Engagement

Darüber hinaus sind Projekte aus allen anderen Bereichen der ADHS-Versorgung aufgerufen, sich zu bewerben.

Der Förderpreis

- richtet sich an alle, die sich haupt-, nebenberuflich oder ehrenamtlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS engagieren,
- ist mit insgesamt 10.000 EUR dotiert,
- wird von der Shire Deutschland GmbH verliehen.

Bewerbungsschluss ist der 31. Mai 2018.

Unter www.adhs-foerderpreis.de können die Unterlagen heruntergeladen werden. Dort finden sich alle weiteren Informationen rund um den ADHS-Förderpreis und die bisherigen Preisträger. Es besteht die Möglichkeit einer Online-Bewerbung.

40 Jahre BKJPP

Persönliche Erinnerungen an die Gründung und die Anfangsjahre unserer Praxis und des Berufsverbands

Reinhard Schydlo

Erste Visionen

Nach einer psychiatrischen Weiterbildung in der Schweiz, die damals schon viel weiter in psychiatrischer und kinderpsychiatrischer Versorgung war, nach kinderärztlicher Weiterbildung in Bonn, sowie psychotherapeutischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung in Düsseldorf stand für mich die Frage im Raum: Soll ich weiter an der Klinik bleiben oder selber etwas aufbauen? Der Träger der psychiatrischen Kliniken in Düsseldorf war der Landschaftsverband Rheinland. Wir Ärzte dort hatten jedoch das Gefühl, dass er die Kinder- und Jugendpsychiatrie wie ein Stiefkind behandelte, dass man fast für jeden Bleistift kämpfen musste, und dass der Landschaftsverband, der auch für den Straßenbau in NRW zuständig war, lieber einen Kilometer Autobahn mehr baute, statt dringend notwendige Investitionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu tätigen.

Ein weiterer Aspekt war, dass die Wartezeiten in der dortigen Ambulanz immer länger wurden, sie betrug damals schon über ein Jahr. Somit war klar, dass die Nachfrage nach ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen riesig war. Damit fiel auch die Entscheidung nicht schwer: Ich wollte versuchen, eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis zu gründen, auch wenn es vielleicht die erste oder eine der ersten Praxen in Deutschland war.

Meine Vision war, dass es auf jeden Fall eine multiprofessionelle Praxis werden sollte, mit Motopädie, Logopädie oder Ergotherapie für Kinder mit Entwicklungsstörungen, mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Mög-

lichkeiten wie Verhaltenstherapie, tiefenpsychologischen Methoden oder Familientherapie, und möglichst mit sozialpsychiatrischen Hilfen durch Sozialpädagogen, Heilpädagogen oder Sozialarbeiter bei Kindern oder Familien mit sozialen Störungen.

Kurze Zeit später fragte mich mein Kollege Hansjürgen Heubach, der damals die Ambulanz an der Klinik leitete: „Sag mal, Reinhard, was machst Du eigentlich, wenn Du jetzt Deine Facharztweiterbildung zum KJP beendet hast?“ Als ich ihm von meinen Plänen erzählte, war er sofort begeistert, sodass ich überlegte: Wie wär’s, ihm direkt die Gründung einer Gemeinschaftspraxis vorzuschlagen? Wir könnten uns sogar zusätzlich ergänzen: Hansjürgen war – wie ich – primär Pädiater, hatte aber zusätzlich eine Subspezialisierung in Neuropädiatrie und Epileptologie absolviert, während mein Interesse damals hauptsächlich in den unterschiedlichen Psychotherapie-Verfahren lag. Als ich ihm also den Vorschlag einer Gemeinschaftspraxis machte, war er sofort einverstanden.

Erste Planungen

Wir machten uns also schon bald auf die Suche nach einem idealen Standort für die Praxis in Düsseldorf. Die Praxis sollte eine gute Anbindung und Erreichbarkeit auch für Familien in der näheren Umgebung haben, also nicht zu weit entfernt vom Hauptbahnhof oder von den Autobahnen, und die Miete sollte bezahlbar sein. Wir fanden nach einigen Wochen Räume in der Düsseldorfer Innenstadt, der Herzogstraße, in einer Etage, die jedoch vollständig umgebaut werden musste. Wo aber gab es Vorbilder für die Planung einer kinderpsychiatrischen Praxis?

Zwischenzeitlich meldete mein Kollege Heubach, der noch Unterricht in der Schwesternschule seiner alten Kinderklinik gab, dass er zwei sehr nette angehende Kinderkrankenschwestern als Sprechstundenhilfen für unsere zu gründende Praxis angeworben habe.

Nach einiger Zeit hatten wir durch intensive Nachforschungen auch herausgefunden, dass wir nicht die absolut ersten mit der Idee einer kinderpsychiatrischen Praxis in Deutschland waren, sondern dass es in Hamburg einen Kollegen Müller gab, der bereits eine der ersten kjp Praxen gegründet hatte. Wir setzten uns also schnell mit ihm in Verbindung und fragten ihn, ob wir ihn aufsuchen dürften, zum Erkenntnis- und Erfahrungsaustausch. Er war einverstanden, und so fuhren wir zusammen mit unseren beiden angehen-

den Sprechstundenhilfen, Schwester Christel und Schwester Marianne, nach Hamburg. Die Zugfahrt nutzten wir, um unsere ersten Ideen zur Gestaltung unserer Praxisräume, Mobiliar, Farben usw. auszutauschen. Herr Müller arbeitete in seinen Praxisräumen mit einem Psychologen zusammen und gab uns einige nützliche Tipps.

Der Umbau unserer Praxis, bei dem sämtliche Wände herausgerissen und alle Räume neu konzipiert werden mussten, dauerte einige Monate. Dennoch konnten wir das Ende absehen und den Eröffnungstermin ins Auge fassen: 1. April 1977

Die KV, Dein Freund und Helfer?

Nun blieben nur noch einige Formalitäten, z.B. Kündigung in der Klinik, Anmeldung beim Gesundheitsamt und Termin bei der KV. Wir wollten die Zulassung als Kinderärzte *und* als Kinder- und Jugendpsychiater beantragen, um zunächst eine breitere wirtschaftliche Basis zu haben. Der Termin beim Zulassungsausschuss der KV wird mir jedoch stets in Erinnerung bleiben. Der Vorsitzende und die anderen Mitglieder des KV-Ausschusses verweigerten uns die Zulassung als Kinderpsychiater, da dies *kein* eigenes Fachgebiet sei und nicht mal eine Subspezialität, obwohl das Fachgebiet jetzt offiziell bereits seit fast 10 Jahren bestand. Wir mussten uns erst juristische Hilfe holen, um die Zulassung auch als Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten.

Die nächsten Jahre waren jedoch durch Dauerauseinandersetzungen mit der regionalen KV gekennzeichnet. Obwohl es in den ärztlichen Gebührenordnungen noch keine eigenständigen Leistungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gab und die wenigen Gesprächsleistungen völlig unterbewertet waren, wurden wir bei den Abrechnungen, schon von den ersten Quartalen an, um 50 % gekürzt.

Die Niederlassung, eine Fehlentscheidung?

Die Wartezeiten für die Patienten in unserer Praxis betrug schon nach einer Woche mehrere Monate. Die KV verglich uns der Einfachheit halber mit den Nervenärzten, die bis zu 1000 Patienten pro Quartal behandelten, während wir wegen der weit aufwändigeren Arbeit mit den Kindern und ihren Familien *zusammen* bei jeweils mehr als 60 Stunden Wochenarbeitszeit nur maximal 400 Patienten pro Quartal behandeln konnten. Die Logik der

KV war nun, uns von den wenigen überhaupt abrechenbaren Leistungen am Ende noch die Hälfte zu streichen. Wir hatten den Eindruck, dass die KV uns auch in eine ‚5-Minuten-Medizin‘ drängen wollte. Alle Widersprüche halfen nichts, sodass man sich vorstellen kann, wie verzweifelt wir oft waren. Die Wartezeiten wurden immer länger, aber die ausgezahlten Honorare reichten nicht für unseren Lebensunterhalt. War die Niederlassung als erste kinderpsychiatrische Gemeinschaftspraxis in Deutschland doch zu blauäugig, war sie eine Fehlentscheidung?

„Flüchten oder Standhalten?“, so fragten wir uns manchmal, analog zum Titel des damaligen Bestsellers von H.E. Richter. Sollten wir aufgeben, oder weitermachen und weiter kämpfen, vor allem gegen die verständnislosen Zustände innerhalb unserer KV? Es gab nach dem ersten Jahr unserer Niederlassung nur zwei Hoffnungsschimmer, die uns motivierten weiterzumachen: 1) die mögliche Gründung eines Berufsverbandes und 2) die Psychiatrie-Enquête.

Die Gründung des Berufsverbandes

Es war Dr. Eckart Förster, damals Chefarzt der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Essen-Werden, der Ende 1977 in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Artikel mit der Fragestellung veröffentlichte, ob es viele Jahre nach der offiziellen Einführung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht an der Zeit sei, einen Berufsverband in unserem Fachgebiet zu gründen. Er schrieb u.a.: „Wissenschaftliche Betätigung wird leicht zum Selbstzweck und Leerlauf, wenn sie nicht in enger Verbindung mit der Praxis und ihren von außen gestellten Aufgaben durchgeführt wird. Der Wissenschaftler braucht den Praktiker als Regulativ, an dem sich die Effektivität seiner Überlegungen und Kenntnisse erweisen kann.“

Wir setzten uns umgehend mit Dr. Förster in Verbindung und bekundeten unser Interesse, an der Gründung und Entwicklung des Berufsverbands mitzuwirken. Anfang 1978 trafen wir uns einige Male, um u.a. einen Satzungsentwurf vorzubereiten, wobei wir u.a. die Satzung des Berufsverbandes der Kinderärzte als Vorlage nahmen und weitere juristische Hilfestellung vom Hartmannbund erhielten.

Am 26. August 1978 war es dann soweit: Der Berufsverband sollte in unserer Praxis gegründet werden. Wir hatten möglichst viele der uns damals bekannten Kinder- und Jugendpsychiater eingeladen. Es mussten mindestens

7 Fachärzte anwesend sein, um den Berufsverband als eingetragenen Verein (e.V.) gründen zu können. Die Zahl der damals Anwesenden war zum Glück gerade ausreichend. Dr. Förster brachte seine Oberärztin Frau Dr. Schulte-Holthausen mit, die dann jahrelang die Kasse führte. Daneben kam als weitere Oberärztin Frau Dr. Färber aus Viersen, die später die kinderpsychiatrische Tagesklinik in Köln leitete, und neben uns noch einige andere Kolleginnen und Kollegen.

Ich schlug Herrn Dr. Förster als Vorsitzenden vor. Dieser meinte jedoch, dass sinnvollerweise ein niedergelassener Arzt den Vorsitz übernehmen sollte und schlug wiederum mich vor. Obwohl ich mich wirklich nicht nach einem solchen Amt drängte, erklärte ich mich nach einiger Diskussion doch zur Kandidatur bereit und wurde zum 1. Vorsitzenden gewählt.

Erste Aufgaben des Berufsverbandes

Zu den ersten Aufgaben des neu gegründeten ‚Berufsverbands der deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ gehörte es, das Fachgebiet bekannter und in der Praxis arbeitsfähig und existenzfähig zu machen. Eine ‚kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung unter Einbeziehung der Bezugspersonen‘ wurde z.B. zu jener Zeit in der damaligen GOÄ nur mit 8 DM bewertet, eine ‚ausführliche Fremdanamnese‘ mit 4 DM. Andere Leistungsbeschreibungen, die für uns in Frage kamen, gab es kaum.

So nahm ich als erstes Kontakt mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf, die ihren Sitz damals in Köln hatte, zum Glück nicht zu weit von Düsseldorf entfernt, da diese intensiven Verhandlungen sich über viele Jahre hinzogen. Von Seiten der Verhandlungspartner KBV und Krankenkassen gab es in den ersten Jahren keinen großen Willen, unserem Fachgebiet zu helfen. Die Krankenkassen wollten nach dem sog. ‚Kostendämpfungsgesetz‘ keinerlei neue Gebührenpositionen in die Gebührenordnungen aufnehmen. Und die KBV? Die zuständigen Sachbearbeiter bestritten am Anfang, trotz der hohen Nachfrage, dass in unserem Fachgebiet überhaupt ein Bedarf bestünde. Die Verhandlungen, die ich in diesen ersten Jahren führte, waren wirklich nervenaufreibend und erforderten erhebliche Zähigkeit, Durchsetzungs- und Argumentationsvermögen. Parallel fanden auch Verhandlungen bei der Bundesärztekammer und dem Bundesgesundheits- und -sozialministerium statt, wo es um die Neugestaltung und Erweiterung der allgemeinen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ ging.

Zwischenzeitlich liefen aber die ungerechtfertigten Kürzungen in unserer Praxis weiter. Erst nach etwa 10 Jahren gelang es, durch Einführung einiger fachspezifischer Leistungen eine befriedigende Lösung zu erreichen. Geholfen hatte uns hierbei die Psychiatrie-Enquête.

Die Psychiatrie-Enquête

Der vom Bundestag in Auftrag gegebene ‚Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland‘ wurde unter Leitung von Prof. Kulenkampff im Sept. 1975 fertiggestellt und zeigte die teilweise mittelalterlichen und menschenunwürdigen Zustände in den meisten psychiatrischen Kliniken in Deutschland auf. In diesem Bericht wurde angesichts der steigenden Zahlen psychisch kranker und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher der Bedarf an Kinder- und Jugendpsychiatern (allein in der alten BRD) auf mindestens 1700 geschätzt. Dabei waren bis 1979 nur 300 Facharztanerkennungen für KJP ausgesprochen worden, von diesen 300 waren aber nur noch 240 als Kinder- und Jugendpsychiater tätig. Vor allem niederlassungswillige Fachärzte ließen sich auf Grund mangelnder Vergütungsmöglichkeiten eher in anderen Fachgebieten, als Praktische Ärzte, Kinderärzte oder Nervenärzte nieder.

‚Modellprogramm‘ und ‚Modellverbund Psychiatrie‘

Als wir diese Zahlen nochmals dem Bundesgesundheitsministerium deutlich machten, fragte man uns, ob wir nicht an dem als Folge der Psychiatrie-Enquête laufenden ‚Modellprogramm Psychiatrie‘ teilnehmen wollten, das von der PROGNO AG wissenschaftlich begleitet wurde, um die Verbesserungsvorschläge zur psychiatrischen Versorgung umsetzen zu helfen. Unsere Vorstellungen sozialpsychiatrischer Versorgung wurden durch die Einstellung einer Sozialarbeiterin und eines Heilpädagogen zum Teil umgesetzt. Ein wesentliches Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung durch PROGNO war jedoch, dass nachgewiesen werden konnte, dass die Jahresfallkosten in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis weitaus am günstigsten waren, im Vergleich zu allen anderen 7 verglichenen kinderpsychiatrischen oder -psychotherapeutischen Einrichtungen, was uns bei den weiteren Verhandlungen mit den Kassen half.

Die Förderung lief jedoch nach 2 Jahren aus. Da aber viele Fragen offengeblieben waren, vor allem zur möglichen Anschlussfinanzierung, wurde unse-

re Praxis Ende 1986 zu einer weiteren wissenschaftlichen Untersuchung in den sog. ‚Modellverbund Psychiatrie‘ aufgenommen. Beide Modellprojekte waren die Basis für eine gesetzliche Änderung und für die spätere Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, sodass meine erste Vision einer multiprofessionellen Praxis Jahre später doch noch realisiert werden konnte.

Absicherung und Harmonisierung unseres Fachgebiets auf europäischer Ebene

Unser Fachgebiet war damals auch innerhalb der Ärzteschaft fast unbekannt. So wurden noch 5 Jahre nach unserer Niederlassung bis zu 90 % der Überweisungen von Kollegen falsch ausgefüllt, z.B. an ‚Arzt für Kinderpsychologie, Schulpsychologie‘ usw.. Wir versuchten, durch Vorträge und mannigfache Veröffentlichungen unser Fach bekannter zu machen.

Vor allem versuchten wir, innerhalb der Ärzteschaft Verbündete zu gewinnen. Dies waren zunächst der Hartmannbund, später die GFB, die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände, und einige kleinere Fachverbände. Bei den Verhandlungen in der Bundesärztekammer um den Abschnitt G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) der Gebührenordnung, an denen über 20 Vertreter der verschiedenen ärztlichen Verbände teilnahmen, wurden wir und unser kleiner Verband eher als lästiger Störenfried wahrgenommen. Einige Neurologen behaupteten dort, die psychiatrische Arbeit mit Kindern sei weniger schwer und zeitaufwendig als die mit Erwachsenen. Ein Vertreter der Neurologen stellte beim Deutschen Ärztetag sogar den Antrag, unser Fachgebiet wieder abzuschaffen. Der Antrag wurde zum Glück von der Mehrzahl der Delegierten abgelehnt.

Wie können wir unser Fachgebiet mehr absichern, so fragte ich mich manchmal. Am ehesten wohl auf europäischer Ebene. Hier kam uns ein Zufall zur Hilfe. Die GFB suchte einen neuen Delegierten als Vertreter der Deutschen Fachärzteschaft bei der U.E.M.S., der Union der Europäischen Fachärzte (Union Européenne des Médecins Spécialistes) in Brüssel. Dr. Helmut Eller, der mich an diesem Tag zur GFB-Sitzung begleitete, schlug mich als Delegierten vor, und so wurde ich in den U.E.M.S.-Council gewählt. Eine der wichtigsten Aufgaben dort war die Harmonisierung aller Facharztgruppen auf europäischer Ebene. Ich wurde in Brüssel auch gleich in den neu gegründeten Harmonisierungsausschuss gewählt und lud daraufhin alle Delegierten zur 1. Sitzung dieses wichtigen Ausschusses in unsere Praxis ein. Die Harmo-

nisierung der Weiterbildungsordnungen auf europäischer Ebene begann also bei uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Gründung der U.E.M.S.-Facharztsektion ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie‘

Schon zu Beginn meiner Arbeit bei der U.E.M.S. stellte ich fest, dass dort praktisch alle Facharztgruppen vertreten waren und in eigenen Sektionen arbeiteten, nur nicht die Psychiatrie, geschweige denn die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich bereitete also zunächst die Gründung einer Facharztsektion Psychiatrie vor. Als dies gelungen war, wollte ich mit anderen europäischen Kinderpsychiatern, u.a. Prof. Jorma Piha aus Finnland und Dr. Thomas von Salis aus der Schweiz, zunächst eine Subsektion ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ innerhalb der Sektion Psychiatrie gründen. Dies wurde aber vom Vorstand dieser Psychiatrie-Sektion verweigert. Daraufhin beschlossen wir mit allen kinderpsychiatrischen Delegierten, eine eigenständige Sektion ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie‘ zu gründen. Da ich von 1987 bis 1993 noch Delegierter im Gesamtvorstand der U.E.M.S. war, konnte ich die anderen Delegierten davon überzeugen, dass sie der Gründung einer eigenen Sektion KJPP zustimmten. Damit war ein großer Schritt, nicht nur zur Stabilisierung, sondern vor allem auch zur Harmonisierung unseres Fachgebiets innerhalb der EU getan, da unser Fachgebiet in anderen EU-Ländern entweder gar nicht existierte oder aber mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Bezeichnungen.

Bei der offiziellen Gründung unserer Sektion in der Uni-Klinik für KJPP in Köln wurde ich zum 1. Präsidenten dieser Sektion gewählt, ein Amt, das ich von 1993 bis 1997 innehatte.

Schlusswort und Dank

All die Fortschritte und Errungenschaften, die wir – teilweise sehr mühsam – innerhalb der ersten 20 Jahre erreichten und die zur Arbeitsfähigkeit der niedergelassenen Kollegen in Deutschland und der Kinderpsychiatrie in Europa beitrugen, wären nicht möglich gewesen, wenn nicht alle Kollegen und vor allem die Kolleginnen und Kollegen im jeweiligen Vorstand, uns nach Kräften unterstützt hätten. Vor allem danke ich meinem Kollegen Hansjürgen Heubach, dass er während der vielen Sitzungen und Verhandlungen, die notwendig waren, die Stellung in unserer Praxis gehalten hat. Meine Arbeit

als Vorsitzender des Berufsverbandes und als Präsident der U.E.M.S.-Sektion wäre in einer Einzelpraxis gar nicht möglich gewesen.

Erstaunt hat es mich vor einigen Jahren doch, und gleichzeitig auch ein bisschen stolz gemacht, dass unser Berufsverband, der 1978 mit 7 Gründungsmitgliedern begann, die Zahl von 1000 Mitgliedern überschritten hat und damit zum größten kinderpsychiatrischen Verband in Europa wurde.

Danken möchte ich aber auch meinen Nachfolgern und den Mitgliedern der jeweiligen, auch regionalen, Vorstände, vor allem meinem Nachfolger im BKJPP, Herrn Moik, der zusammen mit Frau Dr. Epple die Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen durchsetzte und u.a. die Zeitschrift ‚Forum‘ gründete, Frau Dr. Schaff, die sich zusätzlich bei den psychotherapeutischen Verbänden engagierte und meine erste Nachfolgerin bei der U.E.M.S. wurde, sowie Herrn Dr. Herberhold und dem jetzigen Vorsitzenden, Herrn Dr. Berg und seinem Vorstandsteam. Möge der Berufsverband weiterhin erfolgreich die Interessen der Kinder- und Jugendpsychiater und damit der betroffenen Kinder in Deutschland und in Europa vertreten.

Venceremos!

(wie unser Freund Dr. Josef Kirchner seine regionalen Mitteilungen des BV Nordrhein zu beenden pflegt)

Autor:

Dr. med. Reinhard Schydlo
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapeutische Medizin und Kinderheilkunde
Leostr. 25, 40545 Düsseldorf
rschydlo@icloud.com

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Pünktlich zum 25. Geburtstag unseres Fachgebiets und zum 15. Geburtstag unseres Berufsverbandes erhielt der „Mitgliederrundbrief“ seinen Namen, der programmatisch Sinn und Ziel der inzwischen entstandenen Quartalszeitschrift wiedergab:

„Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“

Im Mitgliederteil wurde das Protokoll der ordentlichen Mitgliederversammlung des BKJP vom 25.09.1992 veröffentlicht, die den bisherigen Vorstand wiedergewählt hatte. Außerdem wurde per Satzungsänderung der Name des Berufsverbandes entsprechend der Entwicklung in unserem Fachgebiet erweitert zu: **„Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V.“ (BKJPP).**

Die Großschreibung von „Psychotherapie“ war ebenfalls Programm. Sie symbolisierte den Anspruch, entsprechend der realen Weiterbildung fast aller damaligen Kinder- und Jugendpsychiater die gesamte Psychotherapie zu vertreten, auch die von Erwachsenen, insbesondere in Bezug auf die Bezugspersonen der von uns behandelten Kinder und Jugendlichen.

Dieser Anspruch findet sich auch in den im Forum-I-1993 veröffentlichten **gemeinsamen Empfehlungen von BKJP, BAG und DGKJP für die Richtlinien zur Weiterbildung im Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“.**

Der Kampf um die allumfassende Psychotherapie ging leider verloren, vor allem durch das diesbezüglich mangelnde Engagement der DGKJP. In Verken- nung der ambulanten Versorgungsrealitäten vertraute diese auf die sogenann- te „5-Prozent-Regelung“, nach der 5, in manchen KVen auch 10 Prozent der behandelten Patienten fachfremd sein durften. Dies galt jedoch längst nicht in allen KVen und wurde zunehmend eingeschränkt und abgeschafft.

Der **„Entwurf einer Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Ver- besserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Ersatzkassenver- sicherten (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)“** wurde mitgeteilt. Es sollte noch bis zum 01.07.1994 dauern, bis aus diesem Entwurf der entsprechende Vertrag zwischen den Ersatzkassen (VdAK und AEV) und der Kassenärztli- chen Bundesvereinigung wurde, den bald darauf eine einige, aber leider bei weitem nicht alle, Primärkassen in identischer Weise übernahmen.

Passend dazu entwickelte Dr. med. Franz Wienand **„Überlegungen zur Eva- luation der Arbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis“**. Auch da dauerte es noch über ein Jahr, bis daraus die **„Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychia- trischen Praxis“** wurde (Forum II-1994).

Dr. med. Reinhard Schydlo gab als Mitglied im Harmonisierungsausschuss der U.E.M.S eine Übersicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbil- dung in den Ländern der Europäischen Union.

Im Wissenschaftsteil des „Forum-I-1993 stellt Dr. med. Reinhard Schydlo, Düsseldorf, die **„Interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht des nieder- gelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters“** dar.

Dipl.-Psych. Ulrike Rudat und Dr. med. Susanne Köhler, Stadtroda, berich- ten über ihr **„Konzept einer integrierten stationären Kinder- und Eltern- Psychotherapie – Rückblick und Ausblick“**.

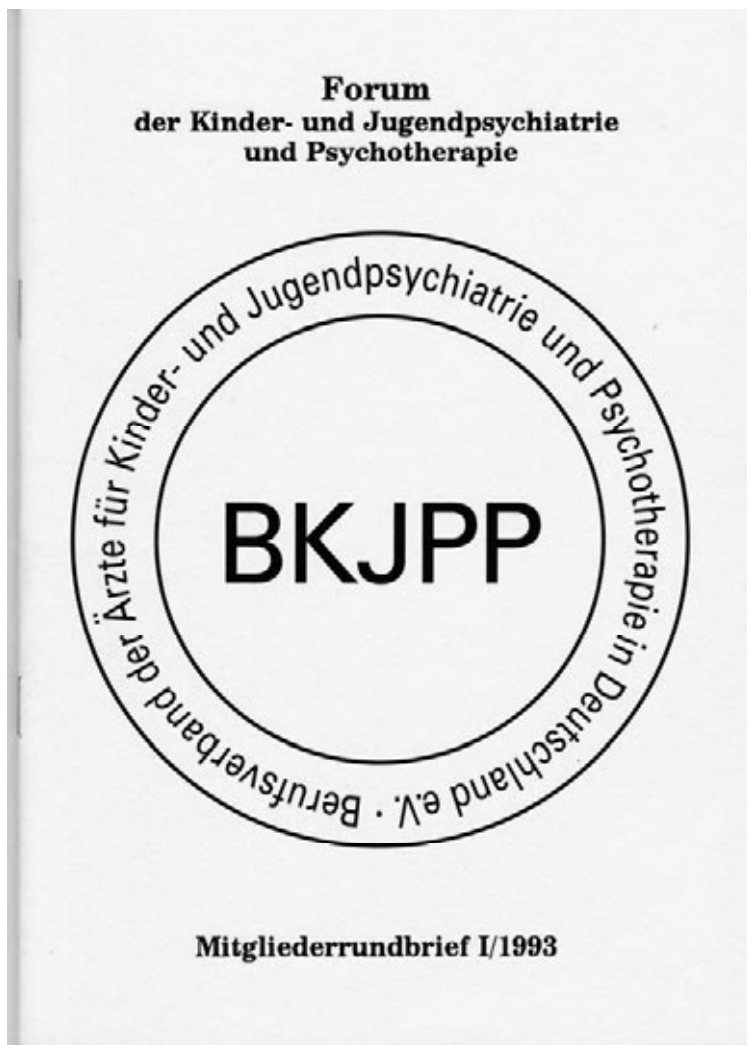
Und Dipl.-Psych. Barbara Cramer stellte **„Zentrale Fehlhörigkeit aus psy- chologischer Sicht“** dar.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühjahr 1993 wichtig war und was alles im Forum II-1993 stand, das erfahren Sie im „forum 2/2018“.

Blieben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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