SEELISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IM FOKUS

ÄRZTLICHE AKADEMIE
FÜR PSYCHOTHERAPIE
VON KINDERN UND
JUGENDLICHEN E.V.

FORT- UND WEITERBILDUNG IN DER ÄRZTLICHEN AKADEMIE

Mit der DVD „Die Zweite Geburt" – ein Dokumentarfilm über die Behandlung traumatisierter Kinder im Heim

SEELISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IM FOKUS

Fort- und Weiterbildung in der Ärztlichen Akademie

Herausgeber
Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.

Dr. med. Manfred Endres Spiegelstraße 5 D-81241 München
Tel +49 (0)89 820 53 03 Fax +49 (0)89 88 20 89
institut@aerztliche-akademie.de www.aerztliche-akademie.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter:
http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-00-061182-7

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Selbstverlages unzulässig.
Copyright © 2019 Selbstverlag, Ärztliche Akademie von Kindern und Jugendlichen e. V., München

Vorwort
Manfred Endres, Christian A. Rexroth 7

Grußworte
Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege 9
Kerstin Schreyer, Bayerische Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales 11
Hans Kiefersauer, 1. Bürgermeister der Gemeinde Benediktbeuern 13
Annette Eberle, Dekanin der Katholischen Stiftungsfachhochschule München 15
Pater Karl Geißinger, Rektor des Zentrums für Umwelt und Kultur Benediktbeuern 17
Peter Brunner, Bürgermeister der Stadt Brixen 19
Patrizia Major Schwienbacher, Direktorin der Kardinal Nikolaus Cusanus Akademie in Brixen 21

40 Jahre Ärztliche Akademie
40 Jahre Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. 23
Manfred Endres, Christine Scholz, Birgit Schramm und Renate Flügel

Struktur der Fort- und Weiterbildung
Struktur der Fort- und Weiterbildungsangebote 31
Manfred Endres und Christine Scholz

Die besonderen Tagungsorte
Zwischen Kunst und Kultur: Unsere besonderen Tagungsorte 39
Markus Züger

Gundlagen der Weiterbildung
- **Psychotherapieweiterbildung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** 45
  Christian A. Rexroth
- **Theoretische Rahmung, Erweiterung und Vertiefung: Vorlesungen zur Entwicklungspsychologie, Lerntheorie und Tiefenpsychologie** 49
  Reinhard Fatke
- **Entwicklungspsychologie** 53
  Eva Rass
- **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter** 57
  Oliver Bilke-Hentsch
- **Testdiagnostik** 61
  Bertke Reiffen-Züger

Krankheitslehre und Behandlungstechnik

- **Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen** 65
  Christian A. Rexroth
- **Schulabsentismus – therapeutische Strategien in der ärztlichen Praxis** 71
  Sven Lienert
- **Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen** 77
  Karin Trübel
- **Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen** 83
  Christian A. Rexroth
- **Die Arbeit mit den bedeutungsvollen Bezugspersonen als wesentlicher Bestandteil kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Behandlung** 89
  Dagmar Lehmhaus
- **„Passt schon – keine Ahnung!“ Gesprächsführung mit Jugendlichen vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz** 93
  Axel Rösche
- **Migration und interkulturelle Sensibilisierung und deren Relevanz für die praktische Psychotherapie** 99
  Birgit Mau-Endres und Hediaty Utari-Witt

Bausteine der psychotherapeutischen Weiterbildung

- **Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Weiterbildung** 105
  Sieglinde Eva Tömmel
- **Balintgruppenarbeit als Wegbereiter für Veränderungen** 109
  Gabriele Fuhrmann und Matthias Wenck
- **Autogenes Training** 111
  Markus Züger
- **Gestalttherapie – „Wissend werden ist ein Erinnern“ (Sokrates) oder „Lose your mind and come to your senses“ (Fritz Perls)** 117
  Christiane Pennecke
- **Katathym Imaginative Psychotherapie** 121
  Margret Flores d‘Arcais-Strotmann, Christine Baumgartner, Eva Friedrich

Fortbildungsangebote

- **Symposien** 127
  Manfred Endres und Christine Scholz
- **Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie** 129
  Sibylle Moisl und Petra Sobanski
- **Mein Weg in die Akademie und zur Leitung Fortbildung Traumatherapie** 133
  Elke Fietzek
- **Psychodynamische Gruppentherapie – eine intensive Form der Kindertherapie** 139
  Matthias Wenck und Ursula Wienberg

- Teamentwicklung und Fallsupervision – Klärungshilfe bei komplexen, anspruchsvollen Berufsaufgaben 143
  Ingegerd Schäuble
- Fortbildung Psychopharmakotherapie 147
  Christian A. Rexroth
- Alleinerziehend. Vom epidemiologischen Befund zum Programm wir2 149
  Matthias Franz

Psychosomatische Grundversorgung
- Psychosomatische Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte 155
  Gabriele Fuhrmann
- Appell für die Aufnahme der Psychosomatischen Grundversorgung in die kinder- und jugendmedizinische Weiterbildung 159
  Sven Lienert

Projekte
- Die Zweite Geburt – Dokumentarfilm der Ärztlichen Akademie über die Behandlung traumatisierter Kinder im Heim 163
  Manfred Endres
- Der Plämokasten der Ärztlichen Akademie 167
  Bertke Reiffen-Züger

Ausblick und Danksagung 175
Manfred Endres

Gremien und Kooperationspartner
- Der Vorstand 177
- Wissenschaftlicher Beirat 179
- Referenten der Ärztlichen Akademie 183
- Kooperation mit Verbänden, Instituten, Berufsverbänden 191

Anhang
- Autorenverzeichnis 193
- Bildnachweis 199

Manfred Endres und Christian A. Rexroth
Leitung der Ärztlichen Akademie

Liebe Leserin, lieber Leser,

1977 wurde die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen von Prof. Dr. med. Gerd Biermann gegründet. Damals fand die erste Psychotherapieweiterbildung für Kinderärzte in Brixen in Südtirol statt. Das 40-jährige Jubiläum gab Anlass für diese Festschrift.

Im Laufe der Jahre hat sich die Ärztliche Akademie stetig weiterentwickelt. Für viele Kolleginnen und Kollegen ist sie zu einem Ort des Austausches, der Fort- und Weiterbildung und Vermittlung von theoretischen und praxisrelevanten Inhalten geworden. Jenseits der beruflichen Kontakte haben sich viele persönliche Freundschaften entwickelt. Vielfach wurde uns rückgemeldet, dass in der Ärztlichen Akademie eine besondere Atmosphäre herrscht, die den Veranstaltungen innewohnt und ein kreatives Lernen ermöglicht.

In dieser Festschrift wollen wir das breite Fort- und Weiterbildungsangebot der Ärztlichen Akademie sowie unsere weiteren Aktivitäten vorstellen. Wir haben unsere Dozentinnen und Dozenten gebeten, ihre Schwerpunkte zu präsentieren. So ist ein umfangreicher Band entstanden, in dem vermittelt wird, was die Ärztliche Akademie heute ausmacht.

Viel Vergnügen beim Durchblättern und Lesen.

Ihr

Manfred Endres
(1. Vorsitzender)

Christian A. Rexroth
(2. Vorsitzender)

im Namen des Vorstands, Redaktionsteams und aller Referentinnen und Referenten

Melanie Huml
Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Melanie Huml, MdL
Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn ein Kind gesund und selbstbewusst groß wird, ist das eine Freude und Bereicherung für seine Umgebung. Zum Glück trifft das auf viele Kinder in unserem Land zu. Aber es gibt auch Kinder, die aus ganz unterschiedlichen Gründen mehr Unterstützung brauchen – manchmal ein Leben lang. Dazu gehören die Kinder, die von psychischen Störungen betroffen sind. Erfreulicherweise ist heute die Offenheit größer als in der Vergangenheit, deshalb fachliche Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Da braucht es flächendeckend gut ausgebildete Ärzte und Therapeuten, die um die seelischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters wissen. Sie können helfen, lange Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und unterstützen die jungen Patienten auf ihrem Weg in ein selbstständiges, eigenverantwortliches Leben.

Die flächendeckende Versorgung mit Spezialisten ist mir ein wichtiges Anliegen. Ebenso wichtig ist mir die Prävention. Die Schwerpunktkampagnen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege haben deshalb im Jahr 2016 die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Blick genommen. Damit wollten wir die Menschen über Merkmale und Ursachen von psychischen Störungen aufklären, sie über Prävention und Behandelbarkeit informieren und seelische Krankheiten aus der Tabuzone herausholen.

Es freut mich, dass sich die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ebenfalls auf diesem Gebiet engagiert. Seit 40 Jahren bietet sie qualifizierte Fort- und Weiterbildungen für ein breites Fachpublikum an. Ich danke allen Beteiligten für ihre wertvolle Arbeit, durch die sie einen wichtigen Beitrag zu einer verlässlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in unserem Land leisten.

Alles Gute für die nächsten 40 Jahre!

Ihre

Melanie Huml

Kerstin Schreyer
Bayerische Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales

Kerstin Schreyer, MdL
Bayerische Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zum 40- jährigen Bestehen der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V. München gratuliere ich von Herzen. Das sind vier Jahrzehnte Einsatz für die Belange von Kindern und Jugendlichen, die oftmals nicht auf der Sonnenseite des Lebens stehen.

Mein besonderer Dank gilt hierbei dem Vorsitzenden, Herrn Dr. Manfred Endres sowie seinen Stellvertretern, Herrn Dr. Christian A. Rexroth und Frau Dr. Petra Sobanski. Sie zeigen eindrucksvoll, dass die täglich gelebte Verantwortungsgemeinschaft von Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe unerlässlich ist. Denn sie bietet für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch passgenaue Hilfen aus beiden Systemen ein erhebliches präventives Potential.

Die Kinder- und Jugendhilfe hält für Familien ein breites Unterstützungsangebot bereit. Ein Kernanliegen der bayerischen Familien- und Jugendhilfepolitik ist dabei die Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungskompetenz. Dies ist gerade auch in belastenden Lebenssituationen, wie z.B. bei psychischen Belastungen oder Erkrankungen, von entscheidender Bedeutung. Denn starke Eltern sind die besten Garanten für eine gute und gesunde Entwicklung ihrer Kinder.

Damit Hilfe und ganzheitliche Unterstützung auch ankommen, ist die Kinder- und Jugendhilfe auf eine vertrauensvolle Kooperation und die Unterstützung aller angewiesen, die mit jungen Menschen und ihren Familien zu tun haben. Dabei spielt insbesondere das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Deshalb ist und bleibt interdisziplinäre Kooperation ein wesentliches Element des Bayerischen Gesamtkonzeptes zum Kinderschutz. Denn nur wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen und ihre jeweiligen Ressourcen bündeln, ist eine bestmögliche Förderung von Kindern und Jugendlichen möglich.

In diesem Sinne bedanke mich bei der Ärztlichen Akademie für ihren Einsatz für das Wohl unserer Kinder und Jugendlichen und wünsche für die Zukunft alles erdenklich Gute. Auf weitere erfolgreiche Jahre.

Ihre

Hans Kiefersauer
1. Bürgermeister der Gemeinde Benediktbeuern

Hans Kiefersauer
1. Bürgermeister
der Gemeinde Benediktbeuern

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., München, feiert heuer ihr 40-jähriges Bestehen. Zu diesem Jubiläum darf ich Ihnen sehr herzlich gratulieren und Sie in unserem liebens- und lebenswerten Benediktbeuern sehr herzlich begrüßen.

Es freut mich umso mehr, da der Besuch unserer Gemeinde während der Weiterbildungswochen der Akademie schon lange einen festen und von den Teilnehmern geschätzten Bestandteil Ihres Kursprogrammes darstellt.

Der Orden der Salesianer Don Boscos, welcher seit 1930 Eigentümer unseres landesprägenden Klosters Benediktbeuern ist, leistet mit einem bunten und vielschichtigen Freizeit- und Bildungsangebot sowie mit der Katholischen Stiftungsfachhochschule für Soziale Arbeit und Musikpädagogik einen wichtigen Bestandteil im Gesamtmosaik der „Betreuung für Jugendliche“.

In einer modernen, digitalen Welt, in der Kinder und Jugendliche häufig nur noch über soziale Netzwerke kommunizieren, in der zunehmend klassische Werte verloren gehen bzw. nicht mehr vermittelt werden, in der die Scheidungsrate jährlich steigt und das soziale Miteinander zunehmend durch Egoismus ersetzt wird, ist die psychische und fachkundige Betreuung von „auffälligen“ Kindern und Jugendlichen wichtiger denn je.

Die Therapie von psychischen Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen entspricht normalerweise einem komplexen Behandlungsschema, welches sich am jeweiligen Individuum und der Art der psychischen Störung orientiert. Durch das intensive und qualitativ hochwertige Weiterbildungsangebot der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. wird den Seminarteilnehmern das nötige Rüstzeug vermittelt, um dieses umfangreiche Betätigungsfeld erfolgreich bewältigen zu können. Durch Ihre Arbeit lernen die Patienten, wieder eine liebe- und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und damit auch der Aussicht auf Heilungserfolg eine berechtigte Chance einzuräumen.

Für Ihre schwierige und unschätzbare Arbeit zum Wohle betroffener Kinder und Jugendlicher möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken und wünsche Ihnen bei all den Seminarstunden auch die nötige Zeit, um sich untereinander auszutauschen, unsere Natur zu genießen oder frei nach dem Motto der Salesianer:

„Fröhlich sein, Gutes tun und die Spatzen pfeifen lassen“

Herzlichst

Annette Eberle
Dekanin der Katholischen Stiftungsfachhochschule München

Annette Eberle
Dekanin Katholische Stiftungsfachhochschule München

Katholische Stiftungshochschule München
University of Applied Sciences

Im Namen der Kollegen und Studierenden freue ich mich sehr, die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., München, zu ihrem 40. Geburtstag beglückwünschen zu dürfen. Seit einigen Jahren haben sich die inhaltlichen Berührungspunkte zwischen unseren beiden Einrichtungen zu einer sehr fruchtbaren und anregenden Kooperation entwickelt. Die Veranstaltungen, die sowohl von Lehrenden als auch Studierenden sehr begrüßt werden, geben wichtige Anregungen und Anstöße zu Fragestellungen in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, in denen die interdisziplinären Einflüsse von Psychotherapie und Medizin vermehrt gefragt sind.

Aktuell bietet die Katholische Stiftungsfachhochschule mehr als 2.300 Studenten an den beiden Abteilungen Benediktbeuern und München ein fundiertes wissenschaftliches und zugleich praxisorientiertes Studium. Neben den Bachelorstudiengängen Soziale Arbeit, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflege dual, Bildung & Erziehung im Kindesalter und Religionspädagogik & kirchliche Bildungsarbeit versucht die Hochschule, mit Masterstudiengängen und Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf die sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen zu reagieren.

So haben uns am Campus Benediktbeuern im letzten Jahr vor allem zwei Projekte beschäftigt, die auch aktuellen Entwicklungen in der Kinder- und Jugendarbeit in einem generationsübergreifenden Zusammenhang begegnen sollen. Wir konnten an unserem Campus erste Grundlagen für ein Kompetenzzentrum „Zukunft Alter“ legen, mit dem entsprechend des Profils von Benediktbeuern als „Campus der Generationen“ Sozialraum orientierte und Generationen übergreifende Ansätze in der Sozialen Arbeit gefördert werden sollten. Gleichzeitig startete im letzten Jahr an unserem Campus der erste Ausbildungsgang der neu entwickelten Musikpädagogischen Zusatzausbildung „MUZA“. In der bundesweit bislang einzigartigen Zusatzqualifikation können Studierende der Bachelorstudiengänge Soziale Arbeit und Religionspädagogik und kirchliche Bildungsarbeit studienbegleitend über sechs Semester ihre musikalischen Fähigkeiten weiterentwickeln, um sie später in ihre berufliche Tätigkeit zu integrieren. Die Zusatzqualifikation hat auch den Grundstein zum Aufbau einer Musikmedienwerkstatt in Benediktbeuern geleistet. Ein weiterer Schritt wird in dem kommenden Studienjahr mit dem Projekt „Medienpädagogik und Inklusion“ realisiert, das zum Ziel hat, die Studierenden auf zwei sehr aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen für die Professionsfelder – die Anforderungen der Behindertenrechtskonvention sowie die sich verändernden sozialen Lebenswelten im Zeichen von Digitalisierung – heranzuführen.

In diesem Sinne hoffen wir auf weitere Anregungen und Kooperationen mit der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen.

Pater Karl Geißinger
Rektor des Zentrums für Umwelt und Kultur in Benediktbeuern

Pater Karl Geißinger
Rektor des Zentrums für Umwelt und Kultur Benediktbeuern

Das Zentrum für Umwelt und Kultur Benediktbeuern e. V. (ZUK) freut sich ganz besonders der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen anlässlich des 40-jährigen Bestehens als Gastgeber für Tagungen und Anbieter von Tagungsräumen gratulieren zu dürfen. Finden doch im ZUK und dem darin befindlichen Allianzsaal die großen Plenarveranstaltungen der Ärztlichen Akademie statt. Gerne bieten wir den Tagungsteilnehmern und den Referenten unsere schönen Übernachtungsmöglichkeiten an. Wir wissen, dass unsere Gäste die Ruhe und die Zurückgezogenheit der klösterlichen Anlage sehr zu schätzen wissen.

Das ZUK im restaurierten barocken Maierhof des Klosters Benediktbeuern ist ein modernes Bildungs- und Gästezentrum mit 7 Tagungsräumen und 40 Gästezimmern. Es strahlt die besondere Atmosphäre eines 300-jährigen ehemaligen klösterlichen Landwirtschaftsgebäudes aus. Am Nordrand der Alpen liegt es unmittelbar benachbart zu den Loisach-Kochelsee-Mooren. Von den Salesianern Don Boscos 1988 gegründet, leistet die Ordensgemeinschaft mit dem ZUK einen wichtigen Beitrag zur Schöpfungsverantwortung, gemäß dem Leitsatz des Klosters: „Jugend, Schöpfung, Bildung – heute für morgen“. Bildungs- und Kulturangebote in der anerkannten Umweltstation sollen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen die Wertschätzung und den Einsatz für das Leben in seiner ganzen Vielfalt vermitteln. Auf dem Klosterland werden Modellprojekte des Biotop- und Artenschutzes umgesetzt. Klima- und Hochwasserschutz sowie der Erhalt wertvoller Moore sind dabei ein besonderes Anliegen. Möglichkeiten zukunftsorientierter Energienutzung demonstrieren die Energiezentrale und die Energiewerkstatt.

Angesichts heutiger gesellschaftlicher Fragen wie Flüchtlingskrise, Klimawandel, Rückgang biologischer Vielfalt und nachhaltiger Umgang mit begrenzten Energie-, Rohstoff- und Zeitreserven ist zukunftsorientiertes Handeln gefragt. Darin kommt auch die Frage nach unseren Werten zum Ausdruck, dem, was uns wichtig ist und trägt. In der Bewahrung der Schöpfung geht es um langfristige Sicherung von Lebensqualität in dieser Welt. Die Vielfalt der Schöpfung und Begegnungsmöglichkeiten rund um das Kloster Benediktbeuern kann begeistern. Dazu möchten unsere Angebote für Kinder, Jugendliche, Familien und Erwachsene beitragen.

Wir freuen uns deshalb besonders, dass wir jedes Jahr im Frühjahr aufs Neue bis zu 400 Kinderärzten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und -Psychiatern Raum geben dürfen für ihre interessanten Vorträge, für Kleingruppenarbeit und Seminare.

P. Karl Geißinger

Peter Brunner
Bürgermeister der Stadt Brixen

Peter Brunner
Bürgermeister der Stadt Brixen

Liebe Leserinnen und Leser,

vor 40 Jahren begann die Geschichte der gemeinnützigen und allseits anerkannten Weiterbildungseinrichtung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., München. Seither hat sich das Verständnis über Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie grundlegend verändert. In einer Gesellschaft, die sich im stetigen Wandel befindet, sind Kinder und Jugendliche besonders belastet und reagieren oft mit Verhaltensstörungen und psychosomatischen Erkrankungen. Im gesamten politischen Umfeld sind Kinder und Jugendliche noch ein schwaches Glied, das nach besonderer Aufmerksamkeit und Unterstützung aller gesellschaftlichen Kräfte verlangt. Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen; sie haben spezielle Bedürfnisse und Notwendigkeiten, deshalb ist in den letzten Jahren auch die Auseinandersetzung mit der Frage ihrer psychischen Entwicklung, im öffentlichen ebenso wie im privaten Umfeld, maßgeblich gestiegen. Sie sind unser wertvollstes Gut; sie sind unsere Zukunft, und ihre Fürsorge liegt in unserer Verantwortung. Ein internationaler, interdisziplinärer und vernetzter Ansatz, sei es in der Forschung als auch in der Beratung und Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien, erweist sich daher als essenziell. In diesem Zusammenhang freue ich mich besonders, dass Brixen in den letzten 40 Jahren einen kleinen aber wertvollen Beitrag leisten konnte und die wissenschaftlichen und qualitativ wertvollen Veranstaltungen der Ärztlichen Akademie austragen durfte. Zudem erfüllt mich als Bürgermeister die Verbundenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Brixen mit Stolz.

Die Weiterbildungswochen der Ärztlichen Akademie haben bereits Tradition, und das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist im internationalen Tagungskalender unserer Stadt sozusagen omnipräsent. Viele von Ihnen kommen aber auch außerhalb der Kongresszeit mit ihren Freunden oder Familien immer wieder gerne zurück, und das ist wohl das schönste Kompliment für unsere Stadt!

Mein Dank gilt daher allen, die über diese lange Zeit für den wissenschaftlichen Erfolg dieser Veranstaltungen und für das Wohl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesorgt haben. Ihnen, meine Damen und Herren, wünsche ich alles Gute für die Zukunft, sei es privat als auch beruflich, viel Freude bei der täglichen Arbeit und ein erfolgreiches, wissenschaftliches und klinisches Wirken. Brixen heißt Sie jederzeit willkommen!

Patrizia Major Schwienbacher
Direktorin der Kardinal Nikolaus Cusanus Akademie in Brixen

Patrizia Major Schwienbacher
Direktorin der Kardinal Nikolaus Cusanus Akademie in Brixen

Sehr geehrte Ärztliche Akademie für Psychotherapie
von Kindern und Jugendlichen, sehr geehrter Herr Dr. Endres,
sehr geehrter Vorstand und sehr geehrtes Organisationsteam,
verehrte Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer,

es ist uns eine große Ehre, dass Sie als Austragungsort Ihres Ärztekongresses seit Jahren die Kardinal Nikolaus Cusanus Akademie in Brixen wählen. Die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Kongress nimmt von Jahr zu Jahr zu. Dies spricht für die hervorragende Qualität und die großartige Organisation der Veranstaltung.

Wir als diözesanes Bildungshaus möchten das Beste dazu beitragen, einen Rahmen schaffen, damit Sie sich während der intensiven Weiterbildungswoche wohl fühlen, auftanken, sich auch erholen und angenehme Tage verbringen können. Und ich kann es nur – wie jedes Jahr – wiederholen:

Fühlen Sie sich jederzeit herzlich willkommen, wir sind gern Ihre Gastgeber!

In diesem Jahr feiert die Ärztliche Akademie ihren 40. Geburtstag!

Es ist dies nicht nur ein „runder Geburtstag“, den es zu feiern gebührt, sondern in seiner Bedeutung ist es auch ein besonderer. Denn „40“ ist eine zutiefst biblische Zahl und hat seit Jahrhunderten eine ausgeprägte Symbolkraft. Gerne möchte ich diese runde Zahl auf diesen Kongress der Ärztlichen Akademie hindeuten.

„40“ als Wendepunkt

In biblischen Erzählungen steht die Zahl „40“ für einen Wendepunkt. So erblickt zum Beispiel Noah die ersten Berge nach 40 Tagen und 40 Nächten sintflutartigen Regens: die Zukunft war gesichert. 40 Jahre wanderte das Volk Israel nach dem Auszug aus Ägypten durch die Wüste und durchlief damit eine Zeit der Beschwerden und Qualen, die aber auch durch Läuterung geprägt war: Besinnung und Neuorientierung. Moses war Gott auf dem Berg Sinai 40 Tage lang nahe: dies war möglich durch Rückzug und Innehalten. Und auch Jesus ging 40 Tage in die Wüste, um sich im Gebet und durch Fasten auf seine Sendung vorzubereiten: es war seine Zeit, um Kraft zu tanken für die Begegnungen mit den Menschen und den Weg vorzubereiten, der ihm bevorstand. All diese Wendepunkte stehen symbolisch auch für die Weiterbildungswoche der Ärztlichen Akademie. Es geht um Zukunft, Besinnung und Neuorientierung, um Rückzug und Innehalten. Es ist eine Zeit, um Kraft zu tanken, um gut gerüstet zu sein, für den Weg, der bevorsteht.

„40“ steht für Veränderung – Aufbruch – Neubeginn und Weiterentwicklung

Bereits hier gibt es die nächste Parallele zur Tagung. Jedes Jahr brechen immer mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf, um an der Tagungswoche teilnehmen zu können. Sich weiterbilden hat stets mit Ver-Änderung zu tun, mit einem Neubeginn. Die verschiedenen Vorträge dienen für ein fruchtbares konstruktives Weiterarbeiten, für einen

persönlichen Aufbruch und den Willen zur Weiterentwicklung, die stets im Dienst des Nächsten geschieht.

„40“ steht für „4“ und „10“

Die Zahl „4“ steht in theologischem Sinn für das Weltumspannende: für die 4 Himmelsrichtungen, die 4 Elemente Feuer, Erde, Luft und Wasser. Die Zahl steht jedoch auch für die 4 Lebensphasen: Kindheit, Jugend, Erwachsensein und Alter sowie für die 4 menschlichen Temperamente. Hier finden wir also die nächste Gemeinsamkeit zum Kongress: Von den 4 Himmelsrichtungen reisen die Menschen an und befassen sich mit den verschiedenen Lebensphasen der Menschen. Dabei können auch die verschiedenen Temperamente nicht außer Acht gelassen werden. Es gilt also, den Menschen mit seinen Stärken und Schwächen, Kompetenzen und Talenten wahrzunehmen. Abschließend möchte ich mit Ihnen noch die Zahl 10 betrachten.

„10“ gilt als die Zahl des „in sich Vollendeten – Ganzen“

Die Zahl 10 steht für das Ganze. 4 mal 10 steht nochmal mehr für das Vollendete – Ganze. 10 ist die Summe der ersten vier Ziffern „1 + 2 + 3 + 4“ und ist identisch mit der Anzahl der Finger. Sie gilt als Symbol des Kreises und letztendlich auch des Kreuzes. Wenn wir uns vorstellen, dass wir die Enden des Kreuzes weiterziehen und miteinander verbinden, entsteht wiederum ein Kreis, ein Ganzes. Die Zahl 10 dokumentiert also nicht nur Einzelteile, sondern sie erhebt einen ganzheitlichen Anspruch. Menschlich gesprochen sind es die Licht- und Schattenseiten des Menschen, Freude und Leid. Und auch hier, liebe Ärztliche Akademie, finden wir eine Gemeinsamkeit und zugleich einen Auftrag zu Ihrer Kongresswoche. Denn die Veranstaltung bietet zwar unterschiedliche Themen an und beleuchtet sie aus verschiedensten Blickwinkeln, behält aber immer den Menschen in seiner Ganzheit im Blick. In der Fortbildungswoche der Ärztlichen Akademie geht es gerade um diese Würde des Menschen und das Verständnis, ihn in seiner Ganzheit von Leib und Seele zu sehen, und den Auftrag, ihn von dieser Ganzheit heraus zu verstehen, zu begleiten und zu stärken.

Verehrter Herr Dr. Endres, verehrter Vorstand und verehrtes Organisationsteam: „40“ ist wahrlich ein Grund zum Feiern!

Im Namen des Teams der Kardinal Nikolaus Cusanus Akademie überbringe ich von ganzem Herzen unsere Glückwünsche zum 40. Geburtstag und wir danken Ihnen für die angenehme Zusammenarbeit. Ad multos annos!

Patrizia Mayer Schwienbacher

40 Jahre Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.

Manfred Endres, Christine Scholz, Birgit Schramm und Renate Flügel

Zur Zeit des Beginns der ersten Weiterbildungslehrgänge der Ärztlichen Akademie vor 40 Jahren war kinderpsychologisches und kinderpsychotherapeutisches Wissen in der Öffentlichkeit, aber auch unter Kinderärzten kaum verbreitet. Kleine Kinder wurden in Krankenhäusern ohne Begleitung der Eltern behandelt. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche fanden kaum ambulante Therapieplätze. Es war daher das primäre Anliegen von Prof. Dr. med. Gerd Biermann – dem Gründer der Akademie – die psychische Situation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. In den ersten Weiterbildungsveranstaltungen vermittelten renommierte Referentinnen und Referenten interessierten Kinderärzten ein breites Wissen über Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In mühevollen Verhandlungen gelang es Gerd Biermann die Anerkennung der Ärztlichen Akademie als Weiterbildungsinstitution für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie bei allen Landesärztekammern Deutschlands durchzusetzen.

Unter der Leitung von Gerd Biermann wurde in den Weiterbildungswochen ein sehr breites kinderpsychotherapeutisches und kinderpsychologisches Wissen angeboten: Pro Lehrgang, der damals sieben Weiterbildungswochen, also insgesamt 3 1/2 Jahre dauerte, nahmen zwischen 80 und 100 Kinderärztinnen und Kinderärzte teil (Abb. 1). In den Jahren 1977–1991 startete ein neuer Lehrgang alle 3 1/2 Jahre; die Weiterbildung wurde zumeist in 4 Gruppen à 20–25 Teilnehmern organisiert.

Das Modell änderte sich erst mit der Übergabe der Leitung an Manfred Endres. Um kontinuierlich und dauerhaft die Finanzierung der Weiterbildung der Ärztlichen Akademie zu sichern, neue Mitglieder zu gewinnen und die vermehrten Anfragen der ehemaligen Lehrgangsteilnehmer nach weiteren Fortbildungsmöglichkeiten zu realisieren, mussten Inhalte und Struktur der Ärztlichen Akademie neu ausgerichtet werden. Ein „Ergänzungskurs“, der nach dem 7. Lehrgang geplant war, musste mangels Teilnehmer abgesagt werden. Die finanziellen Rücklagen der Ärztlichen Akademie waren zum Zeitpunkt des Leitungswechsels (1995) weitestgehend aufgebraucht, es mussten schnelle und tragfähige Lösungen gefunden werden.

v. l. n. r.: Renate Flügel, Manfred Endres, Christine Scholz, Birgit Schramm

Die Etablierung von Symposien war ein erster Schritt, die Akademie für ehemalige und neue Teilnehmer attraktiv zu machen (siehe Fortbildungsangebote).

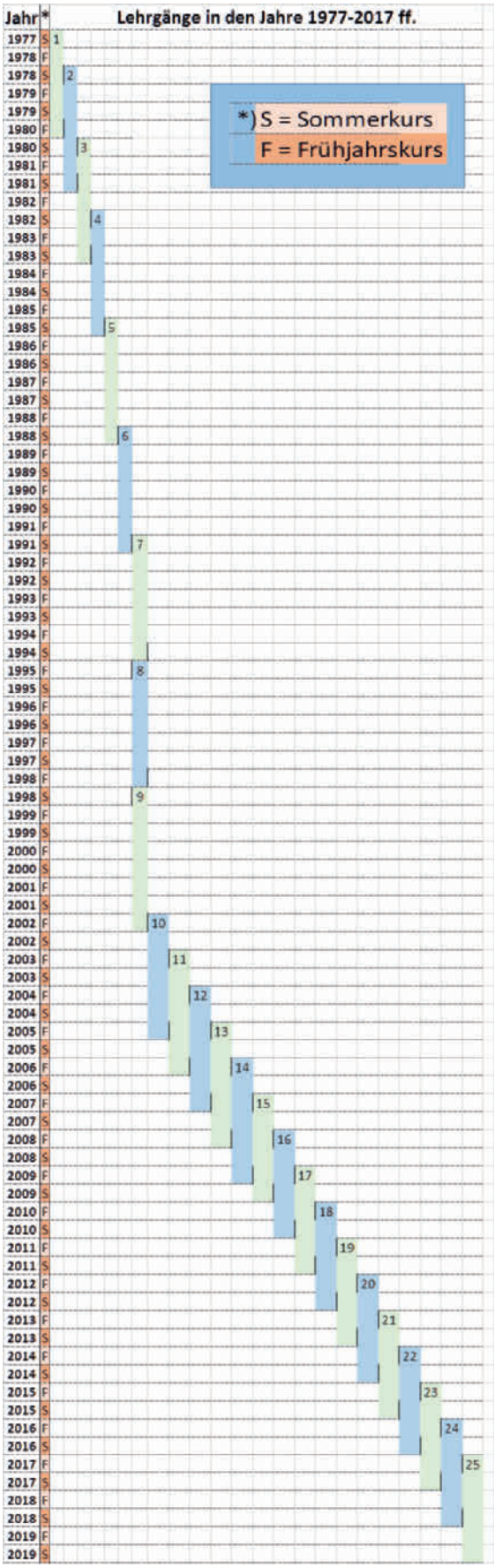


Abb. 1: Entwicklung der Lehrgänge seit Gründung der Ärztlichen Akademie 1977

In einem zweiten Schritt wurde die maximale Wartezeit bis zum Einstieg in einen neuen Lehrgang von 3 1/2 Jahren auf 1 Jahr verkürzt. Der organisatorische Ablauf der Weiterbildungsveranstaltungen wurde so umgestellt, dass ab dem 10. Lehrgang ab 2002 der Einstieg für einen neuen Weiterbildungslehrgang jährlich ermöglicht wurde (siehe Abb. 1). Ab diesem Zeitpunkt gab es nicht mehr 4 Gruppen mit parallel gleichen Inhalten, sondern pro Lehrgang zunächst eine Gruppe, die in den Seminaren getrennt und in den Vorlesungen gemeinsam die Weiterbildungsinhalte absolvierten. In den Weiterbildungswochen trafen sich nun Teilnehmer von 3 Weiterbildungslehrgängen auf unterschiedlichen Weiterbildungsniveaus. Diese Lehrgangsmischung, die außerhalb der festen Gruppen insbesondere durch die Symposien und die angebotenen Rahmenprogramme ermöglicht wurde, förderte den Kontakt von Kolleginnen und Kollegen auf unterschiedlichem Ausbildungsstand.

Mit der Beendigung des 9. Weiterbildungslehrgangs wurden von Seiten der Kolleginnen und Kollegen, die an der Ärztlichen Akademie die Zusatzbezeichnung „(fachgebundene) Psychotherapie“ erworben hatten, der Ruf nach weiteren fachbezogenen Fortbildungen laut. So wurde eine Vielzahl von neuen Angeboten konzipiert (s. Tab. 2).

Für die Akademie bedeutete die Umorganisation und das parallel gestaltete Fort- und Weiterbildungsangebot einen erheblichen Zuwachs an Komplexität, organisatorischem und zeitlichem Aufwand. Die komplexe Organisationsstruktur und die steigenden Teilnehmerzahlen – heute liegt die Teilnehmerzahl bei den Fort- und Weiterbildungswochen in Benediktbeuern und Brixen zwischen 350 und 400 Personen –

Tabelle 2: Etablierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten

Jahr	Themen	Leitung
1998	Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Manfred Endres
2002	Eltern-Kleinkind-Psychotherapie	Sibylle Moisl
2009	Traumatherapie	Elke Fietzek
2010	Psychosomatische Grundversorgung	Gabriele Fuhrmann
2012	Gruppenpsychotherapie	Ulla Wienberg und Matthias Wenck
2014	Präventionsprogramm „wir2 – Bindungstraining für Alleinerziehende“	Matthias Franz
2016	Teamentwicklung und Fallsupervision	Ingegerd Schäuble
2018	Psychopharmakotherapie	Christian A. Rexroth

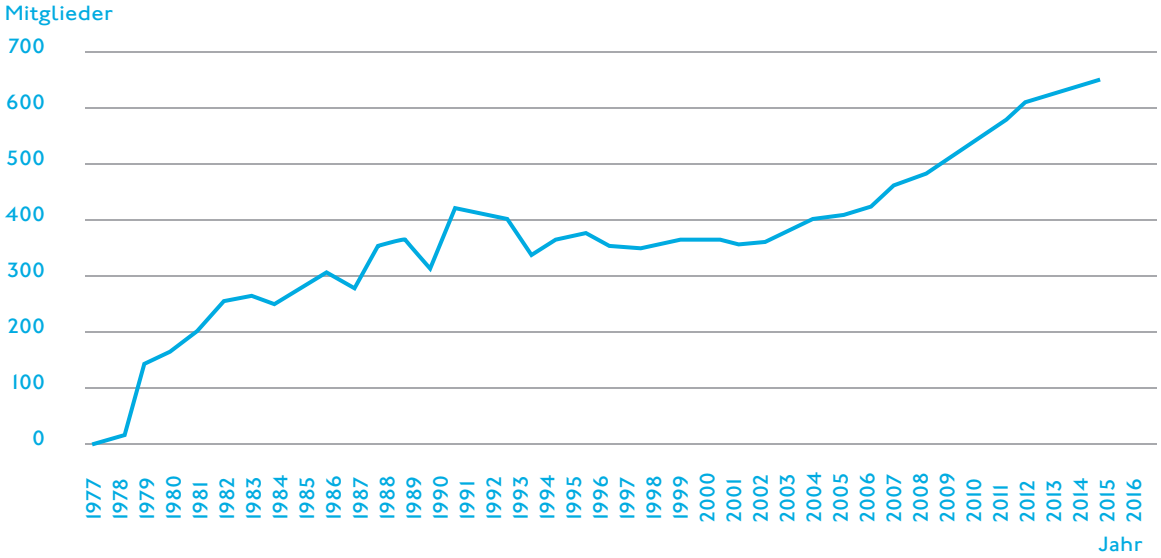
machten eine strukturelle Neuorganisation nötig. Gerd Biermann organisierte die Ärztliche Akademie noch mit tatkräftiger Unterstützung seiner Frau Renate Biermann und der Sekretärin Frau Körner, die alle Briefe auf einer mechanischen Reiseschreibmaschine tippten, alleine.

Mit dem Leitungswechsel 1995 wurde die gesamte Organisation und Mitgliederverwaltung der Ärztlichen Akademie digitalisiert. Manfred Endres übernahm im Frühjahr 1995 die inhaltliche Leitung und Neuausrichtung, Christine Scholz übernahm zeitgleich die Geschäftsführung und damit die organisatorische Restrukturierung. Es wurde eine Stelle für eine Sekretärin geschaffen, die nun seit vielen Jahren von Renate Flügel ausgefüllt wird. Den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising hat Birgit Schramm übernommen. Seit über 30 Jahren wird außerdem die Tagungswoche in Brixen von Katja Lechner mitorganisiert.

Gerd und Renate Biermann

v. l. n. r. :
Renate Flügel, Christine Scholz, Birgit Schramm, Katja Lechner

Abb. 2:
Entwicklung der Mitgliederzahlen



Ausbildungsflyer

Durch die Neustrukturierung der Ärztlichen Akademie wurde die Basis für ein kontinuierliches Wachstum der Mitgliederzahlen geschaffen (Abb. 2).

Auch für neue Projekte im Bereich Unterrichtsunterlagen, therapeutischer Spielmaterialien und einer verbesserten Außendarstellung der Ärztlichen Akademie gab es nun eine gesicherte Finanzierung.

Zu den wichtigsten Projekten der Ärztlichen Akademie seit 1995 gehören:

- Etablierung eines neues Erscheinungsbildes
- Herausgabe der Mitgliederzeitung „Akademie Aktuell“
- Veröffentlichung von Unterrichtsmaterialien und Lehrbüchern
- Neustrukturierung der Website www.aerztliche-akademie.de
- Herstellung des Dokumentarfilms „Die zweite Geburt“
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Entwicklung des Plämokastens für Testdiagnostik und Spieltherapie

Zeitgleich mit der inhaltlichen und organisatorischen Neuausrichtung der Akademie ging auch die Entwicklung eines neuen Erscheinungsbildes einher. Dazu gehörte die Schaffung eines einheitlichen Designs, um uns in unserem kontinuierlichen Dialog mit Mitgliedern, Teilnehmern, Spendern, Partnern und allen Interessierten durch einheitliches Auftreten zu präsentieren. Das im Jahr 2000 entwickelte Schriftzeichenlogo der Ärztlichen Akademie wurde 2008 durch ein markantes Symbol in Form einer Spirale ersetzt, der Schriftzug wurde verändert, die blaue Farbgebung jedoch beibehalten. Die Spirale steht für das kontinuierliche, sich wiederholende Auftauchen von Lebensthemen in unterschiedlicher Qualität und Intensität. Alle von der Akademie herausgegebenen Materialien werden entsprechend dieses Designs einheitlich gestaltet, um den Wiedererkennungswert zu steigern.

Die Idee die Mitgliederzeitung „Akademie Aktuell“ auf den Weg zu bringen wurde im Jahre 2005 geboren. Sie ist im Wesentlichen einer Initiative von Markus Züger und dem damaligen Vorstand zu verdanken. Geplant wurde ein- bis zweimal jährlich über vergangene und künftige Weiterbildungswochen und über Neues aus der Berufspolitik zu berichten. Vorträge und Abstracts sollten zum Nachlesen von interessanten Beiträgen aus den vergangenen Symposien zur Verfügung gestellt werden. Damit sollen nicht nur unsere Mitglieder, sondern auch Unterstützer, Förderer, Sponsoren der Akademie und Interessierte an der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen angesprochen werden. Im Zeitalter des Internets, stellte sich natürlich auch die Frage, ob eine Printversion noch sinnvoll ist. Letztendlich zeigte die Resonanz, dass eine „traditionelle“ Zeitung durchaus ihre Daseinsberechtigung hat, eröffnet sie doch

Die Spirale –
Das Logo der ÄA

Titelbilder der Zeitung

Kooperation mit dem Verlag
Brandes & Apsel

die Möglichkeit, sich mit unterschiedlichsten Themenbereichen zu beschäftigen, die parallel zu den Weiterbildungsangeboten der Akademie intensiv beleuchtet werden können. Zusätzlich sollte den Lesern die Möglichkeit geboten werden, sich durch eigene Beiträge und Fachartikel aktiv an der inhaltlichen Gestaltung zu beteiligen. Die erste Ausgabe erschien 2005 in Brixen anläßlich des Symposions „Adoleszenz zwischen Jugendkultur und Trauma“.

Inzwischen übernimmt die Zeitung „Akademie Aktuell“ eine wichtige Funktion in der Öffentlichkeitsarbeit der Akademie. Der Umfang hat sich vergrößert und auch das Layout wurde dem neuen Erscheinungsbild der Akademie angepasst. Zwei Mal pro Jahr erhalten unsere Mitglieder und interessierte Einrichtungen ein gedrucktes Exemplar in DIN A 3, meist mit einer Seitenzahl von etwa 20 Seiten, gemeinsam mit der Einladung zum nächsten Symposion. Neben der Ankündigung der aktuellen Veranstaltungen (incl. Vortragsabstracts) und Publikation von ausgewählten Vorträgen des vorangegangenen Symposions wird in der Zeitung u. a. über neue Projekte berichtet, wie z.B. über die Weiterentwicklung des Plämokastens, neue Fortbildungen sowie Buchvorstellungen unserer Referenten. Anzeigen zur Finanzierung der Zeitung sowie Fotos aus den Tagungen ergänzen die Inhalte der Mitgliederzeitung mit einer Auflage von 1000 Exemplaren.

Die Dozenten der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beteiligen sich aktiv an der Publikation von Unterrichtsmaterialien und Lehrbüchern. Beispiel hierfür ist das Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. 2012 erschien Band 1 der Herausgeber Peter Bründl und Vera King mit dem Titel: „Adoleszenz – gelingende und misslingende Transformationen“. Weitere Bücher folgten mit den Titeln: „Babys und Kleinkinder – Praxis und Forschung im Dialog“ von Fernanda Pedrina und Susanne Hauser, „Latenz: Entwicklung und Behandlung“ von Manfred Endres und Catharina Salamander, „Spätadoleszenz: Identitätsprozesse und kultureller Wandel“ von Peter Bründl und Carl E. Scheidt, „Elternschaft – Klinische- und entwicklungspsychologische Perspektiven“ von Peter Bründl, Manfred Endres und Susanne Hauser.

Eine Kooperation mit dem Auditorium-Netzwerk, Verlag für audiovisuelle Medien, ist geplant und soll Lehrgangsteilnehmern in Zukunft die Möglichkeit bieten, Symposionsvorträge in Form von Videoaufzeichnungen und Hörbüchern nachzuhören.

Um die Aktivitäten der Ärztlichen Akademie auch durch einen geeigneten Außenauftritt zu dokumentieren, wurde die über 10 Jahre alte Webseite im Jahr 2012 neu gestaltet. Sie ist für die Außendarstellung der Akademie unerlässlich und heute nicht mehr wegzudenken. Über einen Zeitraum von 2004 bis heute erhalten unsere Nutzer einen Überblick über vergangene Lehrgänge und Symposionsthemen mit dazugehörigen Programmen. Darüber hinaus enthält die Website auch alle wichtigen Informationen rund um das aktuelle Fort- und Weiterbildungsangebot, zum Verein, zu den Projekten, Tagungsorten und Referenten.

Wir bieten den Nutzern unserer Internetseite die Möglichkeit, bereits Monate vor Beginn der nächsten Fort- und Weiterbildungswoche das detaillierte Programm inkl. der Vortragsabstracts abzurufen. Eine praktische Online-Funktion zur Anmeldung ergänzt diesen Service. Im internen Mitgliederbereich ist heute eine große Datenbank mit Vortragsmanuskripten unserer Referenten inklusive Präsentationen hinterlegt. Eine Suchfunktion zu bestimmten Themen oder Begriffen erleichtert das Auffinden gewünschter Literatur. Ebenso sind alle Zeitungen „Akademie Aktuell“ seit 2005 zum Nachlesen eingepflegt. Neben der Mitgliederliste, die das Kontaktieren von Kollegen und Kolleginnen im Netzwerk erleichtern soll, existiert eine Therapeutendatenbank. Hier können sich Ärzte und Therapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, mit eigener Praxis registrieren und für die Öffentlichkeit freischalten lassen.

Dank des Engagements und der Unterstützung vieler Spender war es der Ärztlichen Akademie 2012 gelungen, den Dokumentarfilm „Die Zweite Geburt“ zu realisieren. In diesem Film geht es um die Behandlung traumatisierter Kinder in einem von Yecheskiel Cohen gegründeten Heim in Jerusalem. Dieser einfühlsame, informative und sehr berührende Film, in dem es auch um das Lebenswerk von Yecheskiel Cohen geht, wurde von Krischan Dietmaier, Redakteur der Produktionsfirma Bilderfest GmbH, konzipiert. Der Film wurde in Ausschnitten im WDR in der Sendung Quarks & Co ausgestrahlt. Die DVD liegt dieser Festschrift bei.

Zu den zentralen Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit der Ärztlichen Akademie gehören, das Fort- und Weiterbildungsangebot überregional bekannt zu machen. Deshalb

Filmprojekt: „Die Zweite Geburt"

Präsenz auf Kongressen und Tagungen

Der Plämokasten für Testdiagnostik und Spieltherapie

werden seit vielen Jahren die Ankündigungen der Ärztlichen Akademie in Form von Beilagen und Anzeigen in den unterschiedlichsten Fachzeitschriften wie z.B. in der „Monatsschrift Kinderheilkunde“, im „Kinder- und Jugendarzt“ und in der „Kinderärztlichen Praxis“ veröffentlicht. Die Ärztliche Akademie präsentiert sich auch auf Kongressen, wie z.B. der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder dem Kongress für Jugendmedizin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. Zusätzlich haben wir uns neue Wege für die Öffentlichkeitsarbeit erschlossen. Tatkräftige Partner unterstützen unsere Akademie, wie z.B. die Lehmanns Media GmbH, die mit ihrem Bücherstand nicht nur unsere Teilnehmer auf den Symposien mit Lehrmaterial versorgt, sondern auch unsere Flyer und Informationsbroschüren auf Kongressen im deutschsprachigen Raum repräsentiert. Zu den Partnern gehört auch die RG Gesellschaft für Information und Organisation mbH, die mehrere Kinder- und Jugendarztkongresse selbst ausrichtet. Neben dem regelmäßigen postalischen Flyerversand und der Pressearbeit gehören Ankündigungen unserer Fort- und Weiterbildungen in den Online-Veranstaltungskalendern bei Berufsverbänden, Zeitschriften und Institutionen aus unserem Netzwerk zu den Kernaufgaben unserer Öffentlichkeitsarbeit.

Auf Initiative von Bertke Reiffen-Züger wurde in Zusammenarbeit mit Dagmar Lehmhaus und Sibylle Moisl 2012 der Plämokasten für Testdiagnostik und Spieltherapie entwickelt, von dem bis heute mehr als 300 Stück verkauft wurden (siehe Kapitel Plämokasten).

Dank der regen Mitarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen befindet sich die Ärztliche Akademie in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Den Sponsoren und Partnern sei auch an dieser Stelle herzlich für ihre stete Unterstützung unserer Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie unserer Projekte gedankt.

Anmerkungen

1967 wurden die Richtlinien zur Einführung psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung (für die Verhaltenstherapie 1987) verabschiedet, 1978 wurde die Zusatz-Weiterbildung „Psychoanalyse“ und 1984 bzw. 1987 die „Psychosomatische Grundversorgung“ eingeführt. 2003 wurde die psychotherapeutische Qualifikation in die Facharztweiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert. Kinderärzte konnten nach wie vor die „Zusatzbezeichnung Psychotherapie“ erwerben. 2003 wurde die bisherige Zusatzbezeichnung Psychotherapie durch die Zusatzbezeichnung Psychotherapie (fachgebunden) ersetzt.

Die Richtlinien-Psychotherapie kann heute durchgeführt werden von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, von Fachärzten für Psychosomatische Medizin sowie von klinischen Fachärzten nach Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse im Rahmen ihrer Facharzttätigkeit (fachgebunden).

Struktur der Fort- und Weiterbildungsangebote

Manfred Endres und Christine Scholz

Die Ärztliche Akademie ist eine Fort- und Weiterbildungseinrichtung, die als gemeinnütziger Verein anerkannt ist. Seit seiner Gründung 1977 wurden mehr als 1.000 Lehrgangsteilnehmer in der Psychotherapie von Kindern den Jugendlichen weitergebildet. Das Weiterbildungsangebot richtet sich vor allem an Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie an Ärzte aus anderen Fachgebieten. Nach Abschluss der Weiterbildung kann die Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert) bei der zuständigen Landesärztekammer beantragt werden. Angehende Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten können die Psychotherapieweiterbildung der Ärztlichen Akademie für mehrere Bausteine der strukturierten Weiterbildung im speziellen Psychotherapieteil für den Erwerb ihrer Facharztbezeichnung nutzen.

Psychotherapeutische Kompetenz wird im Zusammenspiel von theoretischer Weiterbildung, praktischer psychotherapeutischer Tätigkeit und intensiver Selbsterfahrung erworben. Ein Lehrgang besteht aus insgesamt sechs achttägigen Kursen und umfasst die Theorieweiterbildung, das Entspannungsverfahren sowie ein weiteres Verfahren und erstreckt sich über drei Jahre. Am Ende jeder Weiterbildungswoche findet ein Symposion statt, das Bestandteil der Psychotherapieweiterbildung ist. Die Kurse finden zweimal im Jahr im Februar in Benediktbeuern in Bayern und Anfang Juli in Brixen in Südtirol statt.

Die theoretischen Weiterbildungsinhalte werden in Form von Vorlesungen und Seminaren vermittelt. Die Seminare, die in geschlossenen Lehrgangsgruppen organisiert werden, ermöglichen eine intensive Arbeitsatmosphäre. Dadurch entstehen häufig über den fachlichen Austausch hinaus enge persönliche Kontakte. Manche Teilnehmer treffen sich auch noch Jahre nach Abschluss ihrer Weiterbildung regelmäßig im Rahmen der Symposien.

Christine Scholz und Manfred Endres

Weiterbildungsinhalte, die für die theoretische Weiterbildung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert) nachgewiesen werden müssen, werden durch weitere relevante Themen ergänzt. Weiterbildungsbestandteile, die außerhalb der Ärztlichen Akademie erworben werden, können von der Ärztlichen Akademie auf Antrag anerkannt werden, soweit diese von – durch die zuständigen Ärztekammern – anerkannten Lehrtherapeuten durchgeführt werden.

Psychotherapieweiterbildung – Konzept, Inhalt und Struktur des Curriculums

Aufnahme in die Weiterbildung

Für die Aufnahme in die Weiterbildung können sich approbierte Ärztinnen und Ärzte und in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen mit abgeschlossenem Hochschulstudium bewerben. Die Bewerberin bzw. der Bewerber erhält von der Geschäftsstelle der Ärztlichen Akademie den Antrag zur Aufnahme. Den persönlichen Daten sind ein Lebenslauf sowie eine Übersicht über den beruflichen Werdegang anzufügen. Die Vorstandsmitglieder stehen für ein individuelles Beratungsgespräch zur Verfügung.

Das erste Weiterbildungsjahr

Ausgehend vom Konzept der psychischen Entwicklung als lebenslangem Prozess wird im ersten Weiterbildungsjahr die normale Entwicklung während Schwangerschaft und Geburt, im Säuglings-, Kleinkind-, Schul-, Jugend- und Erwachsenenalter unterrichtet. Es werden die tiefenpsychologischen Theorien zur Entwicklung des Selbstgefühls, der Objektbeziehungen, der Ich-Funktionen und der Psychosexualität behandelt. In Anlehnung an die von Anna Freud entwickelten Konzepte werden die verschiedenen Entwicklungslinien im Verlauf des Lebenszyklus verfolgt und Modifikationen im Kleinkind-, Schul-, Jugend- und Erwachsenenalter dargestellt. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt der normalen Entwicklung ist der soziokulturelle Kontext psychischer Entwicklung. Hierzu gehören Aspekte der Familien- und Gruppendynamik, des Lebenszyklus der Familie, Gruppenphänomene in den entsprechend unterschiedlichen Lebensphasen und kulturelle Einflüsse auf die Entwicklung. Seminare zur Anamneseerhebung ergänzen die theoretische Weiterbildung. Bis zum Abschluss der Weiterbildung sind zehn dokumentierte und supervidierte Anamnesen nachzuweisen.

Das zweite Weiterbildungsjahr

Im zweiten Weiterbildungsjahr werden Krankheitsbilder, ihre Diagnostik und Psychodynamik vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter behandelt. Hierzu zählen u. a. Störungen des Bindungsverhaltens, neurotische Entwicklungsstörungen und psychosomatische Erkrankungen, Psychosen, Störungen der sexuellen Entwicklung, Belastungsreaktionen aufgrund chronischer Erkrankungen oder psychosozialer Belastungen sowie Traumatisierungen durch Deprivation, Misshandlung oder Verlusterfahrungen. Ausführlich wird das Antragsverfahren zur Erstellung der Gutachten für die genehmigungspflichtige ambulante Psychotherapie besprochen.

Das dritte Weiterbildungsjahr

Im dritten Weiterbildungsjahr werden die Grundlagen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie vermittelt. Falldarstellungen ergänzen die praxisnah gestalteten Seminare, in denen die Behandlungstechnik und Phänomene wie Widerstand, Übertragung, Gegenübertragung, Abwehrmechanismen und Symbolik besprochen werden. Die Unterschiede in der Behandlungstechnik im Säuglings- und Kleinkindalter, im Schulalter, in der Adoleszenz sowie im Erwachsenenalter werden anhand von Fallbeispielen aus der Praxis unterrichtet. Darüber hinaus erfolgt die Vermittlung von gruppentherapeutischen Verfahren und von praktischer Handhabung der Elternarbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Behandlungstechnische Kompetenz wird in Fallseminaren zu spezifischen Themen vertieft.

Selbsterfahrung

Zentraler Bestandteil der Psychotherapieweiterbildung ist eine fundierte Selbsterfahrung. Diese sollte in der ersten Hälfte der Weiterbildung begonnen werden. Die in den Rahmenrichtlinien geforderte tiefenpsychologisch fundierte Selbsterfahrung wird in Form von mindestens 50 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung oder 100 Stunden Einzelselbsterfahrung bei einem von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Lehrtherapeuten absolviert.

Balintgruppe

Mindestens 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit – darunter versteht man eine Form der patientenzentrierten Selbsterfahrung – müssen bei einem hierfür von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Lehrtherapeuten nachgewiesen werden. Die Teilnehmer haben Gelegenheit, eigene Fälle aus der Praxis einzubringen.

Entspannungsverfahren

Zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert) wie auch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie muss ein Entspannungsverfahren im Umfang von 16 Doppelstunden erlernt werden. Im Rahmen der Weiterbildung an der Ärztlichen Akademie wird in den ersten drei Kursen des Psychotherapie-Lehrgangs das Autogene Training angeboten.

Weitere psychotherapeutische Verfahren

Kenntnisse in weiteren psychotherapeutischen Verfahren dienen der zusätzlichen Selbsterfahrung und der Erweiterung der psychotherapeutischen Kompetenz. Elemente dieser Verfahren können in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen einfließen. Im Rahmen der Weiterbildung an der Ärztlichen Akademie werden Gestalttherapie und Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) vermittelt.

Psychotherapeutische Behandlung unter Supervision

Im zweiten Weiterbildungsjahr kann mit Patientenbehandlungen unter Supervision begonnen werden. Es sind mindestens drei abgeschlossene Behandlungen mit insgesamt 120 Behandlungsstunden unter Supervision nachzuweisen, wobei nach jeder vierten Behandlungsstunde eine Supervisionsstunde stattfinden muss. Die Hälfte der Supervisionsstunden kann in Gruppensupervision erfolgen. Die Supervision der Behandlungsfälle muss bei mindestens zwei unterschiedlichen, anerkannten Supervisoren erfolgen.

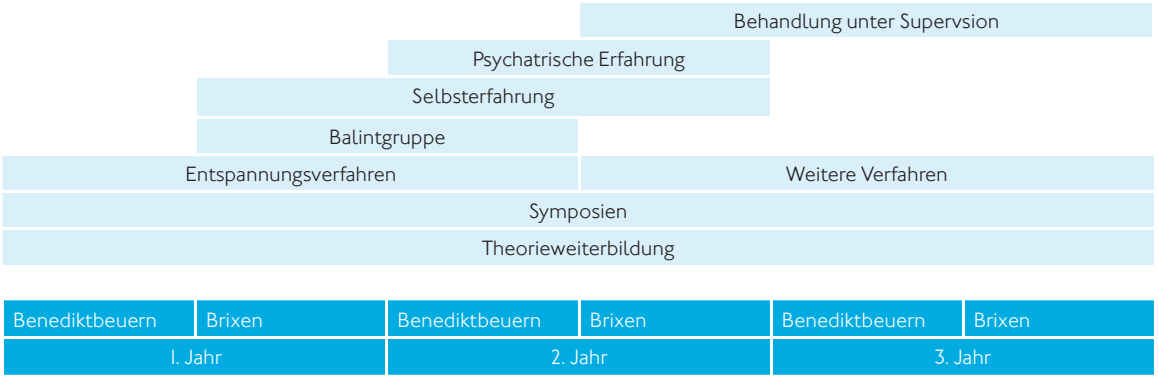
Psychiatrische Erfahrung

Für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie wird von einigen Landesärztekammern eine psychiatrische Erfahrung gefordert, die als Tätigkeit an einer kinder- und jugend- oder allgemeinpsychiatrischen Klinik oder über die Teilnahme an psychiatrischen Fallseminaren mit anschließender Psychiatrieprüfung nachgewiesen werden kann.

Abschluss der Weiterbildung

Nach Abschluss der Weiterbildung erhalten die Weiterbildungsteilnehmer ein Abschlusszertifikat. Damit kann bei der zuständigen Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung Psychotherapie beantragt und die Psychotherapieprüfung abgelegt werden.

Curriculare Psychotherapie-Weiterbilung



Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Dieses Fort- bzw. Weiterbildungsangebot richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert). Auch psychologische Psychotherapeuten, die für die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung von Erwachsenen qualifiziert sind, können sich in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiterqualifizieren.

Nach Abschluss der Qualifikation besteht die Möglichkeit, die Kassenzulassung zu erweitern und auch Kinder und Jugendliche zu behandeln. Voraussetzung ist der Nachweis von Theoriekenntnissen im Umfang von 200 Stunden sowie die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter Supervision (vier Fälle mit insgesamt 200 Behandlungsstunden).

Psychosomatische Grundversorgung

Die Psychosomatische Grundversorgung befähigt Kinderärztinnen und Kinderärzte, psychische Probleme und Erkrankungen zu erkennen und die Kinder einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer wird die Fortbildung in Psychosomatischer Grundversorgung von der Ärztlichen Akademie mit einem zeitlichen Umfang von insgesamt 80 Stunden angeboten, davon 20 Stunden Theorievermittlung, 30 Stunden verbale Interventionstechniken und 30 Stunden Balintgruppenarbeit.

Die Fortbildung wird in zwei Kursen absolviert, die im Rahmen der Weiterbildungswochen der Ärztlichen Akademie angeboten werden. Die Fortbildung erfolgt praxisorientiert, wobei die Krankheitsbilder mit den entsprechenden Interventionstechniken altersspezifisch vermittelt werden. Fortbildungsbegleitend findet die Balintgruppenarbeit statt, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eigene Fälle aus der Praxis einbringen können.

Fortbildungsangebote

Neben der curricularen Weiterbildung bietet die Ärztliche Akademie Fortbildungsveranstaltungen an, die auch von

nichtärztlichen Psychotherapeuten besucht werden können: Symposien, Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie, Traumatherapie, Gruppenpsychotherapie, Psychosomatische Grundversorgung, Qualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Team- und Fallsupervision und Fortbildung in Psychopharmakotherapie.

Symposien

Das erste Symposion der Ärztlichen Akademie fand im Jahr 1995 in Brixen zum Thema „Adoleszenz – Entwicklung, Pathologie, Behandlung“ statt. Seitdem findet regelmäßig im Verlauf jeder Weiterbildungswoche ein dreitägiges Symposion zu aktuellen psychotherapeutischen Themen statt.

Die Symposien sind Bestandteil der Psychotherapieweiterbildung. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit für Therapeuten mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung, ihre Kompetenzen zu vertiefen. Ehemalige Weiterbildungsteilnehmer sowie an kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Themen interessierte Kollegen können an den Symposien teilnehmen. Sie stehen auch anderen Berufsgruppen offen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

So werden Themen, die in den Weiterbildungslehrgängen nur angeschnitten werden können, vertieft. Jedes Symposion wird zu einem ausgewählten Thema veranstaltet, wie z. B. Trennung und Verlust, psychosomatische Erkrankungen, Sexualität und Geschlechtsidentität, Phantasieräume und virtuelle Welten in der Kindertherapie. Die Vorträge werden nachmittags durch Seminare ergänzt. Dort können eigene Fälle eingebracht und psychotherapeutisches Wissen anhand praktischer Beispiele in kollegialem Austausch vertieft werden.

Neben der psychotherapeutischen Fortbildung und dem fachlichen und kollegialen Austausch besteht auch die Möglichkeit, Bekannte wieder zu treffen und neue Kontakte zu knüpfen. Dafür bietet auch der gesellige Abend am Samstag vielfältige Möglichkeiten.

Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie

Die Fortbildung in Eltern-Baby-Kleinkind-psychotherapie wurde für Kolleginnen und Kollegen mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung konzipiert, vor allem für Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Erwachsenenpsychotherapeuten. Mit dieser spezifischen Fortbildung können Therapeuten lernen, die Ursachen, Formen und Auswirkungen psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter zu erkennen und konkrete Hilfestellungen zu geben. Ein wichtiges Ziel der Eltern-Baby-Kleinkind-Therapie ist, die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Säuglingen bzw. Kleinkindern zu verändern, was häufig zur Besserung der Symptomatik führt.

Die Fortbildung dauert zweieinhalb Jahre und umfasst Theorieseminare mit einem Umfang von 80 Stunden sowie praktische Tätigkeit (vier Behandlungen unter Supervision). Die Fortbildungsblöcke finden in fünf Kursen statt. Die Fortbildung ist zeitlich so konzipiert, dass die Teilnahme an den Vorträgen der Symposien möglich ist.

Traumatherapie

An der Fortbildung in Traumatherapie können Kolleginnen und Kollegen mit fortgeschrittener psychotherapeutischer Weiterbildung teilnehmen. Sie dient als Grundlage für die psychotherapeutische Arbeit mit

traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Unterschiedliche traumatische Erfahrungen erfordern spezifische Behandlungsansätze. In den Seminaren werden die Folgen psychischer, physischer und sexueller Gewalt, Deprivation, schwerer Schicksalsschläge wie Unfall, Tod eines Familienangehörigen oder schwere Erkrankung behandelt. Für die eigene Fallarbeit bietet die Ärztliche Akademie Supervisionsgruppen an.

Die Fortbildung dauert zwei Jahre und umfasst 64 Stunden. Sie wird in vier Kursen absolviert, die im Rahmen der Weiterbildungswochen der Ärztlichen Akademie angeboten werden. Die Fortbildung ist zeitlich so konzipiert, dass die Teilnahme an den Vorträgen der Symposien möglich ist.

Psychodynamische Gruppenpsychotherapie tiefenpsychologisch fundiert

Nach Abschluss der psychotherapeutischen Weiterbildung kann eine Zusatzqualifikation in Gruppentherapie erworben werden. Mit dem Abschluss der Fortbildung kann bei der kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von gruppenpsychotherapeutischen Leistungen beantragt werden.

In vier Fortbildungskursen werden 48 Stunden Theorie vermittelt. Weiter müssen 40 Doppelstunden eigene Gruppenselbsterfahrung (tiefenpsychologisch fundiert oder analytisch) und 48 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung – auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mind. 80 Stunden – mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nachgewiesen werden. Die Fortbildung ist zeitlich so konzipiert, dass die Teilnahme an den Vorträgen der Symposien möglich ist.

Teamentwicklung und Fallsupervision

Die zweijährige Fortbildung qualifiziert zur Teamentwicklung und Fallsupervision in Einrichtungen wie z. B. Kindergärten, Kindertagesstätten und Krankenhäusern. Ein besonderer Schwerpunkt der Supervisorenausbildung bildet die Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden, was besonders für die Supervision in Einrichtungen, die sich mit der Integration von Migranten und Flüchtlingen in unsere Gesellschaft beschäftigen, sinnvoll ist.

Fortbildung im Bereich der Psychopharmakotherapie

Die Ärztliche Akademie bietet ein 40-stündiges Seminar zur Indikation und Kontraindikation psychopharmakotherapeutischer Behandlung an. Das Seminar ist in erster Linie geeignet für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, steht aber auch anderen Ärztinnen und Ärzten offen, die kinder- und jugendmedizinisch und/oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutisch tätig sind.

Von renommierten Referenten erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Grundzüge der Psychopharmakotherapie, v. a. bei Depressionen einschließlich Suizidalität, Angst- und Zwangsstörungen, schizophrenen Psychosen, kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen, ADHS/ADS und Ticstörungen, Suchterkrankungen, bipolaren Störungen und Schlafstörungen.

Die Fortbildung wird in zwei Kursen absolviert, die im Rahmen der Weiterbildungswochen der Ärztlichen Akademie angeboten werden. Die Fortbildung ist zeitlich so konzipiert, dass die Teilnahme an den Vorträgen der Symposien möglich ist.

Fortbildungsangebote

Präventionsprogramm „wir2“

Wir2 ist ein bindungsorientiertes und emotionszentriertes Gruppentraining für Alleinerziehende mit Kindern im Vorschulalter. Es hat einen nachweislich positiven Effekt auf die emotionalen Fähigkeiten der Mütter und Väter. Die Beziehung zu ihren Kindern wird durch das Programm nachhaltig gestärkt und kindliche Verhaltensauffälligkeiten werden gemildert. Das Elterntraining wird durch ein Gruppenprogramm für Kinder von Alleinerziehenden im Alter von 4-6 Jahren ergänzt.

Die Fortbildung wird in zwei Blöcken angeboten, die jeweils von Donnerstag bis Samstag im Rahmen der Symposien der Ärztlichen Akademie stattfinden. Nach Abschluss der Fortbildung sind die Teilnehmer in der Lage, Eltern- und Kindergruppen selbständig zu leiten. An der Fortbildung können auch nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Klinik und Praxis teilnehmen.

Tagungsorte

Da die Weiterbildung in der Ärztlichen Akademie überregional organisiert ist, konzentrieren sich die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf zwei Weiterbildungswochen im Jahr, die im Frühjahr in Benediktbeuern (Oberbayern) und im Sommer in Brixen (Südtirol) stattfinden. Beide Weiterbildungsorte haben eine lange Tradition. Die erste Weiterbildungswoche fand 1977 in Brixen statt.

Heute ist die Stiftungsfachhochschule in Benediktbeuern Gastgeber der Weiterbildungswoche. Die Stiftungsfachhochschule ist in der ehemaligen Klosteranlage angesiedelt, in der auch das Zentrum für Umwelt und Kultur (ZUK) beheimatet ist. In den großzügigen historischen Gebäuden, die zu eindrucksvollen Tagungsräumen umgestaltet wurden, findet sich eine Atmosphäre, die in der Abgeschiedenheit von großstädtischer Hektik einen intensiven Lernprozess ermöglicht.

In Brixen ist seit vielen Jahren die Cusanus-Akademie unser Gastgeber. Sie liegt im Zentrum von Brixen und ist eine kirchliche Weiterbildungseinrichtung, die unterschiedlichsten Organisationen Raum für Veranstaltungen bietet. Auch hier trägt die gastfreundliche Atmosphäre zum Gelingen der Weiterbildungsveranstaltungen bei.

Alle Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) und mit der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern). Mit der Teilnahme können Fortbildungspunkte für den Erwerb des jeweiligen Fortbildungszertifikates erworben werden.

Zwischen Kunst und Kultur: Unsere besonderen Tagungsorte

Markus Züger

Das 40-jährige Jubiläum bietet auch die Gelegenheit, unsere besonderen Tagungsorte vorzustellen sowie auf die bislang gemeinsamen Ausflüge der Ärztlichen Akademie zurückzublicken. Schon Renate und Gerd Biermann haben regelmäßig Ausflüge organisiert, zum Beispiel die Wanderung auf die Plose bei Brixen. Seitdem Manfred Endres die Leitung übernommen hat, wurden diese gemeinsamen Ausflüge am Mittwochnachmittag fester Bestandteil der Lehrgangswochen, von Christine Scholz geplant, organisiert und begleitet.

Für die Lehrgangsteilnehmer bietet Benediktbeuern mit seiner schönen Umgebung Erholung und Abwechslung. Das oberbayerische Klosterdorf liegt am Fuße der Benediktenwand (1.801 m) und am Rande der Loisach-Kochelsee-Moore. Besonders am lehrgangsfreien Mittwochnachmittag gibt es daher die Gelegenheit, nach einer Fülle von Vorträgen und Seminaren in einer herrlichen Landschaft die besonderen Schätze an Kunst und Kultur zu entdecken: Das Tölzer Land mit Murnau und Kochel am See, der Starnberger See mit dem Buchheim Museum und die Gegend um Garmisch-Partenkirchen können als Museumslandschaft bezeichnet werden. Viele Besichtigungen und Führungen durch die Museen dieser Gegend haben wir schon in guter Erinnerung, z. B. das Buchheim Museum der Phantasie in Bernried, das Franz Marc Museum in Kochel am See, das Schloßmuseum sowie das Münter-Haus in Murnau. Das Ausflugsprogramm in Benediktbeuern ist abwechslungsreich, aber nicht nur auf Museen begrenzt. So waren wir einmal in Oberammergau, wo wir das Passionstheater besichtigen konnten, in dem alle zehn Jahre die von Laienschauspielern aufgeführten Passionsspiele stattfinden, und einmal auch im Schloss Linderhof in Ettal, dem Schloss von König Ludwig II. In besonders eindrucksvoller Erinnerung ist uns auch der Besuch der Internationalen Jugendbibliothek im Schloss Blutenburg in München, wo wir bei einer Führung der Kinderbuchmalerin Binette Schroeder begegneten. Sie erzählte uns, wie schwer es für sie war, beim Gestalten des Buches „Der Froschkönig“ den Vater mit seiner Aggressivität und die Prinzessin mit ihrem Ekelgefühl zu malen. Es sei ihr regelrecht selber so schlecht gegangen, wie es die Prinzessin erleben musste.

TAGUNGSBÜRO

Neuere Entwicklungen in der
Kinderpsychotherapie
7.-9.7.2017
BRIXEN
BRESSANONE
Cusan

Im Südtiroler Brixen bieten Berge, Sonne und Wärme andere Möglichkeiten für den Mittwochsausflug. Die älteste Stadt Tirols entfaltet im Sommer ein mediterranes Flair und mit ihrer Fülle an kunsthistorisch interessanten und kirchengeschichtlich reichen Sehenswürdigkeiten eine passende Ergänzung zum breiten Spektrum der wissenschaftlichen Vorträge und Seminare der Akademie. Eingebettet in die Gebirgsmassive der Ausläufer des Ritten und der Dolomiten, bieten die traditionellen Wanderungen auf der Plose die Möglichkeit zu Gespräch und Austausch außerhalb der festen Lehrgangsgruppen. Das anschließende, wohlverdiente und hervorragende Essen vom Koch und Inhaber Franz Pernthaler auf der Schatzerhütte bietet mehr als nur Gaumenfreuden, denn der Blick auf die Aferer Geisler in der Abendsonne bleibt im Gedächtnis.

Wir besuchten auch Bozen und statteten einem unserer Vorfahren im Ötzi-Museum einen Besuch ab: ein Lehrstück menschlicher Aggressivität aus der Steinzeit. Ein Besuch galt auch dem Messner Mountain Museum auf Schloss Sigmundskron bei Bozen, das Reinhold Messner den „verzauberten Berg“ nennt. Dort hat Messner Installationen zum Thema „Mensch und Berg“ zusammengetragen. Sie erzählen von der Entstehung, der Erhabenheit und der Eroberung der Gebirge. An manchen Stellen wird der Besucher mit Sinnsprüchen konfrontiert, wie z. B. von Konfuzius: „Menschen stolpern nicht über Berge, sondern über Maulwurfshügel“. Ein Erlebnis für alle Sinne.

So stärken die Mittwochsausflüge das Wir-Gefühl und den Zusammenhalt der Lehrgangsgruppen und haben immer wieder unvergessliche Eindrücke hinterlassen. Wir freuen uns jedes Mal auf unsere herrlichen Tagungsorte und besonders auf den gemeinsamen Ausflug. Für die perfekte Organisation der traditionellen Mittwochsausflüge sagen wir Christine Scholz, Renate Flügel und Katja Lechner herzlichen Dank.

Psychotherapieweiterbildung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Christian A. Rexroth

Die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. bietet Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) eine spezifische Weiterbildung in Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden an. Besonders hervorzuheben ist, dass das strukturierte Curriculum auf die Weiterbildungsordnung abgestimmt ist, die Anforderungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllt und damit zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Psychotherapieleistungen berechtigt. Zusätzlich kann die Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert) erworben werden.

Die KJPP ist ein seit 1968 eigenständiges Fachgebiet und umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld. Die Psychotherapie wurde auch in der Namensgebung des Fachgebietes fest verankert, als die Bezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ 1992 mit der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer eingeführt wurde und den 1968 eingeführten Titel „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ablöste.

Die KJPP-Weiterbildung umfasst gemäß Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mindestens 60 Monate an einer entsprechenden Weiterbildungsstätte, davon 12 Monate Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und / oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wovon 6 Monate in Neuropädiatrie angerechnet werden können. Die strukturierte Weiterbildung ist in einen allgemeinen Psychiatrie-Teil, einen speziellen Neurologie-Teil und einen speziellen Psychotherapie-Teil gegliedert. Üblicherweise trifft der Arzt im ersten Weiterbildungsjahr die Entscheidung für eines der drei wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren und beginnt dann mit der Weiterbildung im spezifischen Psychotherapie-Teil.

Christian A. Rexroth
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Zentrum Amberg, Cham und Weiden

Dieser umfasst folgende Bausteine:

1. 100 Stunden Seminarweiterbildung über theoretische Grundlagen der Psychotherapie, insbesondere allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie sowie der Theorie und Methodik der Verhaltenstherapie, Theorie und Therapie in der Psychosomatik

2. Kenntnisse in Therapien unter Einschluss der Bezugspersonen, davon 5 Doppelstunden Familientherapie, 10 Behandlungsstunden Krisenintervention unter Supervision und 8 Behandlungsstunden supportive Psychotherapie unter Supervision
3. 16 Doppelstunden Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung oder Hypnose
4. 10 Stunden Seminar und 6 Behandlungen unter Supervision in Krisenintervention, supportive Verfahren und Beratung
5. 10 Stunden Seminar in psychiatrisch-psychotherapeutischer Konsil- und Liaisonarbeit unter Supervision
6. 240 Therapiestunden mit Supervision nach jeder 4. Behandlungsstunde in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren (für die Weiterbildung bei der Ärztlichen Akademie: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) im gesamten Bereich psychischer Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, bei denen die Psychotherapie im Vordergrund des Behandlungsspektrums steht
7. 35 Doppel-Stunden Balintgruppenarbeit (für die Weiterbildung bei der Ärztlichen Akademie, nicht: Interaktionelle Fallarbeit, IFA)
8. 150 Stunden Einzel- oder Gruppen-Selbsterfahrung. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.

Während die Inhalte zu 2., 4. und 5. in der Regel im Rahmen der klinischen Tätigkeit und die Bausteine 6., 7. und 8. durch einen bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer entsprechend akkreditierten Weiterbilder vor Ort vermittelt werden, liegt die Organisation der Bausteine 1. und 3. beim Arzt in Weiterbildung. Dabei ist zu beachten, dass die Bausteine 1., 6., 7. und 8. im gleichen Therapieverfahren erfolgen müssen, in dem auch die anderen Bausteine geleistet werden (für die Weiterbildung bei der Ärztlichen Akademie: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), und dass der Selbsterfahrungsleiter nicht auch andere Bestandteile der Weiterbildung vermitteln darf. Nachdem die Richtlinien für die Weiterbildung seitens der Landesärztekammern variieren können, sollten die Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer Informationen über die Weiterbildungsinhalte einholen.

Die Ärztliche Akademie bietet Ärztinnen und Ärzten in KJPP-Weiterbildung einen umfangreichen Teil der Bausteine der strukturierten Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil der Facharztweiterbildung. Dazu gehört die Teilnahme an

- der Seminarweiterbildung zu den theoretischen Grundlagen (1.)
- dem Autogenen Training (3.) sowie – bei geographischer Nähe zur Ärztlichen Akademie in München – auch die Teilnahme an
- der institutseigenen Balintgruppe (7.).

Ergänzend dazu bietet die Ärztliche Akademie auch eine Fortbildung zur Psychopharmakotherapie von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden entsprechend dem allgemeinen Psychiatrie-Teil an. In 40 Stunden werden die Indikation und Kontraindikation medikamentöser Behandlungen und anderer somatischer Therapieverfahren in Wechselwirkung mit der Psycho- und Soziotherapie einschließlich praktischer Anwendungen vermittelt.

Die Psychotherapieweiterbildung bei der Ärztlichen Akademie zeichnet sich besonders dadurch aus, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland unterschiedlicher Fachgebiete und klinischer Erfahrung und Tätigkeitsbereiche in einem umschriebenen zeitlichen Umfang (jährlich zwei Wochen für drei Jahre) zu einem intensiven Lernen und Austausch an zwei ausgewählten Tagungsorten die theoretischen Inhalte mit praktischer Selbsterfahrung verbunden in geschlossenen Lehrgängen erfahren und über die Symposien renommierte Referenten mit teils internationaler Reputation kennen lernen. Wenn aus beruflichen oder privaten Gründen (z. B. Elternzeit) die Teilnahme an einer Weiterbildungswoche nicht möglich sein sollte, kann diese in Absprache mit dem Lehrgangsleiter zu einem späteren Zeitpunkt unproblematisch nachgeholt werden.

Weiterführende Links

- http://www.dgkjp.de/ (letzter Zugriff 30.04.18)
- (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer in der Fassung vom 28. Juni 2013 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf (letzter Zugriff 30.04.18)
- Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 23. Oktober 2016. S. auch http://www.dgkjp.de/component/content/article/78-fortbildung/66-facharztweiterbildung (letzter Zugriff 21.04.18)

Theoretische Rahmung, Erweiterung und Vertiefung: Vorlesungen zur Entwicklungspsychologie, Lerntheorie und Tiefenpsychologie

Reinhard Fatke

Seit langem bilden die Vorlesungen „Entwicklungspsychologie und Lerntheorie I-IV“ und „Tiefenpsychologie I-IV“ einen festen Bestandteil im Curriculum der Psychotherapieweiterbildung der Ärztlichen Akademie. Sie finden jeweils im Sommer in Brixen statt und sind auf zwei Jahre in der Weise aufgeteilt, dass in jedem Jahr zwei Module beider Themenbereiche behandelt werden. Dabei werden jeweils Vorlesungen zu theoretischen Grundlagen, Begriffen und Konzepten mit Analysen konkreter Phänomene des Kinder- und Jugendlebens, die auch für therapeutische Fragen aufschlussreich und relevant sind, miteinander kombiniert.

Der Schwerpunkt des gesamten Weiterbildungsprogramms liegt verständlicherweise auf den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, die den angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die notwendigen professionellen Kompetenzen vermitteln. Diesen ist deshalb auch der größte Teil der Vorlesungen, Seminare, Workshops und Übungen gewidmet. Eingebettet sind sie jedoch – auch wenn das in den einzelnen Modulen nicht unbedingt explizit gemacht wird – in übergreifende theoretische Zusammenhänge. Diese zu entfalten, um so eine theoretische Rahmung herzustellen, ist die Absicht der theorieorientierten Vorlesungen. Das kann natürlich nur in groben, jedoch akzentuierten Umrissen geschehen, denn die Felder sind so umfangreich, dass ihnen eigentlich jeweils ganze Vorlesungsreihen gewidmet werden müssten. Aber die Teilnehmenden bringen ja auch Voraussetzungen in theoretischer Hinsicht mit, haben sie doch in ihren vorangegangenen Ausbildungen bereits Theorien der Entwicklung, des Lernens und auch der Tiefenpsychologie zumindest ausschnittweise kennengelernt. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass solche Kenntnisse nach längerer Zeit verblassen. Deshalb wird es dankbar aufgenommen, noch einmal die wichtigsten Theorieansätze und deren Hauptbegriffe erläutert zu bekommen, um auch die psychotherapeutischen Erkenntnisse und Erfahrungen auf ein allgemeines theoretisches Fundament stützen zu können.

Reinhard Fatke
Em. Ordinarius für Pädagogik
Alt-Dekan der Philosophischen Fakultät
Universität Zürich

Hinzu kommt, dass die behandelten Themen in der Regel ein größeres Tableau an Theorieansätzen wie auch an konkreten Phänomenen des Kinder- und Jugendlebens umfassen, als die Teilnehmenden in ihrem Studium der Medizin (oder auch der Psychologie) bislang kennengelernt haben. Auch wenn der Akzent der theorieorientierten Vorlesungen auf den kognitiven Entwicklungs- und Lerntheorien sowie der psychoanalytischen Entwicklungslehre liegt, werden auch grundsätzliche Fragen behandelt, wie z. B. was Entwicklung und Lernen überhaupt ist, wie sie unterschieden und wie sie von Erziehung, Bildung, Sozialisation, Enkulturation, Empowerment und ähnlichen Konzepten abgegrenzt werden, wie sie gemessen

werden können, welche Grundtypen von Entwicklungstheorien es gibt, wie sich in der Wissenschaftsgeschichte die verschiedenen Theorien entwickelt und einander abgelöst haben und warum, welche anthropologischen Konzepte („Menschenbilder“) ihnen unausgesprochen zugrunde liegen usw.. Damit versuchen die Vorlesungen, über die Rahmung hinauszugehen und auch eine theoretische Erweiterung und Vertiefung zu bieten.

Auch wenn die Betonung auf dem tiefenpsychologischen Ansatz liegt, erweist es sich für ein erweitertes Verständnis kindlichen und jugendlichen Verhaltens als hilfreich, wenn auch die kognitiven Entwicklungstheorien (Piaget und die Folgen) sowie die Kernaussagen älterer und neuerer entwicklungspsychologischer Theorien behandelt werden. Ebenfalls kommt die Kenntnis älterer und neuerer Lerntheorien, z. B. zum informellen und zum situativen Lernen, dem Verständnis von Phänomenen des Kinder- und Jugendlebens zugute.

Solche konkreten Phänomene bilden neben den Theorien einen zweiten Schwerpunkt der Vorlesungsreihe. Sie werden in jedem Jahr jeweils in der zweiten Moduleinheit behandelt. Als Beispiele für eine (im weitesten Sinne) entwicklungspsychologische Betrachtung seien genannt: Spielen, Sammeln und Schenken, Peer-Beziehungen und Freundschaften, Geschwisterbeziehungen, Familienkonstellationen im historischen Wandel u. ä. – Beispiele für eine tiefenpsychologisch akzentuierte Betrachtung von Ausdrucksformen des Kinder- und Jugendlebens sind: Risikoverhalten, Selbstverletzungen und Suizidalität, Aggressionen („böse Kinder“), Phantasieren (im Spielen, Zeichnen und Geschichtenerfinden) u. ä.

Die Analysen dieser Phänomene beziehen auch jeweils weitere theoretische Konzepte ein, beispielsweise im Fall der Aggression die sozialwissenschaftliche Etikettierungstheorie („labeling approach“), nach der Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur Delinquenz aufgrund von Stigmatisierungsprozessen durch die soziale Umwelt und besonders durch Instanzen sozialer Kontrolle wenn nicht ausgelöst, so doch massiv verstärkt und verfestigt werden. Autoaggression (Risikoverhalten, Selbstverletzungen, Suizid) ist nicht hinreichend zu erklären mit dem überkommenen psychiatrischen Konzept einer längeren Depressionsgeschichte. Vielmehr ergibt sich mithilfe konzeptueller Ergänzungen aus der Anthropologie, der Philosophie, der Gruppenpsychologie u. ä. ein umfassenderes Verständnis. Empirische, zumeist qualitativ-rekonstruktive Untersuchungen liefern hierzu das nötige Fundament für eine solche erweiterte Betrachtungsweise.

Besonderes Augenmerk wird in den tiefenpsychologischen Vorlesungen (Moduleinheiten II und IV) auf die Phantasie gelegt, zumal sie im Kinder- und Jugendleben eine besonders große Rolle spielt, aber auch in der Therapie von Störungen aller Art von zentraler Bedeutung ist. Anhand zahlreicher Beispiele (selbst erfundenen Geschichten, Phantasiegefährten, Spielhandlungen, aber auch Protokollen von Therapiegesprächen) wird die herausragende Rolle der Phantasie im kindlichen und jugendlichen Denken und Handeln dargestellt und analysiert. Verknüpft wird das in den Moduleinheiten I und III mit den Grundbegriffen der Tiefenpsychologie (Unbewusstes, Widerstand, Verdrängung, Primär- und Sekundärprozess, Abwehrmechanismen, Strukturmodell der psychischen Instanzen usw.), die im Grunde zwar bekannt sind (oder zumin-

dest bekannt sein sollten), deren innerer systematischer Zusammenhang und deren Weiterentwicklungen in neueren tiefenpsychologischen Strömungen aber nicht unbedingt präsent sind.

Bei den konkreten Phänomenen in den Vorlesungen zur Entwicklungspsychologie und Lerntheorie (Module II und IV) geht es ebenfalls darum, zum einen den Blick auf in der Regel wenig beachtete Erscheinungen und Ausdrucksformen zu richten (Sammeln, Freundschaften) und zum anderen z. B. gesellschaftstheoretische Konzepte von Kindheit und Jugend im Wandel der Geschichte und in ihrer Bedeutung für die Ausgestaltung des Kinder- und Jugendlebens kennenzulernen, um so ein umfassenderes Verständnis zu ermöglichen.

Die positiven Rückmeldungen zu den theorieorientierten Vorlesungsblöcken haben die Ärztliche Akademie veranlasst, im Weiterbildungsprogramm daran festzuhalten. Eine Ausweitung, wie sie von Teilnehmenden gelegentlich gewünscht wird, ist jedoch nicht möglich, da das Zentrum der Weiterbildung selbstverständlich die Veranstaltungen zu psychotherapeutischen Verfahren bleiben müssen. Umso konzentrierter müssen die hier skizzierten Vorlesungen gestaltet sein, damit die Theorien der Entwicklung, des Lernens und der Tiefenpsychologie sowie die Analysen von Phänomenen des Kinder- und Jugendlebens – jeweils aus entwicklungspsychologischer und aus tiefenpsychologischer Sicht – eine theoretische Rahmung, Ergänzung und Vertiefung der Psychotherapieweiterbildung bieten.

Entwicklungspsychologie

Eva Rass

Die Entwicklungspsychologie präsentiert sich als eine multidisziplinäre Theoriengruppe. Die Hirnforschung, insbesondere die Neurobiologie, ist zu einer Hilfswissenschaft der Entwicklungs- und Tiefenpsychologie geworden. Die neurobiologische Forschung kann belegen, dass die Schwangerschaft und die ersten 18 Monate Prägungscharakter haben. Daher ist es von großer Bedeutung, welche Erfahrungen der junge Mensch während dieser Zeit macht, und es ist mehr als plausibel, dass gute Bedingungen in der Kindheit präventiven Charakter haben. Umgekehrt wird der realen Traumatisierung bei der Entstehung psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Störungen eine größere Bedeutung eingeräumt als den phantasierten, unbewussten Konflikten. Damit bekommen die frühen realen Interaktionserfahrungen als Wegbereiter der späteren Entwicklung ein wesentliches Gewicht.

Anfang 1900 begann mit Sigmund Freud die Entwicklungs- und Tiefenpsychologie zu einer wissenschaftlichen Disziplin zu werden. In der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts eröffneten zudem neue Erkenntnisfortschritte im Feld der Entwicklungspsychologie komplexe Zugänge und Einsichten zur Entfaltung des Menschen und zu der Bedeutung der Umgebungsfaktoren. John Bowlby legte in den 1960er Jahren mit seiner Forschung das Fundament der Bindungstheorie, die derzeit als die am gründlichsten und sorgfältigsten evaluierte Entwicklungspsychologie gilt. Weltweit veröffentlichen Forscher in fast nicht mehr überschaubarem Ausmaß ihre Erkenntnisse. In Deutschland ist die Forschung u.a. durch Klaus und Karin Grossmann vertreten.

Neben der durch die Videographie höchst präzise gewordenen Beobachtung der Interaktion können bildgebende Verfahren Einblicke in hirnorganische Prozesse eröffnen. Weiter haben Messungen am Körper (z. B. Herzschlag, Hautwiderstand, Speichelüberprüfung zur Erfassung des Stresspegels) der Entwicklungspsychologie ein wissenschaftlich nachvollziehbares Fundament unterlegt, sodass inzwischen der Wechsel von einer „weichen“ zu einer „harten“ Wissenschaft vollzogen werden konnte. Die Hirnforschung, insbesondere die Neurobiologie, ist zu einer Hilfswissenschaft der Entwicklungs- und Tiefenpsychologie geworden.

Eva Rass
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Hochschule Mannheim

Entwicklung ist unter anderem ein biologisches, ein psychobiologisches und mentales Phänomen und bezieht sowohl das Körperliche als auch das Psychische mit ein. Die Entwicklungspsychologie präsentiert sich dabei als eine multidisziplinäre Theoriengruppe. Die Phänomene des Lebens lassen sich nicht mehr nur unter einem Aspekt erklären. Nun erlaubt der breit gefächerte Wissenszuwachs in den letzten 50 bis 60 Jahren – und insbesondere der Zeitraum zwischen 1990 und 2000 (dieser Zeitraum wird als die „Dekade

des Gehirns“ bezeichnet) – strukturelle Sequenzen im Entwicklungsverlauf wahrzunehmen, mit deren Hilfe die Komplexität der menschlichen Entwicklung konzeptuell erfasst werden kann.
Die frühe Kindheit stellt das Fundament des Lebens dar. Die neurobiologische Forschung kann belegen, dass die Schwangerschaft und die ersten 18 Monate Prägungscharakter haben – d. h. dass die dort gemachten Erfahrungen unauslöschlich in die hirnorganische Struktur eingeprägt sind. Daher ist es von großer Bedeutung, welche Erfahrungen der junge Mensch während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit macht, und es ist mehr als plausibel, dass gute Bedingungen in der Kindheit präventiven Charakter haben. Wer in seiner frühen Zeit gute Beziehungs- und Bindungserfahrungen machen kann, begibt sich besser ausgerüstet auf den langen Lebensweg. Jemand, der nur unzureichend gute Erfahrung machen konnte, wird einen dornenreicheren Weg zu beschreiten haben. Es gibt zwar Möglichkeiten, durch spätere, bessere Beziehungs- und evtl. therapeutische Erfahrungen an diesem Basalen eine Reorganisation vorzunehmen, doch ist es nicht einfach, diese in das bis dahin entwickelte neuronale Netz zu integrieren, wenn die frühen Jahre mit übermäßigen Belastungen einhergingen.

Sowohl die psychische als auch die hirnorganische Strukturbildung geht mit Bindungserfahrungen einher, die in die fortwährenden Aktionen des Kindes mit seinen Fürsorgepersonen eingebettet sind. Realer Traumatisierung – dazu gehört auch eine Akkumulation von Minimaltraumata durch chronische Überlastung, z. B. fortwährende Belastungsfaktoren in der Familie, kontinuierliche Überforderung in spezifischen Lebensbereichen – wird bei der Entstehung psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Störungen eine größere Bedeutung eingeräumt als phantasierten, unbewussten Konflikten. Damit bekommen die frühen realen Interaktionserfahrungen als Wegbereiter der späteren Entwicklung ein wesentliches Gewicht. Diese interdisziplinären Befunde sind wichtig, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie frühe affektive Erfahrungen die gesamte Entwicklung und somit insbesondere die der sich früh entwickelnden rechten Hemisphäre des Gehirns und der damit einhergehenden regulierenden Strukturen unausweichlich beeinflussen. Die rechte Hemisphäre ist in den ersten Jahren die dominante, und diese ist besonders intensiv in den Ausbau der Stressregulation, des kardiovaskulären Systems, des Immunsystems sowie des Hormonsystems involviert. Die linke Hemisphäre, der im Wesentlichen die Kognition und die Sprache zugeordnet wird, gerät erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres in einen bedeutsamen Wachstumsschub. Regulierende Bindungs- und Beziehungserfahrungen prägen sich in die entstehenden neuronalen Strukturen des Gehirns ein. Die Forschung spricht daher von der „sozialen Konstruktion des menschlichen Gehirns“.

Regulierte und beruhigende affektive Interaktionen mit einer vertrauten und vorhersagbaren, primären Bezugsperson schaffen nicht nur das Gefühl von Sicherheit, sondern auch eine positiv aufgeladene Neugier, die es der entstehenden Persönlichkeitskonfiguration ermöglicht, ihre sozioemotionale physikalische Umwelt zu erforschen. Es ist wichtig, zu betonen, dass die entwicklungsgeschichtliche Errungenschaft eines wirksamen Selbstsystems, das verschiedene Erregungs- und psychobiologische Zustände zu regulieren

vermag, sich nur in einer stützenden und emotionalen Umgebung entwickeln kann. Dies bedeutet, dass sich ein zuverlässiges Stressverarbeitungssystem intern nur dann entwickeln kann, wenn zuvor extern durch beruhigende und sicherheitsgebende Fürsorgepersonen eine Milderung der Stresszustände erlebt werden konnte. Diese regulierenden Momente fördern die Erweiterung der Anpassungsfähigkeit des Kindes, und diese Sicherheit der Bindungsbeziehung ist der größte Schutz gegen eine durch Trauma herbeigeführte Psychopathologie. Je mehr sich in den frühen Jahren die Umgebung den Bedürfnissen des Kindes anpasst, desto stabiler können sich Anpassungskompetenzen des Kindes, die im späteren Leben von größter Bedeutung sind, entwickeln.

Der Säugling ist in Erregungszuständen auf die zustandsmodulierten Interventionen der Bezugsperson angewiesen, um die psychobiologische Homöostase wieder herzustellen. Der Fokus bei der Entstehung von Störungen liegt demnach auf den psychischen Nachwirkungen realer Interaktionen, die die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen konnten; nicht etwa auf konflikthaften intrapsychischen Binnenbeziehungen zwischen Wunschphantasien und phantasierten Objekten. Nur durch regulatorische Erfahrungen kann in der neurobiologischen Ausstattung ein Stressverarbeitungssystem aufgebaut werden. Es ist daher von größter Notwendigkeit, dass sich beruhigende Fürsorgepersonen dem erregten Kind in diesen Zuständen unmittelbar und kontinuierlich zur Verfügung stellen. Die biologische Regulation ist somit das Basisgeschehen, aus dem heraus sich im Laufe der Kleinkindzeit Affekte, Emotionen und Gedankengänge entwickeln können. Der Steuerung von Affekten jedweder Art kommt somit eine Schlüsselfunktion zu.

Der Mensch hat von Anfang an Entwicklungsaufgaben zu durchlaufen, und in jedem Alter stehen spezifische Entwicklungsthemen im Vordergrund. Im ersten halben Jahr geht es insbesondere um die grundlegenden Regulierungsprozesse im Organismus des Kindes; bis zum Ende des ersten Lebensjahres und weitergehend bis zum dritten Lebensjahr steht die Bindungsentwicklung im Vordergrund. Aufbauend auf diesem Prozess werden die Autonomieentwicklung und die Exploration des Kindes ermöglicht. Der Impulskontrolle im Allgemeinen und der Interaktionsgestaltung in der Gleichaltrigengruppe kommen große Bedeutung zu. Ab dem Schulalter rückt die körperliche Leistungs- und Sozialkompetenz in den Vordergrund, was ab dem Jugendalter durch die Identitätsbildung und die Bildung außerfamiliärer Beziehungen erweitert wird. Jede neue Entwicklungsaufgabe gleicht einer Schwellensituation, in der neue Reifungsschritte zu bewältigen sind. Übergänge gehen häufig mit normativen Krisen, in denen das Stressverarbeitungssystem die Stabilität der vorherigen gemeisterten Entwicklungsschritte „abklopft“, einher. An auftauchenden längerfristigen Irritationen kann deutlich werden, dass es in der Vorgeschichte offenbar Entwicklungshindernisse gegeben hat. Diese Krisen – insbesondere die der langen Adoleszenz – sind große Chancen, da in ihnen durch bessere Lebenserfahrungen und neue Bewältigungsstrategien Reorganisationsmöglichkeiten bestehen.

Insbesondere mit Blick auf die Kindheit ist wichtig zu betonen, dass ein Kind mehrere wichtige Entwicklungsaufgaben fast nie gleichzeitig bewältigen kann, wie z. B. Geburt eines Geschwisters bei gleichzeitigem Übergang in die außerfamiliäre Betreuung. Meist kann nur eine Aufgabe in Angriff

genommen werden, während die anderen nur bedingt zur Reifung kommen. Dies gilt aber auch für die späteren Jahre und es ist schwierig, parallel stressvolle Belastungen in der Partnerschaft und im Beruf zu bewältigen. Gerade in höchst angespannten Zeiten benötigt der Heranwachsende, angepasst an das jeweilige Alter, die persönliche Regulation seiner Affekte und sicherheitsgebende Bindungserfahrungen. Der fürsorgende Erwachsene muss die bestehende, relative Unreife komplementär ausgleichen, um so dem sich entwickelnden Kind das Gefühl von Ganzheit und Passung zu ermöglichen. Dies setzt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Fürsorgeperson und Kind voraus und kann nicht auf sich häufig wechselnde Bezugspersonen verlagert werden. Gute Beziehungsangebote in einer fördernden Umwelt können Entwicklungsstagnationen beheben, und das Kind kann wieder den Weg seiner autonomen Entwicklung und Exploration beschreiten. Affektregulation, Bindung und Sicherheit liefern lebenslang basale Bausteine für die Bewältigung nie endender Entwicklungsaufgaben. Daher gilt es, der Bindungs- und Beziehungsdiagnostik in der Familie besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. D. h., dass Einfühlungsvermögen, die Regulation bei affektiver Überflutung, das Vermitteln sicherheitsgebender Rahmenbedingungen sowie kognitiver Angebote im Fokus der Einschätzung stehen müssen. Der Diagnostik der Elternkompetenz im Zusammenspiel mit den kindlichen Entwicklungsaufgaben gilt es, größte Bedeutung zukommen zu lassen.

Auch für die moderne Entwicklungspsychologie ist die alte Weisheit gültig: „Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus.“ Wer in den Entwicklungsjahren eine emotionale und sicherheitsgebende Fürsorge erfahren hat, wird im späteren Leben beziehungsfähig, respektvoll, einfühlsam und geduldig mit anderen Menschen umgehen können. Die sicherheitsgebenden Erfahrungen führen zu Neugier und Weltoffenheit, was im kindlichen Spiel und später beim kreativen Lernen und Arbeiten eine Basis schafft. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass die Bindungsforschung zeigen kann, dass die gemachten Bindungserfahrungen – die wohltuenden wie auch die weniger beruhigenden – in den Umgang mit der nächsten Generation hineinfließen. Man spricht daher von einer transgenerationalen Weitergabe – die sich ebenfalls in einem weisen Satz des Volksmundes niederschlägt: „Es wurde einem in die Wiege gelegt“.

Literatur

- Hauser, S. / Schambeck, F. (Hrsg.)(2010): Übergangsraum Adoleszenz. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- Rass, E. (2011): Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Klett-Cotta, Stuttgart
- Winnicott, D. (1965): Maturational Processes and the Facilitating Environment. Hogarth Press, London. Dt.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Übers. v. G. Theusner-Stampa. Psychosozial Gießen, 2002

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter

Oliver Bilke-Hentsch

Die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bedarf einer eigenen Herangehensweise in der psychodynamischen Diagnostik. Nach dem erfolgreichen Vorbild der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für Erwachsene (OPD-2) wurden die psychodynamischen Konzepte auch für die Diagnostik im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie operationalisiert. Das Ergebnis ist ein Manual, das sich als fakultative, modular aufgebaute psychodynamische Diagnostik in Ergänzung zum „Multiaxialen Klassifikationsschema" (MAS) versteht. Es arbeitet mit den Achsen Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen. Das Kapitel Beziehung schließt auch die Resonanz des Untersuchers mit ein. Das Kapitel Struktur wurde neu konzipiert und ist mit den Einschätzungen zu Persönlichkeitsfunktionen des DSM-5 kompatibel. Konflikte sind neu benannt. Ziel ist es, Konzepte der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse im Kindes- und Jugendalter so zu operationalisieren, dass ihre Verwendung besser überprüfbar wird und ihre Reliabilität steigt.

Entwicklung

Die Arbeitsgruppe OPD-KJ gründete sich im Jahre 1997 als Antwort auf das Primat der biologischen und epidemiologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und die psychodynamisch weitgehend theoriefreie ICD-10. Nachdem sich im Erwachsenenbereich die OPD etwa seit 1992 positiv entwickelt hatte, wurde in enger Zusammenarbeit mit diesen Kollegen ebenfalls ein achsenorientiertes, aber stärker entwicklungspsychiatrisch orientiertes Instrument für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geschaffen. Eine erste Auflage erschien 2002. Ab diesem Zeitpunkt fanden vielfältige Schulungen statt, die mittlerweile knapp 4.000 Therapeuten erreicht haben. Verschiedene Ausbildungsinstitute und Psychotherapiewochen integrierten die OPD-KJ in ihre Standardausbildung. Die Ärztliche Akademie bietet seit 2004 die OPD-KJ als Bestandteil ihrer Weiterbildung an.

Die OPD-KJ

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bietet Experten einen Zugewinn an Genauigkeit und Differenziertheit der beziehungsdynamischen, konfliktdynamischen und strukturdiagnostischen Befunde. Die OPD-KJ 2 arbeitet mit den Achsen Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen. Ziel ist es, die Konzepte der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse im Kindes- und Jugendalter so zu operationalisieren, dass ihre Verwendung besser überprüfbar wird und ihre Reliabilität steigt. Der Kinderarzt bzw. der Kinder- und Jugendpsychiater sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann mit Hilfe unterschiedlicher Fragebögen wie

Oliver Bilke-Hentsch
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Chefarzt der Modellstation SOMOSA Winterthur

beispielsweise zur Befunderhebung Items auswählen, die u. a. die Kommunikationssituation erfassen, wie auch die gegenseitigen Reaktionen der Interaktionspartner, das subjektive Erleben des Untersuchers oder die Beziehung des Patienten zu sich selbst. Der Umgang mit dem Fragebogen, die Bedeutung der Items und die Berücksichtigung der richtigen Einschätzung der Untersuchungssituation („Beobachtung", „Anamnese", „Symbolisiert") werden in den Fortbildungsseminaren geschult. Die Auswertung der Informationen aus Interviews mit Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen, aus Spielbeobachtung, Anamnese und szenischem Verstehen erlauben dem bei Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch Tätigen mit Hilfe der OPD-KJ 2 eine gut operationalisierbare Einschätzung verschiedener, für die Diagnose- und Indikationsstellung wichtiger Dimensionen, die sich zum Beispiel auf typische Konflikte oder auch strukturelle und motivationale Voraussetzungen des Patienten beziehen können.

Die Arbeitsgruppe OPD-KJ entwickelte ein Instrument, das auf vier Achsen zu Krankheitserleben, Beziehungsmustern, intrapsychischen Konflikten und der psychischen Struktur von Kindern und Jugendlichen eine entwicklungsbezogene psychodynamische Befunderhebungen möglich macht und somit jenseits einer Diagnose gemäß ICD-10 (bald ICD-11) oder DSM-5 eine differenzierte Einschätzung der Persönlichkeit und der zentralen Lebensthemen erlaubt, die das Erleben und Verhalten der Klienten bestimmen.

Die Persönlichkeitsstruktur

Da der Begriff der psychischen Struktur unter Therapeuten in sehr vielfältigen Bedeutungen verwendet wird, musste der Versuch einer definitorischen Eingrenzung unternommen werden. In der Entwicklung des Kindes sind Struktur und Funktion nicht zu trennende Aspekte ein und desselben Geschehens. Struktur stellt die Auskristallisation von Funktionen und Fähigkeiten dar, wobei zwei Aspekte hervorzuheben sind. Einerseits wird im Rahmen der psychischen Struktur Gelebtes als Erfahrung festgehalten, aktuelle funktionelle Aspekte werden in einen Erfahrungsschatz übergeführt, um uns selbst, die anderen und uns in Beziehung zu den anderen zu erleben. Der zweite Aspekt der psychischen Struktur kennzeichnet das zur Verfügung stellen dieser Erfahrungen. Die Struktur stellt Handlungsbereitschaften und psychische Fähigkeiten des Erlebens zur Verfügung, derer wir uns in der Interaktion mit der Umwelt bedienen können.

Wenn man von Struktur spricht, geht es zum einen um die Aspekte von Funktionalität, Flexibilität, Variabilität, Kontinuität und Verfügbarkeit von Fähigkeiten, zum anderen um Realitätsbezug, Reflexivität und Bewusstheit. Es geht um psychische Freiräume von Erlebens- und Handlungsentscheidungen. Struktur umfasst die Fähigkeit, zu integrieren, zu differenzieren und zu regulieren. Die Verknüpfung von Unterschiedlichem zu einem neuen Ganzen, wodurch Kohärenzen, ganzheitliche Wahrnehmungen und Sinnstrukturen geschaffen werden, ist ebenso wichtig wie die Untersuchung von Ganzheiten auf Unterschiede, wie zum Bespiel die differenzierte Wahrnehmung von Affekten oder die Fähigkeit, sich getrennt von anderen zu erleben. Des Weiteren geht es um die Schaffung und Wiederherstellung von Selbstwertregulierung, Impulssteuerung und Umgang mit negativen Affekten.

Persönlichkeitsstruktur und innerseelische Konflikte

Konfliktthemen, innerseelische Konflikte und Struktur sind in der OPD-KJ keine voneinander unabhängigen Konstrukte. Konflikte brauchen Struktur und werden durch das ihnen zugrunde liegende Strukturniveau moduliert. Je reduzierter das Strukturniveau ist, desto schwieriger wird es, ein stabiles und therapierelevantes Konfliktmuster zu erkennen.

Intrapsychische Konflikte sind unbewusste Zusammenstöße entgegen gerichteter Motivationen, Strebungen oder Verhaltenstendenzen, z. B. auf der einen Seite der Wunsch nach Nähe und Geborgenheit und auf der anderen Seite der Wunsch, selbstständig und unabhängig zu sein. Entgegengesetzte Erlebnis- und Handlungsperspektiven können nicht integriert werden, es kommt zu einer Hemmung oder Blockierung des Gegensystems zum Zweck der Abwehr, ein Pol wird asymmetrisch bevorzugt und es erfolgt ein Rückzug in eine rigide, einseitige Position mit einem Verlust an Flexibilität. Dies erzeugt eine intrapsychische Spannung (Konfliktspannung), welche unterdrückt wird. Einerseits hemmen Konflikte die Entwicklung, indem sie Motivationen und Affekte eines Kindes oder Jugendlichen in den verschiedenen Lebensbereichen auf ein Konfliktthema fixieren und einschränken, andererseits sind überdauernde Konflikte Leistungen des Ichs (Coping), dem es gelungen ist, konflikthafte Beziehungsepisoden zu verarbeiten, wenn auch mit Einschränkungen und Fixierungen.

Schulungskonzept

Die Erlangung des „Zertifikat OPD-KJ“ erfolgt im Rahmen der Weiterbildungswoche für Teilnehmer der Ärztlichen Akademie, die die Kurse zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert) absolvieren. Die Seminare bieten durch Kleingruppen und ihre hohe Interaktivität den Teilnehmern die Möglichkeit, die OPD-KJ maßgeschneidert im Hinblick auf die spezifischen Belange ihrer Institutionen zuzuschneiden. Besonders Neugründungen von Kliniken oder Stationen profitierten davon, die OPD-KJ von vorherein auch interdisziplinär (je nach Achse) einzusetzen.
Die in der Ärztlichen Akademie angebotenen Seminare bestehen aus zwei Einheiten à 6 Stunden, in denen die Grundlagen der OPD-KJ vermittelt werden. Der übliche Ausbildungsgang besteht aus einem Grundkurs und zwei Aufbaukursen von je 1,5 Tagen (45 Stunden). Entscheidend ist die anschließende, regelmäßige Übung in einer Klein- oder Intervisionsgruppe, idealerweise unter Anleitung eines ausgewiesenen Trainers (diese sind im Manual aufgelistet).

Anwendung

Die OPD-KJ findet in folgenden Bereichen Anwendung:

1. Allgemeine Diagnostik und Therapieplanung
2. Fokusfindung bei Fokaltherapie
3. Qualitätssicherung
4. Antragsstellung
5. Dokumentation
6. Forschungsansätze

Sinnvoll ist es, wenn die OPD-KJ in einer Institution oder einem Qualitätszirkel auf mehreren Ebenen zum Einsatz kommt und Synergieeffekte entstehen.

Entwicklungen

Nach der Überarbeitung der ersten Auflage und leichten Verbesserungen im Jahr 2007, die die Rückmeldung aus den vielen Grund- und Aufbaukursen integrierten, ergab sich eine Phase der offenen Anwendung und Erfahrungssammlung. Etwa ab 2010 wurde mit einer großen erneuten Anstrengung und dem erfreulichen Zustrom neuer interessierter Therapeuten und Wissenschaftlern die real zweite, deutlich überarbeitete Auflage in Angriff genommen. Das Manual konnte 2016 als „OPD-KJ 2“ in deutlich erweiterter und verbesserter Version publiziert werden. Neben Vereinfachungen wurden auch der in Berlin entwickelte Interviewleitfaden und andere, stärker anwendungsorientierte Aspekte eingebracht. Während die Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ weitgehend unverändert bleiben konnte, wurden vor allem die Achse II „Beziehung“ leichter anwendbar gestaltet, Achse III „Konflikt“ noch wesentlich ausdifferenziert und Achse IV „Struktur“ beispielsweise im Bindungsbereich weiter optimiert.

Die zunehmende Nachfrage nach Kursen und Anwendungshilfen bestätigt die gute Annahme der 2. Auflage durch die Fachwelt. Parallel dazu konnten die englische Version (mittlerweile publiziert), die spanische Version (komplett übersetzt) und die türkische Version (weitgehend abgeschlossen) in Angriff genommen werden.

Aktuelle Situation

Im Jahre 2017 steht die OPD-KJ – im 20. Jahr ihres Bestehens – neben der Internationalisierung vor den konzeptionellen Aufgaben, die Achse II „Beziehung“ zu optimieren, psychosexuelle Aspekte stärker miteinzubeziehen, die Migrationsthematik stärker zu berücksichtigen und den Trauma-Aspekt noch weiter heraus zu arbeiten. Dies geschieht idealerweise in enger Zusammenarbeit mit den vielen Anwendern, die kritische Rückmeldung geben. Des Weiteren sind Spezialmodule bzw. Zusatzleitlinien (z. B. in den Bereichen Forensik und Sucht) in der Vorbereitung.

Für die Ärztliche Akademie ist die OPD-KJ seit vielen Jahren ein selbstverständlicher Baustein eines operationalisierten und pragmatischen, aber gleichzeitig theorie- und damit menschenbildgeleiteten psychodynamischen Diagnostikansatzes bei Kindern und Jugendlichen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.): OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual. Göttingen, Hogrefe
- Resch, F., und Parzer, P. (2015): Entwicklungspsychopathologie und Psychotherapie. Kybernetische Modelle zur funktionellen Diagnostik bei Jugendlichen. Wiesbaden, Springer Fachmedien
- Rudolf, G. (2012): Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart, Schattauer

Testdiagnostik

Bertke Reiffen-Züger

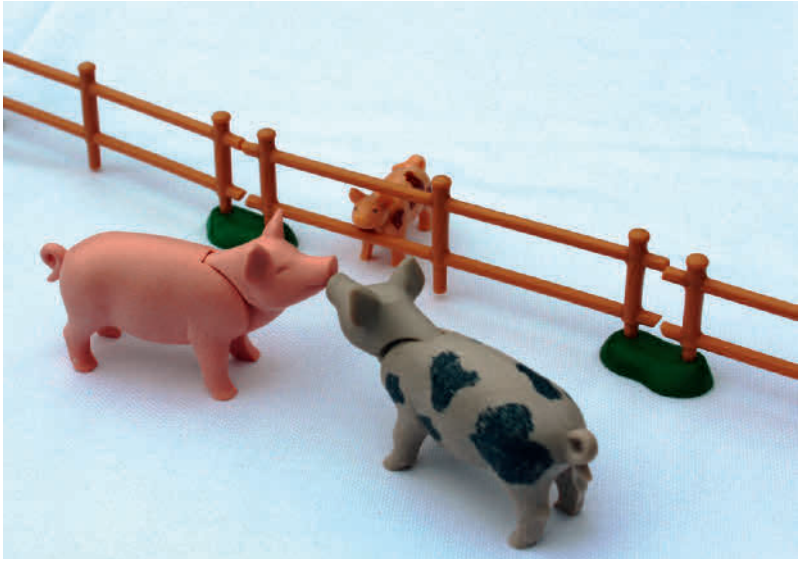
Eine Testbatterie aus Zeichen-, Erzähl- und Spieltests gehört zum Repertoire der Testdiagnostik im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Angereichert durch die Anamnese im Gespräch mit dem Patienten und ggf. den Bezugspersonen sowie der Verhaltensbeobachtung (szenisches Verstehen) kann eine (OPD-KJ-2) Diagnose gestellt werden.

Kontaktaufnahme und erste Tests

Wenn den neuen Lehrgangsteilnehmern in Benediktbeuern von den vielen neuen Eindrücken, Theorien und Begegnungen die Köpfe rauchen, sind sie zunächst verwundert, wenn sie in das Testseminar kommen und sie als erstes das erleben, was einem Kind, das zur Diagnostik zu ihnen kommt, eben auch passiert. Es heißt: „Sie brauchen einen Bleistift, ein Blatt weißes Papier und sonst nichts“. Der Auftrag: „Malen Sie bitte einen Baum“ stößt auf ein mildes Grinsen nach dem Motto: „Wozu soll das denn gut sein?“ Aber sie zeichnen bald, und manchmal wird auch schon richtig kunstvoll gemalt. Spätestens wenn die Aufforderung kommt, sich eine „Geschichte“ zu diesem gemalten Baum auszudenken, wird klar, dass es sich nicht einfach nur um eine Zeichenstunde handelt. Wenn danach erst der eine Mensch und dann das Gegenstück, der andere Mensch, gezeichnet werden soll, und auch über diese beiden Menschen in freier Assoziationen eine Geschichte ausgedacht werden soll, wird für die Teilnehmer in der Regel deutlich spürbar, dass die Zeichenaufgabe einen tieferen Sinn haben könnte. Wird der Baum in seiner andromorphen Gestalt als Symbol des Selbst verstanden, so wird bei diesem zweiten Test die Beziehung zu dem anderen, zur wichtigen Bezugsperson, thematisiert. Es geht um das „Ich und Du“.

Die nächste Aufgabe, für die wiederum auch nur ein leeres Blatt und ein Bleistift benötigt werden, ist dann schon ungewohnter. Der Zauberer, der eine Familie (nicht unbedingt die eigene!) in Gegenstände oder Tiere verwandelt, fordert schon etwas mehr Phantasie. Es wird beim Nachbar „gespickt“, gekichert und manchmal auch gestöhnt. Dieser von Gerd Biermann und Marta Kos abgewandelte Familienzeichentest ist für die meisten Teilnehmer eine echte Herausforderung. Die Herkunftsfamilie? Die aktuelle, eigene Familie? Eine fremde Familie? Wie viele Familienmitglieder? Spätestens jetzt merken alle, dass dieses Zeichnen etwas mit dem eigenen Erleben zu tun hat. Alte Erinnerungen werden wach, Wut und Ärger können hochkommen, aber auch Glücksgefühle und Zufriedenheit. Die Möglichkeit, nicht die eigene Familie zu wählen, ermöglicht die Verschiebung auf ein fremdes Familiengefüge, kann Familienmitglieder durch „Vergessen“ oder „Streichen / Ausradieren“ verschwinden lassen. Die – im Gegensatz zur begrenzten Zahl von möglichen Tieren – Unzahl an Gegenständen, die gewählt werden

Bertke Reiffen-Züger
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Osnabrück



Hier schaut Schweinchen Schwarzfuß zu, wie seine Eltern sich gern haben. Freut es ihn, oder ist er eifersüchtig? Das kommt – wie bei allen projektiven Verfahren – ganz darauf an, was jeder für sich darin sieht.

können, öffnen der Phantasie Tür und Tor. Manch einer der Teilnehmer mag am Ende seine Zeichnungen und die dazugehörenden Storys in der Gruppe vortragen. Es wird dabei gerne gelacht und es entsteht eine Atmosphäre, in der manchmal ein Zugang zum tiefer liegenden Seelischen in den Blick kommen kann, ohne dass gedeutet, bewertet oder kritisiert wird.

Nach diesen Zeichentests werden weitere vorgestellt und zum Teil ausprobiert. Der Wartegg-Zeichentest gehört genauso dazu, wie der Test „Familie in Tieren“ mit dem anschließenden Pigem-Test, wo positive oder negative Identifikationen mit einem Tier (ggf. mit einem der gezeichneten Tiere) abgefragt werden. Dagmar Lehmhaus, die jahrelang für die speziellen Kurse zum Wartegg-Zeichentest verantwortlich war, hat in unserem gemeinsamen Diagnostikbuch diesem Test ein eigenes Kapitel gewidmet.

Zum Schluss folgt dann noch das Squiggle-Spiel. Es gesellen sich zwei Lehrgangsteilnehmer zusammen, einer malt ohne hinzuschauen einen Kritzel auf ein kleines Blatt, der andere ergänzt diesen Kritzel, oft mit einem andersfarbigen Stift. Beide betrachten das auf Intuition beruhende Kritzelresultat gemeinsam und besprechen, was ihnen dazu einfällt. Mit diesem einfach durchführbaren Squiggle-Spiel kann (fast) jedes Kind am Anfang einer Therapie, wenn es noch scheu und zurückhaltend ist, für das Eintreten in den gemeinsamen Möglichkeitsraum gewonnen werden.

Für die Teilnehmer ist diese erste Berührung mit projektiven Zeichentestverfahren oft völlig neu. Sie kennen zwar als Kinderärzte z. B. den Entwicklungstest „Haus-Baum-Mensch“, wo es um die Erfassung des Reifegrades geht, erleben hier beim eigenen Tun aber etwas ganz anderes, Tiefergehendes.

Vor einiger Zeit habe ich von Sibylle Moisl die Aufgabe übernommen, die Teilnehmer mit dem Erzähltest „Schweinchen Schwarzfuß“ vertraut zu machen. Karten mit bestimmten Situationen aus dem täglichen Schweinchenleben sollen zur Projektion einladen. Zur Feier des Tages von Sibylle Moisl (im Februar 2016) kamen die Schweinchen sogar einmal in Gestalt von Handpuppen daher.

Die Ausführungen von Sibylle Moisl zu diesem reizvollen Bildererzähltest sind im Diagnostikbuch von Dagmar Lehmhaus und mir in einem eigenen Kapitel aufgenommen worden, und ein von ihr entwickeltes praktisches Auswertungsblatt befindet sich im Anhang. Es ist schön mitzuerleben, wie viel Spaß die Teilnehmer mit diesen Karten und mit den mit Playmo-

bilfiguren nachgestellten Situationen haben – und welche „Geschichten“ damit verbunden werden.
Mit dem Hinweis, dass sie ihre Resultate sorgfältig verwahren sollten, schließt das erste von insgesamt zwei praxisorientierten Diagnostik-Seminaren.

Die Freude am Spielen

Kommen die Lehrgangsteilnehmer nun beim nächsten Weiterbildungskurs zum zweiten Testdiagnostikseminar, sind sie bereits darauf vorbereitet, dass sie im Seminar „nach innen“ hören können, und die meisten freuen sich schon aufs Spielen.

Im diesem zweiten Seminar stand früher der praktische Einsatz des Scenokastens im Vordergrund. Heute wird für die spieltherapeutische Diagnostik der u.a. von mir entwickelte Plämokasten der Ärztlichen Akademie verwendet. Die Teilnehmer bilden kleine Gruppen von zwei bis vier Personen und entscheiden selbst, ob sie im Sinne eines Rollenspieles mit verteilten Rollen (Patient, Therapeut, Beobachter) arbeiten wollen, oder ob jeder etwas zum gemeinsamen „Film“ beiträgt, oder lieber ganz für sich alleine etwas aufbaut. Es wird gespielt, erzählt und ausprobiert und es kann auch (im Sinne einer deutenden Handlung) beim gemeinsamen Betrachten probeweise etwas an der Szene verändert werden. Dabei behalten aber die Spieler das letzte Wort, genauso wie es mit den Patienten gehandhabt werden soll. Es ist spannend zu sehen, wie die Teilnehmer mit den begrenzten Materialien umgehen. Manche horten gleich „ihres“, andere geben freigiebig ein gesuchtes Teil ab oder helfen beim Suchen nach Alternativen. So wird aus dem Testseminar nicht nur eine Vorübung für das Plämokasten(test)spiel mit den Patienten, sondern führt zu Gruppenprozessen und Gruppenzusammenhalt der Teilnehmer des dreijährigen Lehrgangs – und oft darüber hinaus.

Auch die Vermittlung der wichtigsten theoretischen Grundlagen und die Anleitung zur Anwendung dieses projektiven Tests kommen nicht zu kurz. Vieles davon wird en passant „gelernt“, anderes zusätzlich vertieft. Zur Untermauerung des Gelernten können die Lehrgangsteilnehmer das von Dagmar Lehmhaus und mir verfasste Diagnostikbuch, in dem die theoretischen Grundlagen, die Anleitung zur praktischen Durchführung und die Hinweise zur Auswertung enthalten sind, verwenden.

Ein Test kommt nie alleine

Ein Test ist immer eine Momentaufnahme, abhängig von der Situation im weitesten Sinne. Deshalb empfehlen wir immer wieder, eine Testbatterie, bestehend aus Zeichen-, Erzähl- und Spieltests durchzuführen. Zusammen mit der Anamnese und der Beobachtung von dem Patienten und seinen Bezugspersonen kann eine (OPD-KJ-2) Diagnose gestellt werden, die auch in den Bericht an den Gutachter einfließen kann.

Literatur:

- Lehmhaus, D. und Reiffen-Züger, B. (2017): Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – Die Praxis projektiver Tests: Probatorik, Indikation und OPD-KJ. Frankfurt/M: Brandes & Apsel Verlag
- Biermann, G. & Kos-Robes, M. (1986): Die Zeichentest-Batterie – Baum – Mensch – Verzauberte Familie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35, 214-222
- Kos, M. & Biermann, G. (2002 [1984]): Die verzauberte Familie. München: Ernst Reinhardt Verlag

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Christian A. Rexroth

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Symptomatik variiert je nach Entwicklungsalter stark. Es findet sich eine hohe Komorbiditätsrate, vor allem mit Angststörungen und Substanzmissbrauch. Depressive Störungen werden bei multifaktorieller Ätiologie meist transgenerational weitergegeben. Depressive Symptome können Vorläufer, Auslöser oder Verstärker anderer psychischer Störungen sein, Symptome einer anderen psychischen Störung oder Folge einer psychischen Störung oder körperlichen Erkrankung. Die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen schließt Elternarbeit mit ein. Die Prognose hängt von einer frühzeitigen und spezifischen Intervention ab. Die fächerübergreifende, interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im medizinischen und psychosozialen Netzwerk ist eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Epidemiologie

Psychische Störungen kommen in jedem Lebensalter vor. Die BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) weist bei 5 % aller Minderjährigen Anzeichen für eine depressive Störung aus. Während die Erkrankung im Vorschulalter bei weniger als 1 % der Kinder und im Schulalter mit 1 bis 5 % eher selten ist bzw. selten diagnostiziert wird, steigt die Prävalenz depressiver Störungen in der Adoleszenz auf bis zu 25 % (Essau, C. A 2007, Wittchen, H.-U. et al. 2010). Davon zu unterscheiden sind bis zu 40 % subklinische depressive Symptome im Jugendalter, die als Durchgangsstadium der normalen Entwicklung keinen Krankheitswert besitzen.

Depressionen zählen damit epidemiologisch zu den häufigsten psychischen Störungen und werden nach Prognosen der WHO bis zum Jahr 2020 die zweithäufigste Volkskrankheit werden. Mädchen sind in der Jugend doppelt bis dreimal so häufig betroffen wie Jungen. Der Geschlechterunterschied kann u. a. auf divergierende Sozialisationspraktiken zurückgeführt werden. Prävalenzraten von Jugendlichen und Erwachsenen legen nahe, dass Depressionen bei Erwachsenen häufig schon in der Jugend begonnen haben (Essau, C. A 2007, Wittchen, H.-U. et al. 2010). Das Übersehen einer depressiven Episode bei Kindern und Jugendlichen gilt als ärztlicher Kunstfehler.

Klinische Symptomatik

Die Symptomatik depressiver Störungen von Kindern und Jugendlichen weist in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede zur Symptomatik bei Erwachsenen auf. Gemeinsam in allen Altersgruppen sind die Beeinträchtigung und Verminderung des Selbstempfindens, der psychische Schmerz und die psychomotorischen und vegetativen Mitbeteiligungen (Baumeister-Duru, A. 2013). Jugendliche zeigen allgemein eine gedrückte Stimmung, Rückzugsverhalten, Müdigkeit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme und einen Mangel an Interesse. Mädchen neigen eher zu einer phobisch-depressiven Verar-

beitung und/oder agieren den Konflikt selbstdestruktiv am eigenen Körper aus (Baumeister-Duru et al. 2013, Essau, C. A 2007). Jungen zeigen eher externalisierende Stresssymptome wie Ärger, Aggressivität, Hyperaktivität, selbstgefährdenden Aktivitäten und Substanzmissbrauch im Sinne einer „Affektumkehr" (Heinemann, E. et al. 2008). In der mittleren und späteren Adoleszenz treten vermehrt traurige oder dysphorische Verstimmungen, Selbstwertprobleme, Einsamkeit, Leere und selbstverletzende Verhaltensweisen auf. Suizidgedanken und Suizidalität sind ein nicht zu unterschätzendes hohes Risiko für Suizide bei depressiven Jugendlichen. Sie stellen bis zum Alter von 29 Jahren die zweithäufigste Todesursache dar (Wittchen, H.-U. et al. 2010). Suizidversuche werden zehn- bis zwanzigfach häufiger ausgeführt als Suizide. Mädchen führen häufiger parasuizidale Handlungen aus, Jungen hingegen verüben dreimal häufiger erfolgreich Suizid. Die Suizidrate, die als relativ stabil gilt, liegt im Jugendalter bei ca. fünf Suiziden auf 100.000 Einwohner pro Jahr; bei männlichen Adoleszenten zwischen 15 und 19 Jahren sind es elf pro 100.000 Einwohner jährlich, bei weiblichen drei. Das Geschlechterparadox (hohe Depressionsrate und niedrige Suizidrate bei Frauen, niedrige Depressionsrate und hohe Suizidrate bei Männern) wird durch mangelnde Hilfesuche und dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster bei Männern sowie einen Genderbias in der Depressionsdiagnostik erklärt. Obwohl depressive Störungen bei Minderjährigen häufig von Verhaltensproblemen wie Aggression, Hyperaktivität und Lerndefiziten überlagert sind, was die Diagnostik an sich erschwert, haben viele Betroffene kaum oder gar keinen Kontakt mit professionellen Einrichtungen oder werden nicht behandelt (Wittchen, H.-U. et al. 2010). Dahingehend kommt Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten eine besondere Rolle bei der Identifizierung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen und ihrer fächerübergreifenden, interdisziplinären Versorgung und Vernetzung zu.

Formen der Depression und Klassifikation

Heute gibt es längst keinen Zweifel mehr daran, dass Kinder und Jugendliche, aber auch Säuglinge und Kleinkinder, an depressiven Störungen erkranken können. Dennoch fehlen weiterhin alters- und entwicklungsspezifisch differenzierte Symptomkriterien in den internationalen Klassifikationsschemata (Baumeister-Duru, A. 2013). Entwicklungspsychopathologisch lassen sich teils sehr unterschiedliche Symptome einer Depression feststellen. Grundsätzlich unterscheidet man reaktive Formen der Depression von den nicht reaktiven Formen wie der depressiven Episode oder Major Depression, deren Differenzierung erhebliche therapeutische Konsequenzen nach sich zieht. Depressive Symptome können Vorläufer, Auslöser oder Verstärker anderer psychischer Störungen sein (z. B. Substanzmissbrauch, Angst- und Zwangsstörung, Somatisierungs- und Essstörung), Symptome einer anderen psychischen Störung (z. B. schizoaffektive Störung, postschizophrene Depression) oder Folge einer psychischen Störung oder körperlichen Erkrankung (z.B. Anpassungsstörung). Der Übergang zwischen depressiven Zuständen, die als normale Schwankungen des seelischen Befindens angesehen werden können, und einer depressiven Symptomatik, die Krankheitswert besitzt und damit behandlungsbedürftig wird, ist fließend.

Ätiologie

Heute geht man davon aus, dass ein Zusammenwirken von konstitutionellen, genetischen wie epigenetischen Faktoren, von Persönlichkeitsfaktoren und lebensgeschichtlichen Ereignissen in Form von traumatischen Erfahrungen im Zusammenspiel mit adoleszenten Entwicklungsprozessen im Rahmen der neurobiologischen Umgestaltung des adoleszenten Gehirns bei der Ausbildung von depressiven Störungen eine besondere Rolle spielen (Essau, C. A 2007, Wittchen, H.-U. et al. 2010). Eine sichere Bindung stellt auch im Kontext der seelischen Entwicklung des Kindes einen sehr guten Schutzfaktor dar. Aus den Befunden der Bindungstheorie und -forschung ist bekannt, dass die Bindungserfahrungen der eigenen Kindheit einen erheblichen Einfluss auf die Fähigkeit nehmen, später als Erwachsene eigene Kinder angemessen versorgen und erziehen zu können. Insofern hängen Bindungsdysregulationen bzw. -störungen und depressive Symptome bzw. Störungen eng miteinander zusammen und werden – ohne entsprechende Behandlung – meist transgenerational weitergegeben. Zusammenfassend lassen sich körperliche und seelische Prozesse nicht mehr strikt trennen; vielmehr wirken seelische Prozesse auf biologische Strukturen und umgekehrt.

Behandlung

Da viele verschiedene Faktoren einen Beitrag zur Entstehung depressiver Störungen leisten können, sollte die Behandlung erst nach einer multiaxialen, ggf. auch kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik interdisziplinär geplant und breit angelegt sein. Dazu gehören eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ggf. sozialpädagogische Interventionen für die Jugendlichen und ihre Familien (Jugendhilfe), in schwereren Fällen bzw. wenn die vorgenannten Maßnahmen nicht ausreichen auch eine psychopharmakologische Behandlung mit/ohne stationäre Behandlung. Dabei sind das Alter und der Entwicklungsstand, die Art und Dauer sowie der Schweregrad der Depression einschließlich einer ggf. bestehenden Suizidalität, persönliche und soziale Ressourcen, das Ausmaß psychosozialer Belastungen und ggf. bereits bestehender Beeinträchtigungen und das Vorliegen komorbider Erkrankungen zu berücksichtigen. Bei leichten depressiven Störungen ohne nennenswerte komplizierende Faktoren kann zunächst aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen ausreichend sein. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die diese aktiv abwartenden Maßnahmen ablehnen, sollte eine Nachkontrolle nach zwei Wochen vereinbart werden; Voraussetzung für dieses aktive Zuwarten ist eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung; bei Fortbestehen der Symptomatik müssen weitere Interventionen geplant werden (DGKJP (Hrsg.) 2013).

Im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung kommt in erster Linie die ambulante psychotherapeutische Behandlung in Betracht. Psychodynamische Verfahren sind im Besonderen geeignet, einen langen Therapiezeitraum zu ermöglichen und Jugendliche in der aktuellen adoleszenten Entwicklung zu begleiten mit dem Ziel, den Fortschritt der eingeschränkten psychischen Entwicklung und Reifung des Kindes bzw. Jugendlichen zu ermöglichen (Baumeister-Duru et al. 2013). In dem therapeutischen Raum können aktuelle Konfliktsituationen bearbeitet werden und die Durcharbeitung lebensgeschichtlicher Problemfelder erfolgen. Behandlungstechnisch

geht es hierbei vor allem um die Bearbeitung der zugrunde liegenden Problemfelder (z. B. frühe Beziehungsstörung, schuldhaft erlebte Autonomieentwicklung, problematische Selbstwertentwicklung, transgenerationale Traumatisierungen). Ein wichtiges Element der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die Elternarbeit; ohne die Einbeziehung der Bezugspersonen ist die Heilung eines Kindes weder möglich noch ausreichend (Baumeister-Duru et al. 2013). In diesem Rahmen sind die Aufklärung über die seelische Problematik des Kindes, die Vermittlung von Verständnis für die innere Welt des Kindes und die Überzeugung von der Behandlungsbedürftigkeit sowie die Stärkung von Elternfunktionen von Bedeutung. Ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit den Eltern ist die Voraussetzung für das Gelingen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, umso mehr, je jünger das Kind ist. Ggf. ist auch die Motivation der Mutter/des Vaters oder beider Elternteile wichtig, eine eigene Behandlung aufzunehmen.

Prognose

Die Prognose ist abhängig vom Schweregrad der Symptomatik und verschlechtert sich mit dem Ausmaß dysthymer Zustände, der Anzahl und dem Schweregrad komorbider Erkrankungen und familiärer Belastungsfaktoren. Mehr als zwei Drittel der Kinder mit einer initialen depressiven Episode i. S. einer Major Depression weisen noch nach fünf Jahren diese Störung auf, bei Kindern mit einer Dysthymie sind es im selben Zeitraum noch mehr als die Hälfte. Zudem haben Kinder und Jugendliche ein höheres Risiko, Rückfälle zu erleiden, als Erwachsene. Je früher es gelingt, therapeutische Maßnahmen einzuleiten, umso günstiger ist die Prognose. Hinsichtlich der Prävention und der frühzeitigen Behandlung depressiver Erkrankungen kommt der kinderärztlichen Praxis eine besondere Bedeutung zu. In der kinderärztlichen Praxis können Fehlentwicklungen – ausgelöst von frühen Beziehungsstörungen – bereits im Säuglingsalter erkannt und einer effektiven Behandlung zugeführt werden.

Ausblick

Angesichts der hohen Prävalenz depressiver Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen kommt – als einer der wesentlichen Grundlagen für eine frühe Intervention – insbesondere der frühzeitigen Erkennung eine herausragende Bedeutung zu. Insbesondere Haus- und v. a. Kinder- und Jugendärzte nehmen hierbei eine Schlüsselrolle ein. Im Rahmen der Ärztlichen Akademie stehen Kinder- und Jugendärzten wie auch Ärztinnen und Ärzten anderer Fachgebiete dahingehend unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Für Diagnostik und Anleitung psychotherapeutischer Maßnahmen ist der Erwerb der Qualifikation Psychosomatische Grundversorgung hilfreich. Die Qualifikation für eigene psychotherapeutische Tätigkeit in der kinderärztlichen Praxis kann über den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erworben werden.

Durch die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung schon bei den Jüngsten unserer Gesellschaft und die Verstärkung der fächerübergreifenden, interdisziplinären Versorgung von Kindern und Jugendlichen im medizinischen und psychosozialen Netzwerk kann die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und damit sogar auch von Erwachsenen wesentlich verbessert werden.

Literatur:

- Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H., Wulf, A.: Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und Depression. Behandlungsmanual. Frankfurt 2013
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie DGKJP (Hrsg.): Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013, verfügbar unter: http://www.awmf.org/ (letzter Zugriff 24.04.2016)
- Essau, C. A.: Depression bei Kindern und Jugendlichen. München 2007
- Heinemann, E., Hopf, H.: Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Stuttgart 2008
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L.: „Depressive Erkrankungen“, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010, Heft 51, verfügbar unter: http://www.rki.de/ (letzter Zugriff 13.08.17)

Schulabsentismus – therapeutische Strategien in der ärztlichen Praxis

Sven Lienert

Das Erkrankungsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahren zunehmend zu psychischen Störungsbildern hin verändert. Dies bildet sich auch in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ab. Schulabsentismus ist dabei ein wenig untersuchtes und heterogenes Symptom. Bedingungsfaktorenanalysen zeigen kindbezogene, schulbezogene und familiäre Aspekte sowie Wechselwirkungen zwischen diesen. Systematische Untersuchungen über längerfristig erfolgreiche Interventionen liegen trotz Manualisierungsbestrebungen (Reissner et al. 2015) oder Analysen zum Verlauf von Schulabsentismus kaum vor: Nach Entlassung aus einer intensivstationären Behandlung wird eine signifikante Abnahme von Schulabsentismus berichtet (70 Prozent Schulbesuch nach sieben Monaten), wobei aber ein Drittel der Patienten weiterhin einen geschützten schulischen Rahmen benötigten beziehungsweise zwei Drittel sich weiterhin in ambulanter Psychotherapie befanden und zudem Langzeitangaben nicht vorliegen. Nach diagnostischer Eingruppierung des Symptoms Schulabsentismus sollten diagnosespezifische Interventionsmöglichkeiten erfolgen. Ziel ist die möglichst frühzeitige Wiederaufnahme des Schulbesuchs. Entsprechend gebührt einerseits den Behandlern aus Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine wichtige Rolle im Verständnis von Attesten und der Auflösung des damit einhergehenden Widerspruchs (Pflicht versus Verzicht) in der jeweiligen Bedeutung für den Patienten. Andererseits sind seitens Schulen und Jugendhilfe gezielte Hilfsangebote erforderlich, gerade auch im Kontext des negativen Einflusses von „Schulbefreiungen“ auf die Prognose von Schulabsentismus: Je länger die Krankschreibung desto grösser das Risiko für eine Persistenz der Symptomatik mit schlechterem Outcome.

Epidemiologie

Daten zur Prävalenz liegen eingeschränkt vor (Lenzen et al. 2016). Schätzwerte für Deutschland ergeben ca. fünf Prozent der Schüler (Knollmann et al. 2010). Prävalenzen variieren um 200.000 bis 300.000 Schüler (Weiß 2007), wenngleich die Dunkelziffer – gemäß Medienberichten bis zu 500.000 (bei ca. 9 Millionen Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren) – höher liegen könnte. In Großstädten und Metropolregionen werden höhere Prävalenzen diskutiert. Lenzen et al. (2013) berichten für den Rhein-Neckar-Kreis bei 4,1 Prozent der Schüler mehr als vier Schultage pro Monat unentschuldigtes bzw. bei 6,1 Prozent der Schüler mehr als zehn Schultage pro Monat entschuldigtes Fehlen. Die Häufigkeit von Schulabsentismus ist nicht schulformspezifisch, zeigt jedoch eine höhere Rate an Hauptschulen > Realschulen > Gymnasien. Dabei scheinen alle sozialen Schichten vertreten (Ricking 2015), wenngleich analog

Sven Lienert
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nürnberg

zur Häufigkeit psychischer Störungen in sozial benachteiligten Familien eine erhöhte Rate bei niedrigem Sozialstatus beschrieben ist. Somit kann nach Ricking (2015) Schulabsentismus sowohl als Indikator für eine sozioemotionale Belastung als auch als Ausdruck einer Wohlstandsverwahrlosung in der „stressreichen Leistungsgesellschaft" gesehen werden. Häufigkeitsgipfel finden sich um das fünfte bis siebte (Einschulung) sowie zehnte bis elfte Lebensjahr (Schulwechsel in weiterführende Schulen). Es kommt zu einem Anstieg mit steigendem Alter sowie zu einem Plateau zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr. Die Geschlechterverteilung ist ähnlich.

Symptome und Zeitkriterien

Schulabsentismus ist in der Regel Ausdruck einer bereits längeren bestehenden Erkrankung (Ricking 2015). Das Auftreten von Symptomen am Morgen oder bereits in den Abendstunden sowie das Fehlen von Symptomen am Wochenende und in den Ferien sind nach Knollmann et al. (2010) ein wichtiger Hinweis für den Behandler. Ein einheitliches Zeitkriterium, ab wann von Schulabsentismus gesprochen wird, fehlt bislang. Diskutiert werden nach Sutphen et al. (2010) eine Abwesenheitszeit von 20 Prozent im vorangegangenen Schuljahr und eine Abwesenheit nach Identifikation und klinischer Beobachtung über sechs Wochen von drei Schultagen. Kick (2009) stellt in einem ersten Schritt die Frage nach der Häufigkeit von Schulversäumnissen („erstes Mal" oder „selten" versus „öfter"), wobei pro Schulhalbjahr zeitlich weniger als fünf Tage versus regelmäßiges, d. h. über einen längeren Zeitraum, insbesondere unentschuldigtes Fehlen (im Monat ca. zwei Tage oder mehr) unterschieden werden.

Zugrundeliegende psychiatrische Diagnosen

Die häufigsten Diagnosen bei Schulabsentismus umfassen Angststörungen, depressive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, auch mit oppositionellem Trotzverhalten.

Unter dem Oberbegriff Schulabsentismus findet sich folgende Differenzierung:

- die nichtdissoziale Schulverweigerung mit ängstlicher Symptomatik. Dazu zählen die sog. „Schulangst": soziale Phobie mit Ängsten unter prüfender Betrachtung (ICD-10: F40.1, F41.ff) und Leistungsängste inkl. Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2ff). Die sog. „Schulphobie": emotionale Störung mit Trennungsangst (ICD-10: F93.0), Panik- (ICD-10: F41.0) und somatoforme Störungen (ICD-10: F45.ff) sowie ein depressives Syndrom (affektive Psychosen, ICD-10: F32.ff, F41.2). Die Bezeichnung „Schulphobie" ist nach ICD-10 eigentlich nicht eine Phobie vor der Schule, sondern vor der Trennungssituation zwischen Kind und Elternteil, häufig der Mutter.
- das dissoziale Schulschwänzen: oppositionelles Verhalten bzw. eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1, F91.ff, F92.ff).

Darüber hinaus wird noch eine Gruppe mit gemischter Symptomatik (ICD-10: F92.ff, F43.2ff) beschrieben, wonach sich im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens auftretendes Schulschwänzen und Schulvermeidung infolge einer Schulangst nicht ausschließen.

Psychodynamische Aspekte bei Schulabsentismus

Bei den Angststörungen handelt es sich um die häufigste vorkommende psychische Störung im Kindes- und Jugendalter; die Prävalenz liegt bei 6–20 Prozent (Hölling et al. 2012 und 2014). Betrachtet man beispielhaft die Trennungsangst, die sich nach Hopf (2007) physiologisch als Achtmonatsangst vor dem Verlust der Mutter darstellt, ist diese Symptomatik psychodynamisch als Angst vor einem so genannten Objektverlust zu verstehen. Es fehlt ein konstantes inneres Bild, Objekt- und Selbstrepräsentanzen sind unscharf. Kennzeichnend für Trennungsängste und für eine spätere Angstneurose ist, dass Patienten auf die reale Anwesenheit von anderen Personen, bei kleineren Kindern in der Regel die Mutter, angewiesen sind. Die Fähigkeit, die dauerhafte Abwesenheit des Objektes zu ertragen, wird auch als Objektkonstanz bezeichnet. Entscheidend für die Bildung von stabilen Objektrepräsentanzen ist ein erfolgreicher Prozess von Mentalisierung und Symbolisierung (Fonagy et al. 2000) sowie eine gelungene Loslösung von der Mutter und Individuation mit Unterstützung durch Triangulierung durch den Vater. Burchartz (2015) fasst zusammen, dass die psychische Struktur defizitär bleibt, wenn bereits früh die haltende und containende Funktion der Primärobjekte (i. d. R. Mutter und Vater) nicht ausreichend zur Verfügung steht, wenn Triangulierungsprozesse misslingen, wenn traumatisches Geschehen wie Deprivation, Misshandlung oder Missbrauch integriert bleiben bzw. persistieren oder wenn ein elementarer Mangel an Bedürfnisbefriedigung vorherrscht.

Prognose

Die Sozialprognose ist insgesamt ungünstig, was nach Jans und Warnke (2004) mit dem Symptom Schulabsentismus als Ausdruck weiterer Auffälligkeiten im Sozialverhalten sowie psychosozialer Belastungsfaktoren in Verbindung steht. Bei fehlendem Schulabschluss ohne Mindestqualifikation für den Arbeitsmarkt fehlt eine berufliche Perspektive. Hieraus ergeben sich Risiken durch eine ungünstige soziale Prognose, bestehend aus Arbeitslosigkeit, psychischen und gesundheitlichen Erkrankungen, Drogenkonsum, Delinquenz und Armut (Ricking, 2015). Bei angstbedingter Schulverweigerung sind im weiteren Verlauf häufiger psychiatrische Behandlungen notwendig und es kommt zum Fortbestehen oder der Entwicklung psychischer Störungen; zudem verbleiben die betroffenen Kinder und Jugendlichen länger im familiären Rahmen und entwickeln Schwierigkeiten bei der eigenständigen Entwicklung.

Atteste

Während es im psychotherapeutischen Behandlungsprozess sinnvoll sein kann, vor dem Hintergrund eines erfolgenden Schulbesuchs ein Attest auszustellen mit dem Ziel, Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Attests zu verbalisieren, sollte dies im Kontext von Schulabsentismus lediglich Ausnahmesituationen vorbehalten bleiben. Schulbefreiungen ohne multidimensionalen Ansatz fördern die Verfestigung der Symptomatik. Kontroversen zu diesem Thema finden sich bereits in Veröffentlichungen aus den 1960er Jahren, wo bei Schulangst eine Schulbefreiung angeraten wurde, um die Kinder emotional zu entlasten, allerdings unter dem Verweis einer umgehenden Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater.

Fischer (2005) weist in einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenfassung darauf hin, dass nach diagnostischer Eingruppierung des Symptoms Schulabsentismus diagnosespezifische Interventionsmöglichkeiten erfolgen sollten. Dies beinhaltet auch das kritische Hinterfragen von Attesten. Kick (2009) erweitert dies konkret auf nicht nachvollziehbare ärztliche Atteste, wenn als weitere Indikatoren z. B. häufiges, insbesondere unentschuldigtes Fehlen, ab vier Tagen im Monat, vorliegen. Auch andere spezifische Faktoren wie fraglich manipulierte Entschuldigungen, Verhaltensauffälligkeiten, schlechte elterliche Erreichbarkeit, Anhaltspunkte für bio-psycho-soziale Belastungsfaktoren oder ein Leistungsabfall sollten auch seitens der Schulen unter Nutzung gezielter Hilfsangebote durch die Jugendhilfe dem Symptom entgegenwirkende Maßnahmen nach sich ziehen. Ziel sollte sein, den Schulbesuch wieder rasch zu ermöglichen.

Fazit

In einem ersten Schritt ist entscheidend, dass keine weiteren Atteste durch mit der Thematik nicht vertraute bzw. erfahrene Behandler ausgestellt werden. Stattdessen ist in einem zweiten Schritt ein deskriptives Benennen des Symptoms Schulabsentismus notwendig (Clearing), mit dem Ziel einer umfassenden Anamnese und einer Bedingungsfaktorenanalyse. Hierzu gehören eine enge Kooperation zwischen initialem Behandler (z. B. Kinder- oder Hausarzt), Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Jugendamt bzw. Sozialbürgerhaus, der Schule, aber insbesondere auch der Familie. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Strukturen sind die Basis für das Gelingen. In einem dritten Schritt kann durch eine multiprofessionelle und multiaxiale Diagnostik zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern differenziert werden. Im Hinblick auf häufige körperliche Beschwerden, die zu Schulabsentismus führen können, ist bereits initial eine enge Vernetzung zwischen dem kinder- und jugendmedizinisch erfahrenen Somatiker und dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeuten nötig. Die Verwendung von Syndromdiagnosen als vierten Schritt stellt eine Möglichkeit dar, ein therapeutisches Procedere abzuleiten. Für eine umfassende Hilfe und zur Vermeidung von Gewöhnungsprozessen ist parallel eine zeitnahe Behandlung erforderlich, „motivierend, mit anderen Institutionen vernetzt, niederschwellig-aufsuchend und multiprofessionell“ (Ricking 2015; Reissner et al. 2015). Dabei sollten die gegenseitige Verstärkung negativer Prognosen und der Rückzug aus Verantwortlichkeiten vermieden werden.

Die eingeleiteten Maßnahmen sollen Schulversäumnissen entgegenwirken und einen regelmäßigen Schulbesuch ermöglichen. Nachdem häufig der niedergelassene Behandler mit dem Thema Schulbefreiung mittels Attest initial konfrontiert wird, gebührt diesem die Rolle eines bedeutenden Therapeuten, der im Idealfall langfristige Bindungen zur Familie hat und frühzeitig auf vertrauensvoller Basis Einfluss nehmen kann. Vor diesem Hintergrund ist gerade den Kinder- und Jugendärzten eine strukturierte Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung bzw. einer Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu empfehlen, wie sie auch von der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. vermittelt wird.

Literatur

(vollständige Literaturliste beim Verfasser)

- Knollmann, M., Knoll, S., Reissner, V., Metzelaars, J. und Hebebrand J. (2010): Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie. Dtsch Arztebl Int 107(4): 43-49
- Lenzen, C., Brunner, R. und Resch, F. (2016): Schulabsentismus: Entwicklungen und fortbestehende Herausforderungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 44: 101-111
- Lenzen, C., Fischer, G., Jentzsch, A., Kaess, M., Parzer, P., Carli, V., Wasserman, D., Resch, F. und Brunner, R. (2013): Schulabsentismus in Deutschland – Die Prävalenz von entschuldigten und unentschuldigten Fehlzeiten und ihre Korrelation mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 62(8): 570-582
- Reissner, V., Hebebrand, J. und Knollmann, M. (2015): Beratung und Therapie bei schulvermeidendem Verhalten. Stuttgart, Kohlhammer.

Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Karin Trübel

Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen sind ein weit verbreitetes Symptom mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die psychische und psychosoziale Entwicklung. Die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Verständnisses des Schmerzgeschehens ist für die Behandlung von chronischen Schmerzen von zentraler Bedeutung, denn bei der Schmerzverarbeitung handelt es sich um ein äußerst komplexes Geschehen, bei dem körperliche, psychische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Die Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen sich dieser Aspekte und Zusammenhänge anzunähern, bewusst zu werden, sie zu würdigen und ihnen einen angemessenen Platz in ihrer inneren Welt zu geben, ist Aufgabe der psychotherapeutischen Behandlung bei chronischen Schmerzstörungen.

Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde

Schmerzen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beschäftigen mich seit vielen Jahren, weil Schmerzen grundsätzlich eine häufig geäußerte körperliche Symptomatik in der Psychosomatik darstellen, sei es als Hauptbeschwerde oder als begleitendes Symptom bei anderen Erkrankungen. Vor allem aber sind körperliche und psychische Prozesse in keinem anderen Bereich der Medizin in derart beeindruckender Art und Weise ineinander verwoben und in ihrer wechselseitigen Beeinflussung sicht- und erfahrbar. 2011 habe ich gemeinsam mit einem Kollegen aus der Anästhesie die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen in Basel aufgebaut.

Epidemiologie

Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen sind ein weit verbreitetes Symptom mit repräsentativen Prävalenzschätzungen von bis zu 25 %. Dem gegenüber steht, dass dem Thema „Chronische Schmerzen“ und ihrer Behandlung – bei Kindern und Jugendlichen noch viel mehr als bei Erwachsenen – erst seit wenigen Jahren in der Somatischen und Psychotherapeutischen Medizin vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dabei zeigen sich bei 3 % der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische und psychosoziale Entwicklung. Sie fehlen häufig in der Schule, nehmen weniger an sozialen Aktivitäten teil, sind emotional belastet und entwickeln häufiger depressive Symptome als gesunde Kinder. Mit jedem Monat, in dem eine erforderliche spezifische Behandlung ausbleibt oder nicht ausreichend umgesetzt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Schmerzsymptomatik weiter verselbstständigt bzw. chronifiziert und sich eine Somatoforme Schmerzstörung entwickelt, welche die gesamte Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen auf die lange Sicht gefährden kann.

Karin Trübel
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Psychoanalytikerin

Die Herausforderung für den/die Kinderarzt/ärztin

Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen wenden sich meist primär an ihren Arzt oder ihre Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin und stellen oft eine besondere Herausforderung für diese dar. Einerseits wird mit der Schmerzsymptomatik und deren Ausmaß eine große Not ausgedrückt, die von der szenischen Darstellung her die Dringlichkeit eines akuten Geschehens impliziert und damit scheinbar den Handlungsdruck auf Seiten des Behandlers im Sinne des Rettens („Herr Doktor, das kann so nicht weitergehen mit unserer Tochter, da MUSS etwas geschehen!") deutlich erhöht. Oft haben die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern schon etliche Ärzte aufgesucht und unterschiedlichste Behandlungsversuche unternommen – dies alles vor dem Hintergrund eines mehr oder weniger ausschließlich somatischen Krankheitsverständnisses – und sind enttäuscht worden, da sich nach anfänglich kurzer Besserung wieder der vorherige Zustand einstellt.

Kompetenz des Behandlers

Die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Verständnismodells in einer Art und Weise, die auch für Familien mit einem ausschließlich somatischen Krankheitsverständnis annehmbar wird, ist zu Beginn einer Behandlung wesentlich. Vorher sollte sich aber zunächst einmal der Behandler selbst mit seinem Wissen und seiner Haltung zum Thema „Chronischer Schmerz" auseinandersetzen, da ein solches Vermitteln nur dann gelingen kann, wenn es die Qualität hoher Authentizität hat – denn nur so sind diese Familien dazu bereit, sich auf „Neuland" zu begeben. Sie müssen sich ernst genommen fühlen und gleichzeitig erleben, dass ihr Gegenüber ihnen zwar etwas zunächst für sie Befremdliches, aber ebenfalls Wichtiges mitzuteilen hat, das ernst zu nehmen ist. Auch gilt es, das Primat des Heilens neu zu fassen: bei chronischen Schmerzen geht es nicht darum, die Schmerzen schnell zum Verschwinden zu bringen, sondern vordringlich einen Umgang damit zu finden, so dass nicht die Schmerzen das Leben bestimmen, sondern der Patient seinen Lebensalltag aufrecht erhalten kann.

Physiologische, psychodynamische und psychosoziale Faktoren

Chronische Schmerzen sind auf physiologischer Ebene Ausdruck einer krankhaft veränderten Signalverarbeitung im Nervensystem mit einer Entkoppelung zwischen Schmerzreiz und Schmerzempfinden, was man auch „Schmerzgedächtnis" nennt. Im psychodynamischen Verständnis stellt chronischer Schmerz eine Form des Ausdrucks auf körperlicher Ebene dar, so lange dem Individuum keine andere Form des Ausdrucks und kein bewusster Zugang zu den, der Symptomatik zugrunde liegenden Konflikten möglich sind. Diese beiden Ebenen schließen sich nicht aus, im Gegenteil. Im Gegensatz zu den ersten Vorstellungen zur Schmerzverarbeitung („Gate-Control-Theorie") weiß man heute, dass es sich bei der Schmerzverarbeitung um ein äußerst komplexes Geschehen handelt, bei dem körperliche, psychische und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Daher braucht es bei den Somatoformen Schmerzstörungen meist eine längerfristige Behandlung, die an körperlichen wie psychischen Einflussfaktoren ansetzt. Die Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen sich dieser Aspekte und Zusammenhänge anzunähern, bewusst zu werden, sie zu würdigen und ihnen einen angemessenen Platz in ihrer inneren Welt zu geben, ist Aufgabe der

psychotherapeutischen Behandlung bei chronischen Schmerzstörungen.

Fallbeispiel aus der interdisziplinären Schmerzsprechstunde

Anamnese

Ayse war eine unserer ersten Patientinnen, die uns durch die Orthopädische Klinik zugewiesen wurden. Die zu Beginn der Behandlung 15-jährige Patientin litt seit zwei Jahren unter starken Schmerzen im rechten Knie. Sie war die älteste Tochter alevitischer Muslime, die aus dem kurdischen Teil der Türkei stammten, und hatte eine fünf Jahre jüngere Schwester. Beide Mädchen waren in der Schweiz geboren. Ayse besuchte das Gymnasium und war ehrgeizig. Trotz vieler Fehltage in den letzten zwei Jahren hatte sie gute Noten. Sie war in ihrer Klasse integriert, auch wenn sie zurückhaltend war, was engere Kontakte betraf, weil sie die meisten ihrer Mitschüler „kindisch und oberflächlich" fand. Befreundet war sie mit mehreren Mädchen aus ihrer früheren Schule, die ebenfalls einen Migrationshintergrund in der vorherigen Generation hatten. Ayse hatte mehrere Jahre mit Begeisterung in einem Verein Volleyball gespielt, sich dabei vor zwei Jahren eine Verletzung am Meniskus zugezogen, die operativ versorgt worden war. Dennoch kehrten die Schmerzen einige Wochen nach der Operation in unverändertem Ausmaß wieder. Zunächst wurden über etliche Monate hinweg konservative Behandlungsversuche gemacht, wie Physiotherapie, lokalanästhetische Maßnahmen und Akupunktur. Ayse stellte das Volleyballspielen sowie andere sportliche Betätigungen im Dienste der Schonung des Knies ein. Auch erhielt sie einen Dispens für den Sportunterricht von ihrem behandelnden Orthopäden. Ihr Kinderarzt hielt sich weitgehend zurück, überließ die Einschätzung und das weitere Vorgehen den orthopädischen Spezialisten. Als sich alle konservativen Maßnahmen als erfolglos erwiesen, rieten die Orthopäden zu einer Revisions-OP, die neun Monate vor dem Erstkontakt durchgeführt wurde. Erneut waren die Schmerzen nach dem operativen Eingriff, solange Ayse das Knie wenig belastete, etwas besser, kehrten aber mit Beginn normaler Belastung in unvermindertem Maß wieder zurück. Die Physiotherapie wurde fortgesetzt, obwohl Ayse bei jeder Kontrolluntersuchung mitteilte, dass diese „nichts bringe". Ayses Eltern meldeten sie dann bei einer ortsansässigen und bekannten Sportklinik an, die nach einer ersten Konsultation eine erneute chirurgische Intervention vorschlug. Jetzt wurde Ayse von den behandelnden Orthopäden für die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen angemeldet, im Rahmen derer ich sie kennenlernte.

Psychischer Befund

Ayse erschien alleine zum ersten Termin und teilte mit, dass ihre Eltern arbeiten müssten. Es sei ganz „normal", dass sie alle Arzttermine alleine wahrnehme. Sie überraschte in ihrem Erscheinungsbild: Ayse wirkte deutlich älter, in ihrem perfekt gekleideten und geschminkten Äußeren unnahbar und durch die ausgeprägte Schmerzsymptomatik, von der sie berichtete, scheinbar unbeeinträchtigt. Ihre Schilderungen beschränkten sich auf die Beschreibung ihrer körperlichen Verfassung. Auf Nachfragen gab sie auch zu ihrer darüber hinausgehenden Lebenssituation bereitwillig Auskunft, aber ihre Beschreibungen blieben flach und farblos und sie selbst wenig spürbar, so dass ich am Ende dieses ersten Gesprächs nicht wirklich eine Vorstellung von ihr hatte. Wir vereinbarten zunächst ein zweigleisiges Vorgehen

mit wöchentlichen psychotherapeutischen Gesprächen sowie regelmäßigen Terminen bei meinem Kollegen in der schmerztherapeutischen Ambulanz.

Erste Schritte in der Behandlung und Elternarbeit

Ayses Eltern erschienen zweimal zu Elterngesprächen. In deren Rahmen sprachen wir – soweit dies möglich war – über ihre Gedanken, Gefühle, Einschätzungen und Phantasien zur Schmerzsymptomatik ihrer Tochter. Daneben erhielten sie grundlegende Informationen zu einem bio-psycho-sozialen Verständnismodell und den Themen Schmerzverarbeitung, Chronifizierung und Schmerzgedächtnis. Nach diesen beiden Terminen teilten sie mit, dass sie nicht regelmäßig zu Elterngesprächen kommen könnten, aber einverstanden wären mit der Behandlung ihrer Tochter. Auch mit Ayse besprach ich diese Themen ausführlich. Ayse entschloss sich in der Folgezeit, trotz fortbestehender Schmerzen wieder mit sportlichen Aktivitäten zu beginnen. Sie wollte nicht mehr in den Volleyballverein, sondern lieber mit einer Freundin joggen und ins Fitnessstudio gehen. Je mehr Ayse in die therapeutische Beziehung Vertrauen gewann, umso freier sprach sie über ihre aktuellen Lebenserfahrungen und Beziehungen jenseits der Schmerzsymptomatik.

Mehr und mehr gelang es Ayse, sich ihrer eigenen Erlebenswelt, ihren Vorstellungen und Werten anzunähern. Ein unmittelbares Erleben des Zusammenhangs zwischen emotionaler Belastung und Ausdruck im Schmerz erlebte Ayse gegen Ende des ersten Behandlungsjahres: Nach einem Spaziergang mit ihrer Mutter, bei dem diese mit Ayse – wie so oft ausführlich – über ihre Ehekonflikte in der Beziehung zu ihrem Mann (und Ayse's Vater) sprach, erlebte Ayse eine deutliche Zunahme ihrer Schmerzsymptomatik nach dem Spaziergang und konnte diese erstmals mit ihrer Ambivalenz und ihren widersprüchlichen Gefühlen beiden Elternteilen gegenüber in Verbindung bringen. Nach etwa eineinhalb Jahren erzählte Ayse erstmals von seltenen, jedoch wiederkehrenden „Aussetzern" ihres Vaters, in denen er aus scheinbar geringfügigen Anlässen die Mutter und auch Ayse verprügelte, dies in teils dissoziativen Zuständen vor dem Hintergrund lebenstraumatischer Erfahrungen. Diese Situationen waren ein Tabu und für sie wie für die ganze Familie mit großer Scham verbunden, weshalb sie es bisher vermieden hatte, mit Menschen außerhalb ihrer Familie darüber zu sprechen. Ayse war in der Folgezeit mit ihrer Haltung dazu und ihrem Umgang damit beschäftigt. Sie suchte dann die Auseinandersetzung in Gesprächen mit ihrem Vater und ihrer Mutter, was sich als sehr fruchtbar erwies und ihr bewusst werden ließ, dass sie sich und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen als anders und unterschiedlich als die der Eltern erlebt, und dass sie ihren ganz eigenen Weg sucht. Dies stieß eine tiefgehende Auseinandersetzung mit ihrem Erleben an eine Schweizerin zu sein, gleichzeitig von familiären, religiösen und kulturell anders gelagerten Erwartungen geprägt zu sein. In dieser Zeit fragte ich sie einmal nebenbei, wie es eigentlich mit ihrem Knie und ihren Schmerzen gehe, über die wir schon lange nicht mehr gesprochen hatten. Sie schaute mich irritiert an, zögerte einen Moment, lachte kurz auf und sagte dann: „Ach die – an die habe ich schon lange nicht mehr gedacht. Die sind seit ungefähr einem Jahr kein Thema mehr".

Bedeutung von Weiterbildung auf dem Weg zu einer „schmerztherapeutischen" Haltung

Da bei chronischen Schmerzstörungen meist komplexe innerpsychische Dynamiken des Patienten oder der Patientin sowie innerfamiliäre Beziehungsdynamiken unbewusst auf somatischer Ebene dargeboten und verhandelt werden, ist der Kinderarzt/die Kinderärztin, die sich in die Arbeit mit diesen PatientInnen und Familien begibt, sehr gefordert und die Versuchung groß, die Erwartungen zu erfüllen und „das Problem" auf körperlicher Ebene lösen zu wollen – was nicht gelingen kann.

Um sich also neue Wege im Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten zu eröffnen, empfiehlt sich eine psychotherapeutische Weiterbildung sowie Supervision, denn es bedarf einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik, dem Überarbeiten der eigenen Haltung zum „Leib-Seele-Dilemma", der Beschäftigung mit eigenen Wertvorstellungen und prägenden Erfahrungen in Bezug auf das Thema Schmerz und der Entwicklung der eigenen psychotherapeutischen Kompetenz, um für diese Patienten und Patientinnen und ihre Familien ein Gegenüber sein zu können, das ihnen authentisch und überzeugend einen neuen Weg anbieten kann.

Literatur

- U.T. Egle; S.O. Hofmann; K.A. Lehmann; W.A. Nix (Hrsg): Handbuch Chronischer Schmerz: Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer, 2003.
- B. Zernikow: Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer, 5. Auflage, 2015.
- R. Oelkers-Ax: Schmerz bei Kindern und Jugendlichen - Psychotherapeutische Verfahren. Reinhardt-Verlag, 2006.

Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen

Christian A. Rexroth

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zielen darauf, zentrale innerpsychische und psychosoziale Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen grundlegend zu verändern. Die Behandlung sollte möglichst hochfrequent erfolgen. Eine wichtige Bedeutung kommt dabei der kontinuierlich stattfindenden Elternarbeit zu. Mit ihrem ganzheitlichen Ansatz werden bei der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht nur die Symptome der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen behandelt, sondern auch die Komorbiditäten. Bei starker Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus sollte eine begleitende psychopharmakotherapeutische Behandlung in den multiprofessionellen diagnostischen und therapeutischen Prozess einbezogen werden. Für die nahe Zukunft ist zu wünschen, dass bei der Entwicklung einer neuen (S3-) Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen die Fachlichkeit aller Verbände einbezogen wird.

Die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen ist wiederholt Anlass zur kritischen Auseinandersetzung in der Fachwelt und Öffentlichkeit. Der Diskurs bezieht sich dabei im Kern auf das Verständnis von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen und auf den daraus resultierenden therapeutischen Ansatz.

Tatsächlich stehen sich zwei kontroverse wissenschaftliche Grundauffassungen scheinbar unvereinbar gegenüber. Das konkrete Individuum vor Augen bezieht sich die naturwissenschaftlich-biotechnische Medizin in erster Linie auf den Körper (Soma) und ist mit der Behandlung seelischer Erkrankungen vor allem auf der biologisch-medikamentösen Ebene befasst. Demgegenüber ist die Perspektive der psychologischen Medizin schwerer zu fassen; sie muss für die Beschreibung des Phänomens „Psyche", das an sich nicht greifbar ist, auf Konstrukte zurückgreifen. Im Sinne einer solchen gedanklichen Hilfskonstruktion wird die Psyche als eine Art Zeitgestalt gesehen, als ein „historisches System", das im Verlauf der Entwicklung eines Menschen durch eine schrittweise Sozialisierung seiner biologischen Bedürfnisse in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt entstanden ist. Seelische Krankheit wird danach als Folge von Störungen in der Sozialisationsgeschichte eines Individuums gesehen und erscheint damit eng verwoben mit der Gesellschaft und ihren historischen Gegebenheiten.

Übereinstimmung besteht weitestgehend darin, dass eine weitere Erforschung der Ursachen, des Verlaufs, der Effekte von Prävention und von Psychotherapie sowie Pharmakotherapie dringend erforderlich ist, um die unterschiedlichen Perspektiven zu konkretisieren. Ebenso wird betont, dass von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen ist, da das Individuum als gesamte Person innerhalb des familiären und bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges betrachtet werden muss. Von dieser Perspektive aus gesehen schließen sich gene-

tische und umweltbedingte Faktoren dann auch nicht grundsätzlich aus. Im Gegenteil zeigt sich, dass durchaus auch bei einer hohen genetischen Belastung (belegt durch eine spezifische Familienanamnese) ungünstige psychosoziale Bedingungen zusätzlich verstärkende Auswirkungen auf die Entwicklung von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen haben können. Vor dem Hintergrund dieser Umwelthypothese könnte man sagen, dass die Hyperkinetische Störung (HKS) bzw. die Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als Extrem eines Verhaltens betrachtet werden kann, das genetisch als Bewältigungsmöglichkeit in der Gesamtbevölkerung angelegt ist.

Symptomatik

Die Kernsymptome der HKS bzw. ADHS sind charakteristische und sich im Lebensverlauf wandelnde Merkmale von Unaufmerksamkeit, motorischer Unruhe und Impulsivität, die nach ICD-10 (DSM- V: nicht notwendigerweise) gleichzeitig auftreten müssen. Gemäß der aktuellen Leitlinie beginnt die Symptomatik in der Kindheit meist vor dem Alter von sechs Jahren (DSM-V: bis 12 Jahre), ist in ihrer Ausprägung für das Lebensalter und den Entwicklungsstand nicht angemessen und muss mindestens ein halbes Jahr andauern. Die Symptome treten charakteristischerweise durchgehend, situationsübergreifend und in mindestens zwei Lebensbereichen auf. Diese Kriterien sollten bei der Diagnosestellung unbedingt berücksichtigt werden. Bei entsprechenden klinischen Hinweisen ist leitliniengemäß eine multiprofessionelle, umfassende und sorgfältige Diagnostik unverzichtbar.

Während bei der ICD-10 aufgrund einer kategorialen Betrachtung entlang der o. g. Symptomtrias auf das Störungsbild „Hyperkinetische Störung“ geschlossen und die Ausprägung aller drei Kernsymptome gefordert und dimensional erfasst wird, werden bei der DSM-V drei Erscheinungsformen der ADHS unterschieden (DSM-IV: Subtypen); insoweit liegt auf der Grundlage der DSM-V eine etwa doppelt so hohe Prävalenz vor (HKS: 1-3 %; ADHS: 3-7 %). Weltweit wird die Prävalenz der ADHS gleichbleibend auf 4-6 % geschätzt. Bei Jungen findet sich die Störung häufiger als bei Mädchen. Nach der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts liegt die Häufigkeit der ADHS in Deutschland bei ca. 4 %. Insofern ist die Diagnose HKS bzw. ADHS im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wie z. B. Schlafstörungen, Angst- und depressiven Störungen, Missbrauch psychotroper Substanzen und psychosomatischen Störungen eher selten, ganz im Widerspruch zu ihrer medialen Präsenz.

Komorbide Störung

Die ADHS zeigt eine hohe Komorbiditätsrate. Bei 75 % der Betroffenen besteht eine, bei etwa 60 % bestehen mehrere komorbide psychische Störungen, die die Prognose ungünstig beeinflussen können. Dazu zählen v. a. Tic-Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Angst- und depressive Störungen sowie umschriebene Entwicklungsstörungen. In der späteren Adoleszenz finden sich häufiger Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Vor diesem Hintergrund ist es nur sinnvoll, dass in der ICD-10 für die Diagnosestellung der Ausschluss von affektiven Störungen, Angststörungen, einer Schizophrenie sowie auch von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gefordert wird (gemäß DSM-V entfällt der Ausschluss einer Autismusspektrumstörung). Der Ausschluss dieser Störungen ist auch noch einmal dahingehend relevant, als er Hinweis darauf

gibt, dass sich die Symptome „Unaufmerksamkeit“, „Impulsivität“ und „motorische Unruhe“ auch bei anderen psychischen Störungen finden, insbesondere bei den sehr viel häufiger auftretenden depressiven und Angst- sowie Schlafstörungen, ohne die Diagnose HKS bzw. ADHS nahezulegen.

Diagnostik

Aus der geschilderten Mehrdimensionalität ergeben sich besondere Ansprüche an die Diagnostik. Eine Diagnosestellung aufgrund nur eines kurzen Patientenkontaktes oder lediglich auf Basis der Beurteilung von Schulzeugnissen ist in keinem Fall ausreichend und entspricht nicht den fachlichen Standards. Im Falle von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen braucht es eine sorgfältige und umfassende Diagnostik, die neben der Anamneseerhebung (Eigen- und Fremdanamnese), der ggf. videogestützten Spiel- und Verhaltensbeobachtung, den Testverfahren, der Erhebung des psychopathologischen Befundes und der apparativen Diagnostik (Labor, EEG) im Rahmen der Erhebung störungsrelevanter kontextueller Bedingungen insbesondere auch psychodynamische Diagnoseverfahren umfasst.

In der psychodynamischen Diagnostik geht es mehr um das Erfassen innerseelischer und psychosozialer Prozesse und Interaktionsmuster bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Störungsbildes, als um die deskriptive und klassifikatorische Einordnung der Erkrankung. Psychodynamische Konzepte beziehen insbesondere das psychosoziale Bedingungsgefüge und die Entwicklungsgeschichte des Individuums in ihre ätiologischen und indikatorischen Überlegungen mit ein. Von Beginn an werden der Beziehungsaspekt und der aktive Einbezug des Patienten als bedeutsamer Mitarbeiter in seinem therapeutischen Prozess hervorgehoben.
Der Bewältigungsversuch ist ein weiteres Kennzeichen dieses Ansatzes. Demnach haben – folgt man dem bio-psycho-sozialen Modell – Symptombildung und Krankheit ursprünglich die Funktion, eine grundlegendere Störung zum Verschwinden zu bringen. Gleichzeitig haben sie eine kommunikative Funktion: sie stellen den Versuch des Individuums dar, sich über das Krankheitsgeschehen der Umwelt mitzuteilen, um in seiner Not wahrgenommen zu werden, wenn auch in verkleideter Form. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sind demnach weniger die Verkörperung der Störung, sondern sie zeigen die Störung an; sie geben Hinweis, dass die zugrundeliegende Störung größer ist als das momentane Vermögen des Patienten, sie auszugleichen. Gleichwohl ist die Symptomatik Indikator dafür, dass der Patient nach Begrenzung seines Leidens und insbesondere nach Eindämmung der damit verbundenen Angst sucht. Insofern kann das Symptom auch als (aktive) Leistung des Ich verstanden werden. HKS bzw. ADHS kann vor diesem Hintergrund immer auch als ein noch nicht geglückter, wenngleich nicht ganz untauglicher Versuch zur Selbstheilung aufgefasst werden.

In jedem Fall zeigt ein Symptom eine umfassende Gleichgewichtsstörung eines Organismus an. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen können Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen darüber hinaus als Ausdruck elterlicher und familialer Entwicklungskrisen, Überforderungen und schicksalhafter Belastungen gesehen werden. Auf symbolischer Ebene enthalten sie Mitteilungen und Aufforderungen zum Dialog und bedienen sich oftmals einer sehr frühen Körpersprache.

Über den Körper ausgetragen wird das Symptom zur vieldeutigen Chiffre, körpersprachlich gefasst, und seine verschiedenen, offenen und versteckten Bedeutungen müssen in einem hermeneutischen Verfahren im Dialog zwischen Arzt und Patient gemeinsam entschlüsselt werden.

Schaut man genauer hin, dann zeigen Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen oftmals eine mangelnde Fähigkeit zur Affektwahrnehmung, eine mangelnde Spannungs- und Konflikttoleranz sowie Mentalisierungs-, Symbolisierungs- und Beziehungsstörungen. Es finden sich auch Störungen der Selbstregulation und unterschiedliche Struktur- und Entwicklungsniveaus (s. OPD-KJ). Auch kann das Fehlen einer genügend guten Abstimmung zwischen Mutter und Vater bzw. die reale Abwesenheit des Vaters, Symptome einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung befördern. Insbesondere für Jungen ist das Gelingen des Prozesses der Triangulierung von der realen Anwesenheit eines wertgeschätzten und wertschätzenden männlichen Dritten abhängig, was auch ihre Geschlechtsidentitätsbildung beeinflusst. Im Sinne der Konfliktdynamik können Symptome einer HKS bzw. ADHS Ausdruck von Trennungs- und Bindungsstörungen sein oder auch von Inzestangst und Sexualisierung infolge eines Mangels an väterlicher Funktion und Triangulierung. Als Ausdruck einer (hypo-) manischen Abwehr können die Symptome als Schutz gegen Ängste und Depression sowie gegen befürchtete äußere Aggression dienen. Als Ausdruck einer Individuationsstörung können die Symptome durch den Einsatz der Motorik der Selbst- und Objektabgrenzung dienen. Alle genannten Störungen können aber auch bei anderweitig psychisch kranken Kindern und Jugendlichen auftreten, bei denen keine HKS bzw. ADHS diagnostiziert werden kann. So ist aus psychodynamischer Sicht die HKS bzw. ADHS keine nosologisch einheitliche oder abgegrenzte Störung, sondern ein Syndrom unterschiedlicher Symptome.

Psychotherapie

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zielen bei der Behandlung der HKS bzw. ADHS darauf, zentrale innerpsychische und psychosoziale Ursachen, die im diagnostischen Prozess für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung als verantwortlich ausgemacht wurden, grundlegend zu verändern. Oft geht es zunächst darum, über ein Vis-à-Vis überhaupt Begegnung zu schaffen. Nicht zuletzt wegen der Beeinträchtigung von Symbolisierungs- und Spielfähigkeit sollte die Behandlung möglichst hochfrequent erfolgen, mindestens jedoch über 50 Minuten einmal in der Woche. Eine wichtige Bedeutung kommt dabei der kontinuierlich – im Verhältnis 4:1 – stattfindenden Elternarbeit zu, in der die Krankheitsvorstellung der Eltern, ihr Erziehungsverhalten, ihre biographischen Erfahrungen und ihre Paarbeziehung (Erziehungsprobleme werden oft als Elternprobleme agiert und umgekehrt) ebenso Thema werden können wie ihr Beitrag zur Entstehung, Verschärfung und Aufrechterhaltung der Symptomatik. Die psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nimmt nicht nur die Symptome der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen in den Blick, sondern mit ihrem ganzheitlichen Ansatz auch die Komorbiditäten. Liegt z. B. wie beim „Zappelphilipp“ eine externalisierende Symptomatik vor, sollten die Selbst- und Objektwahrnehmung, die Steuerung und Abwehr sowie die kommunikativen Fähig-

keiten im Fokus der Behandlung stehen. Das schließt Arbeiten am inneren Raum, an der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit, an Beziehung und Übertragung ein. Aber auch konkrete Grenzsetzungen, Variationen des Rahmens und eine Betonung von Struktur über Verlässlichkeit und Regelmäßigkeit des Settings können von großer Bedeutung sein. Kinder und Jugendliche dagegen mit der „Träumerchen"-Variante zeigen eher Beeinträchtigungen ihrer Symbolisierungsfähigkeit; ihre Behandlung ist deswegen aber nicht weniger herausfordernd.

In beiden Fällen kann bei starker Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus eine begleitende medikamentöse Behandlung sinnvoll sein. Im Rahmen der multiprofessionellen Behandlung sollte die fachärztliche Entscheidung dabei psychodynamische Erwägungen berücksichtigen und umgekehrt. Das bedeutet neben sorgfältiger medizinischer Indikation häufig die Durcharbeitung von abwehrenden Phantasien des Fremdbestimmt-Seins und von möglichen Schuldgefühlen. Wenn ein Medikament verordnet wird, sollte für alle Beteiligten transparent sein, zu welchem Zweck und in welchem Rahmen; die jeweilige psychodynamische Bedeutung sollte dabei mitgedacht werden.

Ausblick

Für den psychotherapeutisch tätigen Kinderarzt, den Kinderpsychiater und den (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeuten liegt zu Beginn der Weiterbildung in der Wahl des Psychotherapie-Verfahrens immer auch ein identitätsstiftendes Moment. Dabei ist die übermäßig betonte Abgrenzung der Psychotherapie-Schulen für die Identitätsbildung wie für den fachlichen Diskurs eher hemmend und droht – vor dem Hintergrund des multifaktoriellen Geschehens – am Ziel eines möglichst individuellen und tatsächlich multiprofessionellen Behandlungsansatzes für den Patienten vorbei zu gehen. Mit der Integration beider scheinbar gegensätzlichen Paradigmen in einen gemeinsamen multiprofessionellen Ansatz bestünde die Chance, den fachlichen Diskurs zu beleben und wissenschaftliche und praktische Erfahrungen offen auszutauschen. Im Sinne dieses gemeinsamen Verständnisses wäre es wünschenswert, wenn bei der Erarbeitung einer neuen Leitlinie für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen die Fachlichkeit aller Verbände Berücksichtigung findet und ein demokratischer Prozess evidenz- und konsensbasierter Abstimmung fruchtbaren Boden gewinnt und so eine interdisziplinär abgestimmte (S3-) Leitlinie entwickelt werden kann.

Literatur

- Borowski, D., Bovensiepen, G., Dammasch, F., Hopf, H., Staufenberg, H. & Streeck-Fischer, A. (2018): Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. In: Adler-Cormann, P., Röpke, C. & Timmermann, H. (Hrsg): Psychoanalytische Leitlinien der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Frankfurt / Main: Brandes & Apsel.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg., 2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, S. 239 – 254; Die Leitlinie befindet sich in Überarbeitung. http://www.awmf.org/ (Letzter Zugriff 24.04.18)
- Millenet, S., Hohmann, S., Just, M., Döpfner, M., Romanos, M. & Banaschewski, T. (2017): Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Kinder- und Jugendmedizin, 17, S. 9-12.
- Schubert, I. & Lehmkuhl, G. (2017): Verlauf und Therapie von ADHS und der Stellenwert im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt 114, 9, S. 139 f.

Die Arbeit mit den bedeutungsvollen Bezugspersonen als wesentlicher Bestandteil kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Behandlung

Dagmar Lehmhaus

Die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen ist ein unverzichtbarer Bestandteil kinder- und jugendpsychotherapeutischer Behandlung. Zentral beim psychodynamischen Ansatz ist natürlich das Interesse für die Verstrickungen, die aus unbewussten, häufig tradierten familiären Beziehungsmustern, Konstellationen, Delegationen, Parentifizierungen, Verführungen und Vernachlässigungen, verschleppten Ablösungsprozessen und / oder anderen ungelösten Beziehungskonflikten resultierten. Hinzu kommt nicht zuletzt die Verflochtenheit der kindlichen Problematik mit familiendynamischen Gegebenheiten, denn Kinderprobleme sind in der Regel Aspekte der Probleme der Eltern bzw. des Familiensystems. Vor diesem Hintergrund ist die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen zu einer besonderen Form psychodynamischen Arbeitens ausgebaut worden mit beziehungsdynamischer Perspektive unter Einbeziehung familiensystembezogener Faktoren.

Die Arbeit mit dem Herkunftsmilieu ist seit jeher Teil der kinderpsychotherapeutischen Weiterbildung im Rahmen der Ärztlichen Akademie. Ausgehend von der Beobachtung, dass nicht selten eine erfolgreich beendete Kinderpsychotherapie zwar das Ausgangssymptom beseitigt hatte, aber nach kürzerer oder längerer Zeit ein neues Symptom entstehen ließ, oder dass ein Patient geheilt wurde, aber statt seiner ein Geschwister erkrankte, oder dass der Patient gesundete, aber sich die Elternkonflikte zu einem Trennungskrieg weiteten; oder das Kind gesundete, aber ein Elternteil erkrankte, rückte die Bedeutung des sozialen Umfelds immer mehr in den Fokus kinderpsychotherapeutischen Interesses.

Sigmund Freud hatte bereits auf die Bedeutung der Eltern als „Schicksal“ hingewiesen und in seiner Theorie der Objektbeziehungen konzeptualisiert. Demnach verinnerlicht das Kind in einer Bewegung von außen nach innen seine psychosozialen Erfahrungen; sie konstituieren sich in entsprechenden Ich-Selbst-Strukturen. Das bedeutet, dass der heranwachsende Mensch seine bedeutungsvollen Bezugspersonen nicht nur real um sich hat und mit ihnen umgeht, sondern sie auch in sich trägt. Anna Freud hatte die Bezugspersonen und ihren Beitrag im psychotherapeutischen Prozess in den Blick genommen und betont, wie wichtig es ist, die Eltern zu gewinnen. Denn Eltern sind Sorgeberechtigte: durch sie erfolgt der Behandlungsauftrag für die Durchführung der Kinderpsychotherapie. Infolge der infantilen Abhängigkeit sind Kinder und Jugendliche auch emotional und materiell unmittelbar von ihren Eltern abhängig. Hinzu kommt nicht zuletzt die Verflochtenheit der kindlichen Problematik mit familiendynamischen Gegebenheiten, denn Kinderprobleme sind in der Regel Aspekte der Probleme der Eltern bzw. des Familiensystems.

Dagmar Lehmhaus
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Paar- und Familientherapeutin, Sprockhövel

Wissenschaftliche Forschung hatte in den 1960er Jahren die enorme Bedeutung von Milieueinflüssen auf die kindliche und jugendliche Entwicklung und Fehlentwicklung bestätigt und zu einer Erweiterung des psychoanalytischen Paradigmas ebenso wie zu einer regelhaften Ausdehnung des psychotherapeutisch relevanten Raumes geführt: Die alte Theorie, die Therapie müsse gleichsam die Störung des Kindes beheben, um dieses dann in „repariertem" Zustand den Eltern zurückzugeben, wie es Tobias Brocher nannte, war obsolet geworden. Nun war zusätzlich die Beachtung und Reflexion eines äußerst vielfältigen, komplexen und dynamischen Beziehungsgeschehens gefordert, ohne die Konzentration auf das Innerpsychische, das Unbewusste und die Konfliktzentrierung klassischer, psychoanalytisch begründeter Ansätze aufzugeben. Unter dem Einfluss von Beziehungsanalyse und von interaktionstheoretischen und systemischen Ansätzen wurden die Eltern immer mehr zu „Portalfiguren" psychotherapeutischer Behandlung. Mittlerweile ist die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen zu einem eigenständigen und unverzichtbaren kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungsteil ausgebaut worden.

In ihrer Formgebung variiert die Arbeit mit den bedeutungsvollen Bezugspersonen mit dem angewandten Verfahren (psychoanalytische, psychodynamische, systemische, verhaltenstherapeutische Ansätze). Wie auch immer der Blick auf die Eltern sein mag: Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen ist keine Alltagskommunikation. Als tiefenpsychologisch fundierte Behandlung berücksichtigt sie die innere und reale Abhängigkeit des Kindes von seinen Bezugspersonen ebenso wie sein bestehendes, reales Eingebundensein in eine soziale Gruppe, sein soziales System. Sie befasst sich mit der hohen Verflochtenheit und Kohärenz familiärer Strukturen und betont die diagnostische und prognostische Bedeutung, die der Dynamik, den Strukturen und Manifestationen von Abwehr und Widerstand der Eltern oder anderer bedeutungsvoller Bezugspersonen für die Chancen einer Kinderpsychotherapie zukommt. Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen nimmt aber vor allem auch die unbewussten elterlichen Verstrickungen mit der Störung des Kindes in den Blick. Gleichwohl ist sie bemüht, die Ressourcen aufzufinden und zu beeinflussen, die sich in den bedeutungsvollen Bezugspersonen verkörpern – und das alles, ohne die Konzentration auf das Innerpsychische, das Unbewusste und die Konfliktzentrierung aufzugeben.

Der Anteil der Eltern an der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Probleme ihres Kindes kann dann fallspezifisch sehr unterschiedlich sein: Es kann sich um Verwicklungen und Überforderungen handeln, die über Aktualprobleme und -konflikte zustande kommen. Manchmal sind es aber auch kognitive Missverständnisse und Informationsdefizite bezüglich der kindlichen Erlebnis- und Lebenswelt sowie möglicher entwicklungsfördernder Unterstützungsmöglichkeiten. Zentral ist beim psychodynamischen Ansatz natürlich das Interesse für die Verstrickungen, die aus unbewussten, häufig tradierten familiären Beziehungsmustern, Konstellationen, Delegationen, Parentifizierungen, Verführungen und Vernachlässigungen, verschleppten Ablösungsprozessen und / oder anderen ungelösten Beziehungskonflikten resultieren. Darüber hinaus begegnen uns Störungen, die in struktureller Unreife, in psychischen Erkrankungen oder anderen schweren Be-

einträchtigungen der Sorgeberechtigten begründet sind, und die infolge nicht angemessener Beziehungsgestaltungen auf die kindliche und jugendliche Entwicklung und Fehlentwicklung einwirken.

Vor diesem Hintergrund ist die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen zu einer besonderen Form psychodynamischen Arbeitens ausgebaut worden mit beziehungsdynamischer Perspektive unter Einbeziehung familiensystembezogener Faktoren. Diese zusätzlichen Perspektiven haben die Komplexität von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom intrapsychischen Geschehen in den psychosozialen Raum erweitert und verlangen entsprechende therapeutische Kompetenz. Notwendig ist nun ein genauer Überblick über die aktuelle Lebenssituation der Familie mit ihren besonderen inneren und äußeren Belastungen und ihrem So-Gewordensein, eine gründliche diagnostische Erfassung der Elternpersönlichkeiten, ihrer besonderen Belastungen und Störungen sowie der biographischen Aspekte. Ferner sollte es gelingen, die Verschränkung der kindlichen Störung mit den Besonderheiten der Eltern bzw. mit den Auffälligkeiten des Familiensystems familiendynamisch zu beschreiben und in ihren psychodynamischen Konsequenzen zu interpretieren.

Auch in der begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen geht es um Verstehen über Empathie und Einfühlung. Anliegen ist aber nicht eine Einzelbehandlung der Eltern und eine Rekonstruktion der elterlichen Neurose. Vielmehr richtet sich begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen auf die Eltern oder Betreuer in ihrer jeweiligen Fürsorge-Funktion für das Kind. In der Folge kann es dann um eine Umstellung der elterlichen Gefühlslage gehen (Annemarie Dührssen), um die Wiederherstellung der Elternachse, um eine Rückgewinnung des „erwachsenen Spielraums“, oder darum, eine Abschirmung des Kindes von den (unveränderbaren) elterlichen Konflikten zu erreichen. Wie auch immer – es geht um eine „Beziehungsanalyse“ und daher immer um ein trianguliertes Geschehen: Alle Beteiligten sind dem gleichen Ziel verpflichtet, nämlich sich einzulassen und mitzuhelfen, dass der psychotherapeutische Prozess erfolgreich in Gang kommt und voranschreitet, und das Kind wieder in altersgemäße Entwicklung (zurück-) finden kann. Der Fokus richtet sich folglich auf den Auf- und Ausbau bzw. die Wiedergewinnung der Elternfunktion ebenso wie auf eine produktive Integration der bedeutungsvollen Bezugspersonen in die psychotherapeutische Arbeit mit dem Kind. Dafür brauchen die Eltern Einblick in das psychotherapeutische Geschehen, ohne dass die kontextuelle Verschwiegenheit berührt ist. Neben ihrem Interesse braucht es auf Seiten der Bezugspersonen Kooperationsfähigkeit, ein Minimum an Kritikfähigkeit, Umstellungsbereitschaft und -fähigkeit.

Um ein Bild zu gewinnen, ist es zunächst notwendig, eine „Wiederauflage“ der familialen Dynamik und Beziehungskonstellationen, ihrer Verwicklungen und Verstrickungen in der Begegnungssituation zu bewerkstelligen, wo sie über Auswertung des Erlebten, von Übertragung, Widerstand und Gegenübertragungsbewegungen ebenso wie im verbalen und im nonverbalen Material aufgespürt und mittels systematischer Analyse als festschreibende Muster im Miteinander identifiziert und benannt werden können. Welche Formen der Zusammenarbeit auf dieser Grundlage mit den Bezugspersonen angemessen und realisierbar sind, ist dann wesentlicher Punkt

der Indikationsstellung und fordert neben einer sorgfältigen differentiellen Diagnostik des Kindes die Erhebung einer genauen Diagnose der Störungen ebenso wie der Ressourcen auf Eltern- und Familienebene, um ein passgenaues Konzept auch der begleitenden Psychotherapie zu erarbeiten.

Das differiert entsprechend der Persönlichkeit, den Einstellungen, Erwartungen, Pathologien, aber auch den Entwicklungsmöglichkeiten von Kind, Eltern und Familie; dem Ausmaß realer und psychischer Konflikte, die bearbeitet werden sollen; mit den kontextuellen Rahmenbedingungen ebenso wie mit der theoretischen Überzeugung und entsprechenden psychotherapeutischen Haltung sowie mit der fachkundigen Kompetenz und den „handwerklichen Möglichkeiten“ des Psychotherapeuten. Begleitende Psychotherapie beinhaltet daher mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen:

- Aufklärung, Information und Beratung (Psychoedukation)
- Elternbehandlung in ihrer klassischen Form
- konfliktbezogenes Arbeiten
- strukturbezogene Behandlungsformen
- Mutter/Eltern-Kind-Therapien
- eine zwischenzeitliche Fokussierung auf die Paardynamik
- vielleicht eine vorübergehende Konzentration auf Familientherapie/ Beziehungsanalyse

All dies kann Bestandteil der Begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen sein und erfordert vom Psychotherapeuten neben Allparteilichkeit größte Achtung und Behutsamkeit für die Eltern in ihrer schwierigen Situation und Rolle, sodass eine gemeinsame Konzentration auf das Kind und seine Anliegen wieder möglich werden kann.

Literatur:

- Althoff, Marie-Luise (2017): Die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen. Theorien, Modelle und Behandlungstechnik in der psychodynamischen Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Novick, J. & Novick, K.K. (2009): Elternarbeit in der Kinderpsychoanalyse. Klinik und Theorie. Frankfurt am Main; Brandes & Apsel.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2008): Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer.

„Passt schon – keine Ahnung!“ Gesprächsführung mit Jugendlichen vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

Axel Rösche

Mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen, erscheint manchem Therapeuten schwierig bis unmöglich. Hinter einer abweisend-motzigen Fassade steht oft der Wunsch, verstanden zu werden und gleichzeitig ein Stück autonome Kontrolle zu bewahren. Der Therapeut muss sich also trauen und darf sich von unangenehmen Gegenübertragungsgefühlen nicht allzu sehr irritieren lassen. Unter Berücksichtigung der adoleszenten Entwicklungsaufgaben sowie durch eine eher nondirektive Gesprächsführung mit offenen Fragen entwickelt sich dann ein fruchtbarer Dialog.

Einführung

In die psychotherapeutische bzw. jugendärztliche Praxis kommen Jugendliche mit unterschiedlichsten Schwierigkeiten: Sie sind depressiv verstimmt und äußern Ängste, haben einen Leistungseinbruch in der Schule, sie betrinken sich oder kiffen, sie verweigern sich und ziehen sich zurück, sie werden aggressiv gegen andere oder sich selbst, reden davon, nicht mehr zu können, keine Lust mehr zu haben, sich das Leben nehmen zu wollen, verbringen Stunden spielend am PC oder chattend am Handy. Meist gehen damit körperliche Symptome wie Bauch- und Kopfschmerzen oder Schwindel einher. Und: Sie kommen in der Regel nicht freiwillig, sie werden vorgestellt – meist nach einer Terminvereinbarung durch ihre Eltern.

Normal oder krank?

Es stellt sich für den Psychotherapeuten bzw. den Jugendarzt dann die Frage: Wie ist die oft vielfältige und schillernde Symptomatik einzuordnen: Normal und passager im Rahmen der normalen Adoleszenz-Entwicklung und der Bewältigung adoleszenter Entwicklungsaufgaben? Auffällig im Rahmen einer Adoleszenzkrise? Liegt eine psychische Störung vor? Gibt es fließende Übergänge? Und: Wie ins Gespräch kommen mit dem Jugendlichen, um Antworten auf die obigen Fragen zu finden und gemeinsam passende Hilfsmaßnahmen zu überlegen?

Axel Rösche
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und -psychotherapie
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Psychoanalytiker, Nürnberg

Angesichts einer oft verschlossenen, manchmal feindselig-aggressiv wirkenden Haltung von Jugendlichen im therapeutischen Setting erscheint das zunächst schwierig. Dahinter liegen meist Affekte wie Angst (vor Beschämung und Beschuldigung), Schuldgefühle (gegenüber den Eltern oder sich selbst) sowie häufig der verzweifelte Versuch, angesichts des ausgeprägten innerseelischen Chaos zumindest in der Gesprächssituation ein Stück autonome Kontrolle zu bewahren.

Zugang zu den Bedürfnissen des Jugendlichen

Zum einen – auch, um die eigene innere Vorstellungswelt zu erweitern – bietet es sich für den Therapeuten an, sich zunächst auf die eigene Adoleszenz oder die Adoleszenz der eigenen Kinder, Verwandter oder

Bekannter zu besinnen: Was waren/sind typische emotionale Reaktionsmuster, was waren/sind elementare Bedürfnisse? Wie sah/sieht die Innenwelt des Adoleszenten aus, wie gestaltet(e) sich die Beziehung zu den Erwachsenen? Was oder wer war/ist hilfreich bzw. weniger hilfreich? Was wurde/wird vermisst? Und bezogen auf die Elternarbeit: Was geht in den Eltern vor bzw. was ging/geht in mir als Mutter/Vater eines Jugendlichen vor?

Gerade Bedürfnisse eines Jugendlichen nach Sicherheit, Zugehörigkeit und Zuneigung, gespiegelt und verstanden zu werden, nach Leistung und gebraucht zu werden, gehen oft im lärmenden größenphantastischen Getöse bzw. im muffig-schweigsamen Rückzug von Jugendlichen unter und sind uns Therapeuten als Gesprächspartner dann kaum zugänglich.

Berücksichtigung der Entwicklungsaufgaben des Jugendlichen

Zum anderen ist es wichtig, die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz einzubeziehen, die quasi als Kulisse den Hintergrund des Symptomatik-Geschehens im Bühnen-Vordergrund bilden und oft auslösend oder ursächlich damit in Zusammenhang stehen. Beispielhaft seien die Auseinandersetzung mit dem sich verändernden Körper, die Entwicklung einer (geschlechtlichen) Identität, das Eingehen von tragenden (Liebes-/Intim-) Beziehungen zu Gleichaltrigen, die (v. a. innere) Ablösung von den Primärobjekten sowie die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln erwähnt. Schon eine eher früh oder eher spät einsetzende Pubertätsentwicklung kann zu großer Verunsicherung führen. Krankheitsbilder, die in Zusammenhang mit einer erschwerten/gescheiterten Bewältigung dieser Aufgaben stehen, können Essstörungen, eine gestörte (sexuelle) Identitätsentwicklung, selbstverletzendes oder Sucht-Verhalten, Dissozialität, depressive Entwicklungen oder Angststörungen sein.

Die Entwicklungsaufgaben der Eltern

Auch hier kann für den Therapeuten, bezogen auf die Elternarbeit, der Blick auf die elterlichen Entwicklungsaufgaben hilfreich sein: Erschweren sie im Rahmen eigener, aktivierter unbewusster Konflikte und struktureller Defizite und den damit einhergehenden (Trennungs- oder Verlust-) Ängsten, Neid und Wut die Weiterentwicklung ihres heranwachsenden Jugendlichen? Dient der/die Jugendliche als stabilisierendes Selbst-Objekt der Eltern, als Projektionsfläche von Idealvorstellungen oder abgewehrten Selbstaspekten wie aggressiver oder sexueller Triebhaftigkeit? Wo stehen die Eltern in ihrer eigenen Entwicklung? Ist die Mutter beispielsweise in der Menopause und ist der Vater in der Midlife Crisis? Wie sieht – angesichts der anstehenden Ablösung des Adoleszenten – die Paarbeziehung der Eltern des Jugendlichen aus?

Günstige Entwicklungsbedingungen

Förderlich für eine günstige adoleszente Entwicklung sind beispielsweise ein stabiler, familiärer Hintergrund mit (triangulierenden) Eltern und erwachsenen Bezugspersonen, die die Bedürfnisse des Heranwachsenden nach Abgrenzung, Progression und Regression berücksichtigen. Günstig sind darüber hinaus auch befriedigende Ergebnisse in Schule und Ausbildung, das Eingebundensein in die Gleichaltrigengruppe, selbstwertstabilisierende Freizeitaktivitäten sowie eine stabile Persönlichkeitsstruktur zu Beginn der Adoleszenz. Das Fehlen dieser Faktoren verbunden mit psychischen und/oder körperlichen

Erkrankungen der Eltern, Vernachlässigung und Missbrauch in der Familie oder eigene körperliche Erkrankungen wie z. B. Diabetes oder Epilepsie können zu ernsthaften Adoleszenzkrisen, psychischen Destabilisierungen und Störungen beitragen.

Der Erstkontakt

Mit dieser Wissens-/Erfahrungs-/Phantasiewelt im Hinterkopf geht der Therapeut dann in das Gespräch mit dem Jugendlichen. Setting und Rahmen können bestimmend für einen guten Erstkontakt sein. Nach einer kurzen gemeinsamen Begrüßung von Eltern und Jugendlichen mit der Vorstellung des Therapeuten, u. a. mit Informationen darüber, welche Jugendliche den Therapeuten mit welchen Beschwerden aufsuchen, und Mitteilung des zeitlichen Rahmens (i.d.R. 30 – 45 Minuten) empfiehlt es sich, das Erstgespräch mit dem Jugendlichen alleine durchzuführen. Jugendliche empfinden es in der Regel als entlastend und autonomiestärkend, zunächst Raum für ihre eigene Sicht auf die Dinge zu haben, und erleben den Therapeuten so weniger als (phantasierten) Verbündeten der Eltern. Diese können im letzten Drittel der Gesprächszeit mit dazu kommen. Es wird auch ein Gespräch mit den Eltern allein in Aussicht gestellt. Dieses Angebot lässt sie das ausgeschlossen Sein von der Therapeut-Jugendlichen-Beziehung leichter tolerieren.

Wichtig ist es, zu Beginn des Gesprächs den Jugendlichen auf die (eingeschränkte) Schweigepflicht hinzuweisen, dass also die Eltern keine Einzelheiten des Gespräches, aber eine allgemeine Einschätzung (z. B. suizidal oder nicht) erfahren. Angstmindernd ist für Jugendliche auch, ihnen zunächst mitzuteilen, welche Informationen der Therapeut bereits durch ihre Anmeldung erhalten hat, und dass es jetzt wichtig und möglich ist, zu erfahren, was aus ihrer eigenen Sicht schwierig ist. Dass aber auch Dinge interessieren, die vielleicht gut laufen oder gelingen. Die Frage, was der Jugendliche von diesem Gespräch erwartet, wo seine Hoffnungen und Befürchtungen liegen, führt darüber hinaus oft auch zur Öffnung eines Beziehungs- und Gesprächsraumes. In der Regel beginnt ein Jugendlicher dann zu sprechen, sei es über sein Symptom oder die Schule oder Schwierigkeiten mit den Eltern. Sollte auf diese Gesprächseröffnung so gar nichts kommen – was eher die Ausnahme ist (!) – kann quasi mit der „Buffet-Technik“ etwas angeboten werden: „Vielleicht befürchtest Du ja, dass ich Dir die gleichen Vorwürfe mache wie Deine Eltern.“ Oder: „Vielleicht ist es peinlich, von Deinen Schwierigkeiten zu sprechen.“ Sinnvoll und hilfreich ist es auch, nach bisherigen Maßnahmen wie z.B. Vortherapien oder Beratungsgesprächen zu fragen und ob sie als hilfreich empfunden wurden. Wenn nicht, könnte man sagen: „Hm. Das verstehe ich, dass Du nach dieser Erfahrung erstmal nichts erzählen willst.“

Oder man spricht – soweit bekannt – die Symptomatik mit offenen Fragen an: „Wann ist sie da, wann ist sie weg? Wann schlimmer, wann besser? Wann kannst Du sicher sein, dass sie da/weg ist? Was kannst Du dagegen machen?“ Oder man fragt nach einem Lebensbereich, meist dann nach Schule oder Ausbildung: „Was für eine Schule besuchst Du? Gibt es da etwas, was gelingt? Wie ist es mit Deinen Klassenkameraden? Gibt es Freundschaften?“ Meist ergeben sich daraus Verbindungen zu den anderen Lebenswelten bzw. zu Ressourcen oder Schwierigkeiten. Offene Fragen sind grundsätzlich eher hilfreich, gesprächsfördernder und angstmindernder als

geschlossene Fragen. Einerseits signalisieren sie Interesse, andererseits geben sie Raum zur eigenen Entfaltung und auch Kontrolle der Situation. Jugendliche erleben es als angenehm, wenn nachgefragt und zusammengefasst wird: „Was meinst Du, wenn Du sagst, Deine Mutter benimmt sich wie eine „Heilige“ und Dein Vater „zieht sich aus allem heraus?“ Oder: „Was ich bisher von Dir verstanden habe, ist…“

Insgesamt geht es für den Therapeuten darum, sich einen Einblick in die Lebenswelten des/der Jugendlichen zu verschaffen. Wie geht es ihm/ihr in der Schule/Ausbildung? Wie ist die Wohnsituation? Wer lebt da? Wie geht es dem/der Jugendlichen mit den einzelnen Familienmitgliedern? Und wie geht es den Familienmitgliedern untereinander? Wann ist es gut, wann schlecht mit der Mutter/dem Vater? Offene Fragen können dazu führen, dass sich der/die Jugendliche öffnet, so dass Therapeut und Jugendlicher die Symptomatik gemeinsam verstehen. Fragen mit zirkulärem Charakter können neben Informationen über die Familie eine Einschätzung der Fähigkeit zu Empathie, differenzierter Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbst- und Objektdifferenzierung sowie der Affektlage der Jugendlichen ermöglichen: „Was meinst Du, wie Deine Mutter/Dein Vater ihre/seine Beziehung zu Dir sieht? Was meinst Du, wie Deine Mutter Deine Beziehung zu Deinem Vater sieht?“

Nicht ganz so einfach ist es für Therapeuten, Tabuthemen wie Sexualität, Drogen, Alkohol, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidgedanken anzusprechen. Themen, die Jugendliche sehr beschäftigen und vom Therapeuten zugewandt und offen erwähnt werden sollten, damit der Jugendliche merkt, dass diese Themen vom Therapeuten im Kontakt eben nicht tabuisiert werden. Insbesondere hinsichtlich der sexuellen Orientierung empfiehlt sich eine offene Fragestellung, die sowohl eine hetero- wie homosexuelle Entwicklung einbezieht, beispielsweise zu einem Jungen: „Vielleicht warst Du schon mal verliebt in ein Mädchen/in einen Jungen? Wart Ihr zusammen? Wie war das? Gab es Sexualität?“ Zu den anderen Tabuthemen könnte man formulieren: „Jugendliche in Deinem Alter trinken oft Alkohol/rauchen Zigaretten/nehmen Drogen wie Ecstasy oder Speed. Wie ist das bei Dir? – Was denken Jugendliche in Deinem Alter über Alkohol? – Vielleicht kennst Du andere Jugendliche, die sich selbst verletzen? Wie ist das bei Dir?“

Suizidgedanken im Jugendalter sind mit 30–40 % relativ häufig. Das Ansprechen führt in der Regel nicht zur intensiveren Beschäftigung damit bzw. zur Umsetzung, sondern eher zu einer Entlastung durch Verbalisierung und Distanzierung sowie durch Ablassen des aggressiv-emotionalen Potentials im Kontakt zum Therapeuten: „Wenn ich Dir zuhöre, wie es Dir gerade so geht, könnte ich mir vorstellen, dass es Momente gibt, in denen Du vielleicht gar nicht mehr leben willst.“

Natürlich ist es wichtig, auch nach Bereichen zu fragen, in denen der Jugendliche sich wohl und selbstwirksam fühlt und den Eindruck hat, dass etwas gelingt, bzw., wenn er selbst darauf zu sprechen kommt, genauer zu explorieren.

Am Ende des Gespräches empfiehlt sich eine Zusammenfassung des Verstandenen, verbunden mit der Frage nach nicht an-

gesprochenen Themen: „Vielleicht gibt es noch etwas, worüber wir nicht gesprochen haben, was ich nicht gefragt habe, und was Dir wichtig ist, mir zu sagen?“ Im Anschluss daran sollte mit dem Jugendlichen ein Ausblick besprochen bzw. ein weiterer Termin vereinbart werden.

Letztlich ist das gesamte Gespräch getragen von einer eher nicht direktiven Grundhaltung der Empathie, des Zuhörens, des interessierten, eher offenen Nachfragens und Verstehen-wollens durch den Therapeuten – entsprechend einer analytischen Grundhaltung des Nicht-Wissens, der Neutralität und Abstinenz. Jugendliche schätzen diesen sich öffnenden Raum sehr, in dem sich der Therapeut interessiert, ohne zu bewerten oder zu verurteilen, ohne den Versuch zu machen, Verantwortung für sie zu übernehmen und ohne sie nach seinem Muster zu formen. Und sie schätzen es, wenn – vielleicht manchmal gerade bei den Tabuthemen – das Gegenüber mit unbeholfen wirkender Wortwahl nach ihren Lebenswelten fragt, Gefühle würdigt und emotionales Verständnis zeigt. Von einem „Passt schon – keine Ahnung!“ braucht sich der Therapeut nicht schrecken zu lassen. Dahinter steht meist die Angst vor mangelnder Resonanz und Beschämung durch das Gegenüber, aber vor allem die Sehnsucht nach Spiegelung und Verstanden-werden. Der sich ins Gespräch mit Jugendlichen wagende, mutige Therapeut, der sich von Gegenübertragungsgefühlen wie Entwertung und Zurückweisung und eigenen Insuffizienzgefühlen nicht allzu sehr irritieren lässt und die adoleszenten Grundbedürfnisse insbesondere in Bezug auf die Unabhängigkeit des Jugendlichen berücksichtigt, wird über den offenen Dialog staunen, der sich zwischen einem Gesprächsbeginn mit „Keine Ahnung“ und einem Gesprächsende mit „Gott sei Dank ist’s rum“ entfaltet.

Literatur:

- Hegemann. Asen. Tomson: Familienmedizin für die Praxis. Schattauer 2000
- Kölfen: Ärztliche Gespräche, die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin. Springer 2013
- Seiffge-Krenke: Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Springer 2009
- Seiffge-Krenke: Therapieziel Identität. Klett-Cotta 2012
- Seiffge-Krenke: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Klett-Cotta 2015

Migration und interkulturelle Sensibilisierung und deren Relevanz für die praktische Psychotherapie

Birgit Mau-Endres und Hediaty Utari-Witt

Ausgehend von einem Fallbeispiel aus der psychotherapeutischen Arbeit mit einer Migrantin geht es im Folgenden darum, Entwicklungsstadien in der Begegnung mit einer fremden Kultur aufzuzeigen und die darunter liegenden Kulturdimensionen hervorzuheben, deren Nicht-Beachtung Auslöser für psychosomatische Krankheiten sein können. Darüberhinaus gehen wir auf die besondere Herausforderung ein, der Patient[1] und Psychotherapeut im therapeutischen Dialog aufgrund kultureller Differenzen ausgesetzt sind.

Fallbeispiel:
Mayasari, 41 Jahre alt – eine sehr attraktive Frau mit leicht bräunlichem Teint und ganz langen glatten Haaren – kam mit 21 Jahren nach Deutschland. Sie war seinerzeit auf Bitten ihrer ersten großen Liebe, ihres damaligen Freundes, hierher ausgewandert. Er hatte aufgrund seiner europäisch-asiatischen Abstammung das Recht, in Deutschland zu leben. Es war keinerlei politischer oder wirtschaftlicher Druck dahinter. Ihr Freund Prasmono eröffnete ein Restaurant, anstatt – wie er angeblich vorhatte – in Deutschland sein Studium der Sozialwissenschaften zu beenden. Mayasari fing ebenfalls an, dort mitzuarbeiten. Als sie noch in Fantasia (dem Herkunftsland)[2] lebten, hatten sie eine sehr intensive Liebesbeziehung; miteinander verbunden waren sie auch durch ihre gemeinsamen politischen Aktivitäten an der Universität: Beide hatten seinerzeit gegen die Militärdiktatur in Fantasia gekämpft. Mayasari schilderte ihre anfängliche Situation in Deutschland wie folgt: „Während meiner ersten Lebensjahre in Deutschland war ich eigentlich immer in so einer Art asiatischen Umgebung – das Essen war asiatisch und das Arbeiten im Restaurant mit auch sehr vielen asiatischen Landsleuten …“.

Die aktuelle Konstellation der Familie: Mayasari lebt mit dem zweiten Mann Günther, einem Deutschen und den drei Söhnen zusammen.

„Meine Welt ist von da an ganz anders organisiert … irgendwie ist meine Welt so deutsch organisiert, mein Innenleben fühlt sich so fremd an und ich fühle mich so leer … das ist so, als ob das nicht mehr mein Leben wäre … ich fühle mich hier wie in einem goldenen Käfig … ich habe mir nie gewünscht eine Hausfrau und Mutter zu sein … ich war immer eine sehr aktive junge Frau – politisch sehr aktiv – ich habe mich immer getraut, meine kritischen Gedanken offen zu vertreten …“

Birgit Mau-Endres
Psychodynamische Organisations- und Teamentwicklung, Hochschule für angewandte Wissenschaften, München

Hediaty Utari-Witt
Fachärztin für psychosomatische Medizin, Psychoanalytikerin, München

„Die Menschen hier sind so kalt und so distanziert, ich vermisse so sehr die Spontaneität – auch die körperliche Nähe z. B. Umarmungen – … ich komme mit den deutschen Müttern hier überhaupt nicht zurecht, sie sind so kontrollierend und so rivalisierend – die fragen immer dann gegenseitig was ihre Kinder schon leisten können, was sie schon können, ob sie schon krabbeln können oder auch gehen können und auch die schulischen Leistungen – und dieses Schulsystem hier, ich fühle mich total fremd und … in Fantasia ist alles einfacher und offener – dort ist viel mehr Wärme und menschliche Solidarität."

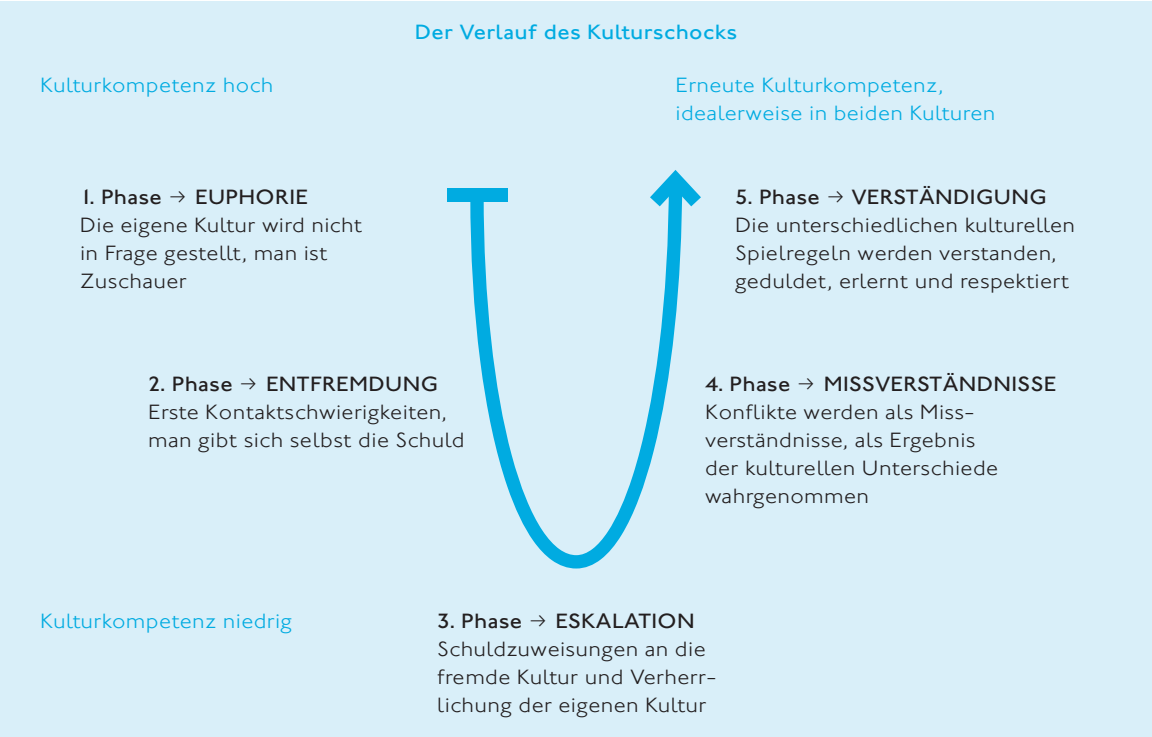
Die Annäherung oder Nicht-Annäherung an eine fremde Kultur

Das KULTURSCHOCK-Phänomen[3]

Die erste Phase nach dem Ankommen in einem fremden Land wird in der Literatur die „Euphorie- oder Honeymoonphase" des Kulturschocks bezeichnet. Man ist Beobachter und fasziniert von dem Neuen ohne zwischen der eigenen und der „neuen" Kultur zu differenzieren. Oberg gilt als der Erfinder des Begriffs und benutzt ihn mit doppelter Bedeutung. Er beschreibt einerseits den schockartigen Sturz aus der Euphorie und der Faszination des ersten Kontaktes mit der fremden Kultur in das Gefühl, verlassen, unangepasst und fehl am Platz zu sein. Andererseits bezeichnet er den ganzen Prozess, den Verlauf der „Kulturkrise" als Kulturschock, der idealerweise darin münden sollte, sich in beiden Kulturen unbefangen bewegen zu können. nach Wolf Wagner

EUPHORIE

Mayasari ist in eine ihr vertraute Kultur eingebunden, lebt eine Liebesbeziehung und hat Arbeit, die allerdings nicht ihren Erwartungen entspricht. Das ist die „Alles



ist wunderschön-Phase“. Diese Phase ist bei ihr nicht besonders ausgeprägt, weil sie sich im vertrauten kulturellen Umfeld bewegt und dadurch wenig mit der Fremdheit der Kultur des neuen Landes konfrontiert ist. Der „Schock“, die Begegnung mit der Fremdheit, die Entfremdung wird erst mit ihrem zweiten „deutschen“ Partner erlebbar.

ENTFREMDUNG und ESKALATION

Die Entfremdung beginnt bei Mayasari mit den in dieser Phase typischen, meist negativen Stereotypisierungen der anderen Kultur „Die Menschen hier sind so kalt und so distanziert, ich vermisse so sehr die Spontaneität – auch die körperliche Nähe z. B. Umarmungen“.... und damit auch der Verherrlichung der eigenen Kultur: „In meinem Heimatland ist alles einfacher und offener. Dort ist viel mehr Wärme und Solidarität.“

Häufig entstehen in dieser Phase der Entfremdung folgende Symptome: Exzessive Sorge um die Gesundheit, Essstörungen; Gefühl von Hilflosigkeit und Zurückweisung durch andere, Irritationen; Angst, betrogen oder verletzt zu werden, Versagensängste; starkes Verlangen nach Hause und zu den Freunden zu Hause; körperliche Stressreaktionen (Schweißausbrüche, Herzklopfen); ungewollte Kinderlosigkeit; Ängstlichkeit und Frustration; Einsamkeit, Rückzug; defensive Kommunikation.

Aus der Sicht der Psychoanalyse geschehen in dieser Phase Prozesse der Spaltungen: soziale Stereotypisierungen, die zu den Objekten des inneren Rassismus gehören, als etwas, was in jedem Menschen vorhanden ist und ohne Bedrohlichkeit von außen auch friedlich in jedem von uns schlummert; dieser Prozess schwingt in der Arbeit mit Mayasari mit; geweckt und explosiv organisiert werden die Spaltungsmechanismen mit projektiver Identifikation, wenn eine bedrohliche Situation auftaucht. Dann werden „soziale Außengruppen“ mit negativen Stereotypisierungen aufgeladen und zwar hartnäckig: Außengruppe sind alle, die als „deutsch-kalt“ bezeichnet werden, die Innengruppe sind die als warm und offen erlebt wurden. Dabei scheint die Fähigkeit zur emotionalen Distanzierung, Relativierung und Reflexion verloren zu gehen, Mayasari besteht auf ihrer Wahrnehmung.

MISSVERSTÄNDNISSE

Langsam entsteht ein Bewusstsein, dass Missverständnisse und Irritationen ihre Ursache in der Andersartigkeit der aufeinandertreffenden Kulturen haben. Es wird versucht, die fremde und damit gleichzeitig die eigene Kultur zu erschließen, zu beobachten, zu verstehen und wertzuschätzen. Hierbei kann ein Sensibilisierungstraining für eine bestimmte Kultur hilfreich sein. Aber auch ein generelles Verständnis für Kulturdimensionen, die gerade im interkulturellen Kontext zum Tragen kommen, kann den Prozess der Verständigung unterstützen.

VERSTÄNDIGUNG

In dieser Phase kann der sich seiner eigenen kulturellen Herkunft bewusste Mensch Eigenes und Fremdes integrieren. Das Fremde ist nicht mehr bedrohlich, sondern anders. Das eigene kulturelle ICH wird z. B. in der Therapie gestärkt und kann neben oder in der ursprünglich fremden Kultur gut existieren.

Stereotypisierungen dienen der inneren Sicherheit im fremden Land

Jeder Mensch orientiert sich zunächst unreflektiert über stereotype innere Bilder wie z.B. „Deutsche Mütter sind so kontrollierend." Wenn sich diese Bilder zu negativen oder positiven Vorurteilen verfestigen statt sie an der Realität zu überprüfen, kann es zu massiven Irritationen kommen. Im interkulturellen Training wie auch in der Therapie geht es darum, stereotype Einstellungen und Werthaltungen zu beschreiben und ihre orientierende Funktion zu verstehen, darüberhinaus den Realitätscheck zu machen.

Kulturdimensionen im therapeutischen Setting

An dieser Stelle möchten wir auf wesentliche kulturelle Orientierungen, die in der interkulturellen Begegnung mehr als im monokulturellen Kontext zu Irritationen, Spannungen und Ambivalenzkonflikten führen können, aufmerksam machen.

Individuum versus Gruppe

Ist man als Individuum verantwortlich für sein Tun oder agiert man nach den Regeln der Gruppe, der Familie zum Beispiel.
In der interkulturellen Kommunikation sprechen wir auch von Sach- versus Beziehungskulturen. Auf das Individuum ausgerichtete Gesellschaften sind häufiger Sachorientiert, auch Leistungs- und Erfolgsorientiert – s. Fallbeispiel –, in gruppenorientierten Gesellschaften steht die Beziehung im Vordergrund. Aus dieser Kulturdimension lassen sich natürlich auch andere Themen ableiten, wenn man die Familie als Gruppe definiert. Mayasari kommt in Konflikt mit ihrer Mutterrolle, mit dem Erziehungsstil, mit ihrer Rolle in der Ehe.

Distanz versus Nähe

Mayasari: „Die Menschen hier sind so kalt und distanziert, ich vermisse körperliche Nähe, Umarmungen". Geschlossene Türen am Arbeitsplatz, wenig spontane Berührung von Erzieherinnen im Kindergarten, „leben, um zu arbeiten" und nicht „arbeiten um zu leben", ein festes Gerüst von Regeln drücken eher Distanz als Nähe aus. Ein weiterer Ambivalenzkonflikt für Mayasari, die mehr „Wärme und menschliche Solidarität" erwartet.

Umgang mit Zeit

Es gibt monochrone und polychrone Kulturen. In sogenannten monochronen Kulturen wird eins nach dem anderen getan, zielorientiert gehandelt, in polychronen Kulturen ergeben mehrere Teilstücke ein Ganzes, vieles wird gleichzeitig erledigt, hier ist Platz für Spontanität, die von Mayasari vermisst wird.

Hierarchische Strukturen

Auch die unterschiedliche Akzeptanz – geringe versus hohe Akzeptanz – von hierarchischen Strukturen kann zu Ambivalenzkonflikten führen, etwa wenn der Arzt als der Allwissende und Entscheider wahrgenommen wird, der Arzt oder Therapeut jedoch davon ausgeht, dass der Patient für seine Genesung ein wenig selbst die Verantwortung übernimmt, oder wenn der älteste Sohn in der Familie den Anweisungen des Vaters folgen muss (hohe Akzeptanz von hierarchischen Strukturen).

Umgang mit Unsicherheit

Irritation kann entstehen, z. B. beim deutschen Therapeuten, wenn nicht alles nach Plan läuft versus „Chaos ist unsere Normalität", Flexibilität, Beziehungsorientierung steht vor dem Beachten von Regeln.

Universalistisches versus partikularistisches Verhalten

Die Orientierung an den Regeln und Gesetzen des Landes versus der Orientierung an meinem nächsten Familienmitglied oder Freund – führt häufig zu Ambivalenzkonflikten.

Kommunikationsstile und Denkstrukturen sind kulturabhängig

Direkte versus indirekte Kommunikation. Als Beispiel für direkte Kommunikation gilt das deutsche ein „Ja“ ist ein „Ja“ und ein „Nein“ ist ein „Nein“, ein japanisches „Hai“ („Ja“) heißt soviel wie: „Ich höre Dich noch, ich bin noch am Dialog beteiligt“, es drückt keine explizite Zustimmung aus.

High Context versus Low Context

Japan ist eine hoch verdichtete Gesellschaft, das heißt es besteht auch ohne festgelegte Regeln ein dichtes Regelwerk, das durch Konsensbildung über Jahrhunderte entwickelt wurde. Für Menschen aus „low context“ Kulturen, wie z.B. Deutsche, die in der Regel explizit und schriftlich und sehr direkt kommunizieren, ist die japanische Gesellschaft sehr schwer zu entschlüsseln. Kulturelle Differenzen werden häufig als Begründung für Krankheitsbilder instrumentalisiert, wobei die Ursache unter Umständen ganz woanders zu suchen ist. Dennoch ist die kulturelle Andersartigkeit häufig der Anlass für oben beschriebene Krankheitssymptome.

Zusammenfassung

Für den Therapeuten besteht die Herausforderung in der Arbeit mit Migranten darin, sich der eigenen Angst vor dem Fremden, der eigenen Xenophobie zu stellen. Im therapeutischen Prozess gilt es, Migranten in ihren Ambivalenzen zwischen Herkunftskultur und der sie aufnehmenden Kultur zu begleiten. In der therapeutischen Arbeit mit Migranten geht es darum, die Ursachen einer psychischen Störung unter Berücksichtigung des Einflusses der Herkunftskultur auf das Krankheitsgeschehen zu verstehen sowie Therapiestrategien zu entwickeln, die die kulturelle Herkunft des Patienten berücksichtigen.

1 Mitgemeint sind bei den männlichen Formen auch die weiblichen.

2 Die Zitate stammen aus: Utari-Witt, H. (2016) Tsunami soll Deutschland verwüsten. Destruktive Phantasien, Ambivalenzkonflikt und Spaltungsmechanismen im Migrationsprozess. In: Utari-Witt, H. und Kogan, I. (Hrsg.) (2016)

3 Die Kulturanthropologin Cora DuBois benutzte den Kulturschock-Begriff erstmals in ihrer Rede mit dem Titel „Culture Shock“ auf dem „Midwest regional meeting of the Institute of International Education“ am 28. November 1951 in Chicago.

Literatur

- Oberg, K. (1960): Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environment. In: Practical Anthropology, Bd. 7, S. 177–182, Reprint in: Curare 29/2+3 2006, S. 142–146.
- Utari-Witt H., Kogan I. (Hrsg.) (2016): Unterwegs in der Fremde. Psychoanalytische Erkundungen zur Migration. 2. Auflage, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Wagner, W. (1999): Kulturschock Deutschland. Der zweite Blick. Europäische Verlagsanstalt, Berlin

Selbsterfahrung in der Psychotherapeutischen Weiterbildung

Sieglinde Eva Tömmel

Einer der zentralen Bestandteile in der Ausbildung zum Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche und zum Kinder- und Jugendpsychiater stellt die Selbsterfahrung der Kandidaten dar. Sie soll dazu beitragen – so eine der wichtigsten Zielsetzungen –, „sich selbst so weit zu erfahren", dass Verwechslungen der eigenen Geschichte mit der Lebensgeschichte, der Symptomatik und dem Verhalten von Patienten idealtypisch nicht vorkommen. Denn hierin liegt eine der größten Gefahrenquellen bezüglich der Empathie im Rahmen der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Das subjektiv untrügliche Gefühl „das kenne ich doch von mir selbst" führt nicht selten zu Fehlschlüssen, Übertragungs- und Gegenübertragungsproblemen und in der Folge zu misslingenden Therapieprozessen und -erfolgen.

Natürlich heißt dies nicht, dass das bekannte Schließen von der eigenen Person auf andere völlig außer Kraft gesetzt werden müsste. Dieses gibt in einem gewissen Rahmen durchaus Sicherheit. Denn kein Mensch fällt aus der Gemeinschaft der Menschheit hinaus. Der Prozess der Selbsterfahrung sollte aber neben der unverwechselbaren Ontogenese des sich selbst Erfahrenden die Möglichkeit eröffnen, die Unterschiede zwischen sich und den anderen genauer zu erkennen. Idealiter leistet das sowohl die Selbsterfahrung in der Einzelanalyse als auch die analytische Gruppenselbsterfahrung.

Nach den Bestimmungen der Ärztekammern kann Selbsterfahrung demnach prinzipiell sowohl in Einzelsitzungen als auch in der Gruppe stattfinden. Jedes Setting hat seine Vor- und Nachteile. Während Selbsterfahrung in Einzelsitzungen – nach den Bestimmungen der Ärztekammern mindestens 100 bis 150 Stunden – eine ausschließliche und ohne Konkurrenz von „Geschwistern" dyadische Beziehung zum Lehranalytiker erlaubt, umfasst Gruppenselbsterfahrung die Beziehung sowohl zum Leiter als auch zu „Gruppengeschwistern". In der Einzelselbsterfahrung steht der Kandidat einem zuweilen als übermächtig erlebten Analytiker gegenüber, gegen den er eventuell nichts zu sagen wagt oder weiß – je nach vorausgegangenem Sozialisationsprozess und bis dahin gelebter Biographie. Aber der „Verwöhnungseffekt" ist in der Einzelanalyse höher als in der Gruppe, weil die Konkurrenz der „Selbsterfahrungsgeschwister" fehlt.

Sieglinde Eva Tömmel
Psychoanalytikerin, Lehr- und Kontrollanalytikerin, Planegg

Die von der Bayerischen Landesärztekammer gesetzte, obere Grenze für die Selbsterfahrung in der Gruppe liegt bei neun Teilnehmern; die geforderte Mindeststundenzahl beträgt für Kinder- und Jugendärzte 100 Stunden, für Kinder- und Jugendpsychiater 150 Stunden. Die Laufzeit der Selbsterfahrung soll ein Jahr betragen.

Da in der Ärztlichen Akademie seit ihrem Beginn überregional gelehrt und gelernt wird, kann eine Gruppenselbsterfahrung nur in für alle Mitglieder zeitlich zugänglichen Wochenendblöcken vermittelt werden, die je Wochenende zehn Doppelstunden in der Gruppe umfassen und somit drei Tage in Anspruch nehmen. Zum Beispiel können am Anreiseabend – gewöhnlich ist dies der Freitag – drei volle Stunden stattfinden, am Samstag durchgehend zehn Stunden (von 8 oder 9 Uhr bis 19 Uhr), am Sonntag noch einmal ein vierstündiger Block (von 9 bis 13 Uhr).

Die Struktur ist herausfordernd und anstrengend, wird von den meisten Teilnehmern aber auch als intensiv und zufrieden stellend erlebt. Der Vorteil der Gruppenselbsterfahrung in der beschriebenen zeitlichen Wochenendintensität liegt auf mehreren Ebenen. Der enge und kaum Ausweichmanöver erlaubende Kontakt in der Gruppe begünstigt die Erfahrung der Gemeinschaft von Personen in einer ähnlichen oder zumindest vergleichbaren (Ausbildungs-) Situation und fördert damit im günstigen Falle die Solidarität mit den anderen Teilnehmern, steigert damit das Selbstwertgefühl und die Ich-Identität. Die Selbsterkenntnis im Rahmen der Gruppe liefert meist und auf Dauer Ich-stärkende Erlebnisse, die – stark vereinfacht – etwa so formuliert werden könnten: „Nicht nur mir geht es so oder so, sondern auch allen oder doch zumindest einigen anderen“. Abgesehen davon, dass acht bis zehn aufmerksame Augenpaare mehr sehen als zwei, stellt das Erlebnis der Ähnlichkeit so mancher Erfahrungen einen nicht zu unterschätzenden Vorteil einer Gruppe gegenüber der Einzelsituation dar; die Erfahrung ähnlicher Lebensbedingungen (z. B. in der Ausbildung, im Bereich eventuell bestehender Prüfungsängste, in Situationen mit Patienten, nicht zuletzt in privaten Konfliktsituationen innerhalb der Herkunfts- oder Gründungsfamilie) stärkt die Erfahrung von Solidarität und Zusammengehörigkeit; manchmal bedeutet sie gar die Aufhebung eventuell lebenslang empfundener Einsamkeit.

Diese Behauptung steht im Gegensatz zu der oft von außen geäußerten Kritik, im Rahmen eines Ausbildungsinstitutes sei eine analytische Selbsterfahrungsgruppe mehr oder weniger zum Scheitern verurteilt, weil sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch in den theoretischen Seminaren, in der dazwischen liegenden Freizeit so wie bei Unternehmungen oder Festen – insgesamt jedenfalls zu häufig – im nicht geschützten Rahmen einer doch zum Schweigen verpflichteten Gruppe begegnen würden.

Aber schon traditionell – also seit Jahrzehnten im empirisch beobachteten und erfahrbaren Umfeld von Gruppen in Ausbildungsinstitutionen – ist der positive Anteil der „Nachsitzungen“, die (ohne Gruppenleiter) in den Pausen, am Abend, um den Biertisch oder in einem Restaurant stattfinden, nicht zu unterschätzen: Beziehungen werden gefestigt, das Zusammengehörigkeitsgefühl wird gefördert, lockere, zwanglose und „nicht beobachtete“ Interaktionen finden statt, eventuell entstehen sogar lebenslange Freundschaften. Die so entstehenden Beziehungen – sofern die Teilnehmer an solchen Nachsitzungen sich an eine der Grundregeln halten, nämlich für die Gruppe relevante Gesprächsinhalte am nächsten Tag oder in der nächsten Sitzung in die Gruppe einzubringen – sind für die Fruchtbarkeit der persönlichen Auseinandersetzungen und damit auch für die Selbsterfahrung von großem Wert. Die Gruppe „emanzipiert“ sich vom Gruppenleiter, unter Umständen verbündet sie sich gegen einen

Gruppenleiter, wenn dieser sich in der einen oder anderen Frage aus Sicht der Teilnehmer nicht so am Gruppenprozess beteiligt oder sich nicht so verhalten haben sollte, wie sich die Gruppe das gewünscht haben mag. Alle diese Interaktionen – reich an vielfältigen Handlungsmöglichkeiten für jeden Einzelnen – fördern zusätzlich die Selbsterfahrung und lehren die Gruppenteilnehmer, konstruktiv auf die Bedürfnisse anderer einzugehen und sich gleichzeitig besser abgrenzen zu können (was die Teilnehmer im Kontext einer Gruppe und nicht zuletzt auch der Gesellschaft allgemein kennen und einschätzen lernen). Die in der Selbsterfahrung gelernte und gelebte Erfahrung kann auf alle bestehenden gesellschaftlichen Gruppen mit Gewinn übertragen werden: Auf die familiäre, die berufliche, die Freundesgruppe. Eventuelle Autoritätsängste können in der sich verbündenden Gruppe besonders gut abgebaut, Problemkonstellationen aus der Herkunftsfamilie können erkannt, benannt und manchmal weitgehend aufgelöst werden. Denn insgesamt sollte gegen das oben erwähnte Argument („Agieren im Außen") eingewendet werden: Abschirmung vom Leben ist weder in der Gruppe noch in der Einzelselbsterfahrung sinnvoll oder notwendig und glücklicherweise vermutlich auch nicht möglich.

Weil die Anforderungen der Ärztekammern Minimalforderungen darstellen, aber keineswegs nur deshalb, entsteht in vielen Gruppen nach der Beendigung des ersten Blocks von 100 oder 150 Stunden nicht selten die Absicht, die Gruppe, die im günstigen Falle fördernd für das gesamte Lebensgefühl empfunden wird, weiter zu führen. Es gibt in der Akademie tatsächlich eher wenige Ausnahmen von diesbezüglich geäußerten Wünschen. Die älteste Gruppe der Akademie trifft sich seit nunmehr zehn Jahren, dann allerdings – nach Beendigung des ersten 100 oder 150 Stunden umfassenden Blocks – nur ein- bis zweimal im Jahr, je nach Bedürfnis der Gruppe.

Es zeigt sich, dass eine Selbsterfahrungsgruppe von Beginn an nicht nur mehr ist als die Summe ihrer Teile, sondern dass sie geradezu das Leben begleitende und mit vergleichsweise wenig Aufwand günstige Funktionen erfüllen kann: Immer wieder nachsehen zu lassen, was sich aus den ersten, allen Gruppenteilnehmern ja bekannten Lebenskonstellationen entwickelt hat, wie ein Lebenslauf sich verbessert hat, in welchen Bahnen die Einzelnen sich bewegt haben und weiter bewegen.

Es wird – Sigmund Freuds alte Forderung – auf diese Weise vielleicht gar nicht notwendig sein, alle fünf Jahre erneut nachschauen zu lassen, sondern sich zu treffen, um ein Update zuzulassen mit den bekannten und relevanten Anderen, die sich vermutlich nirgendwo so tief eingelassen haben auf ihre intimsten Geheimnisse, ihre sehnlichsten Wünsche, ihre größten Verzweiflungen, wie in ihrer Gruppe.

So mag denn günstigenfalls eine tiefenpsychologisch/analytische Selbsterfahrungsgruppe eine lebenslange Erfahrung von Verständnis, Verstandenwerden, von Geben und Nehmen in einer Atmosphäre von Wärme und Geborgenheit darstellen, die nicht nur hilft, eine lebenslang unverlierbar wirkende Erfahrung des Selbst im Umkreis von signifikanten Anderen gemacht zu haben, sondern auch, die später psychotherapeutisch begleiteten kleinen und großen Patienten nicht mit der eigenen Person zu verwechseln und jeder/jedem von ihnen das Recht auf individuell angepasste Behandlung zu ermöglichen.

Balintgruppenarbeit als Wegbereiter für Veränderungen

Gabriele Fuhrmann und Matthias Wenck

Ein zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Weiterbildung wie auch des Fortbildungsangebotes „Psychosomatische Grundversorgung" ist die Teilnahme an einer Balintgruppe. Die sogenannte patientenorientierte Selbsterfahrung wurde von dem ungarischen Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint in den 1950er Jahren zusammen mit Allgemeinärzten in England ins Leben gerufen. Ziel dieser gemeinsamen Arbeit war, ein besseres Verständnis für die Probleme in den Arzt-Patientenbeziehungen zu finden, wie sie im Praxisalltag auftauchen. Mit den Worten Balints heißt das, „die Droge Arzt mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen" zum Wohle von Patienten und Ärzten besser nutzen zu können. Wie stellt sich das nun in unserer speziellen Balintgruppe dar, die sich überwiegend aus Kinderärzten zusammensetzt?

Während der Fallvorstellung durch ein Gruppenmitglied entstehen in allen Beteiligten Bilder, szenische Vorstellungen, Phantasien, Gefühle, die etwas mit dem jeweiligen Fall zu tun haben; dabei geht es um den Arzt selber, seine Beziehungsgestaltung, seine Situation in der Praxis an diesem Tag, dem Patienten, seiner Familie, seiner Verfasstheit, seinen Ängsten vor oder bei der Untersuchung. Alle Gruppenmitglieder mit Ausnahme des Vorstellenden sind dann aufgefordert und ermutigt, all diese Eindrücke und Gefühle der Gruppe zur Verfügung zu stellen und zu diskutieren, während der Vorstellende nun seinerseits zuhört. Das klingt einfach, ist es aber keinesfalls. Es erfordert unserer Erfahrung nach großen Mut, in der Runde von Kollegen über Phantasien und Gefühle zu sprechen. Dies ist üblicherweise nicht Teil des hoch strukturierten Alltags des Kinderarztes, bei dem es vor allem bei voller Praxis um Effektivität, Fakten, Diagnosen und Therapien geht. Hier tauchen Ängste auf, dass mit einem sich Einlassen auf Zwischenmenschliches die Zeit davonrinnt, der Empfang, das Wartezimmer (und wer noch?) ungeduldig werden und man niemandem mehr gerecht werden kann, man als Kinderarzt zwar als Anwalt der Kinder fungiert, aber gleichzeitig Mütter, Väter und häufig noch Omas und Opas im Blick haben muss. Hier kommt häufig Mitgefühl auf. Der Vorstellende hat es auch schwer, passiv aushalten zu müssen, was andere über seinen Fall oder auch über ihn sagen, ohne sich selber in diesem Augenblick zu beteiligen. Es entstehen mitunter sehr gemischte Gefühle, die wiederum auch etwas mit dem Fall oder mit der Interaktion zwischen dem Arzt und seinem Patienten zu tun haben. Scham- und Schuldgefühle sind wohl die quälendsten dabei.

Gabriele Fuhrmann
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie und Psychoanalyse, München

Matthias Wenck
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Markt Schwaben

D. h. der Arzt erlebt sich möglicherweise wie auf der Untersuchungsliege, als Kind vor einem strengen Vater, wie ein Anfänger oder vor einem ungerechten Chef etc. Das Entscheidende in seiner Situation und der der Gruppe ist es jedoch, dass sich für alle Beteiligten neue Perspektiven ergeben und diese es dann ermöglichen, etwas Anderes, Neues zu entdecken, z. B. die eigene überhöhte Anforderung an sich selbst, immer der zugewandte, empathische, vertrauenerweckende, bestinformierte Arzt, schlicht ein ewiger „Dr. Allwissend“ zu sein.

Hat das nur etwas mit ihm zu tun? Oder könnte das auch mit den Erwartungen des Patienten zu tun haben? Wie gehe ich mit deren Enttäuschung um, wie mit meiner eigenen. So, wie sich die Gruppe in der Diskussion mit Interesse und Mitgefühl zunächst dem Kollegen zugewendet hat, wie sich im Verlauf der Diskussion aber auch Empathie und Verständnis für eine fordernde Mutter, einen abwesenden Vater oder ein tobendes Kind entwickeln, entsteht auch in dem Vorstellenden eine Veränderung im Blick auf sich und seine kleinen und großen Patienten, die in der kinderärztlichen Praxis ja nicht so selten Familienmitglieder sind, die ihrerseits belastet sind und das Kind / den Jugendlichen als den vermeintlichen Patienten „präsentieren“.

Im Verlauf der Fallbesprechung erhält natürlich dann auch der Vorstellende Gelegenheit, sich zu dem zu äußern, was in ihm vorgeht und vor allem hat er „das letzte Wort“.

Als Balintgruppenleiter verstehen wir unsere Aufgabe zunächst darin, einen geschützten Raum herzustellen, in dem es jedem Teilnehmer möglich wird, sich vertrauensvoll und möglichst ohne Tabus an die Gruppe zu wenden und über seine Probleme bei einer Fallkonstellation zu sprechen. Unser Ziel in der Gruppenarbeit mit den Kollegen ist es, eine Veränderung in der Gesprächsführung mit ihren Patienten zu initiieren. Damit sie Mut finden können, es für möglich zu halten, dass hinter der Symptomatik des Patienten, den sie bereits nach allen Regeln der Kunst untersucht haben, ein Konflikt steckt, und diese Erkenntnis dem Patienten und seiner Familie anzubieten. Hier begeben wir uns auf unbekanntes Terrain und das ist gut so. Es ist aber auch sehr mutig und widerspricht möglicherweise dem Bild des Arztes, das wir von uns selber haben. Doch stellen wir uns vor, jemand schlägt sich für lange Zeit mit einem schweren Problem herum und wird darüber krank. Wie kränkend muss es für diesen Patienten sein, wenn der Arzt eine Lösung aus dem Kittel zaubert. Mit dieser veränderten Haltung von Empathie und Verständnis für die Schwierigkeiten im Leben der Familie begeben sich die Kollegen auf Augenhöhe zu den Patienten und ihren Familien. Sie berühren hierbei möglicherweise eine sehr verletzbare, schmerzhafte Stelle im Familiensystem, was für uns als Ärzte besonders schwierig sein mag. Von uns wird doch Sicherheit und immer ein guter Rat erwartet, so unsere Annahme. Aber vielleicht erhält die Familie über den angstfreieren Umgang des Arztes als mitfühlender Mensch auch die Chance, eine andere Perspektive zum Leiden ihres Kindes einzunehmen und so an dessen Gesundung mitzuarbeiten und die Heilungschancen zu verbessern.

Über die gemeinsame Arbeit in der Gruppe und den empathischen, offenen und neugierigen Umgang miteinander ergibt sich auch eine Veränderung im Gespräch mit Kollegen, hin zu einem vertrauensvolleren Miteinander.

Autogenes Training

Markus Züger

Beim Autogene Training (AT) handelt es sich um eine konzentrative Selbstentspannung: die Konzentration auf die körperlichen Vorgänge wie z.B. die Schwere durch Erschlaffung der Muskulatur und die Wärme durch vermehrte Durchblutung der Haut führen durch einfache Formeln zur Entspannung. Entscheidend für die vegetative Umschaltung ist die ruhige Atmung. Es ist ein Prophylaktikum, eingesetzt zur Gesunderhaltung im Sinne der Psychohygiene, ein Schutzschild gegen Alltagsstress und ein Therapeutikum. AT eignet sich zum Spannungsabbau, stärkt Selbstentwicklung und Selbstsicherheit auch bei Kindern und Jugendlichen. Wer AT seinen Patientinnen und Patienten erfolgreich vermitteln will, muss es selbst beherrschen. Die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bietet hierzu einen Grund- und einen Fortgeschrittenenkurs an.

Einführung

Ein indisches Sprichwort lautet: „Schenkst du einem Hungernden einen Fisch, ernährt er sich für einen Tag. Schenkst du ihm eine Angel, ernährt er sich selbst für den Rest seines Lebens.“ Das Autogene Training (AT) ist eine solche Angel fürs Leben, eine Hilfe zur Selbsthilfe. Das AT zählt zur „kleinen Psychotherapie“, ja: klein aber fein. Für die große psychotherapeutische „Kur“ nicht gedacht, ist es dennoch ein Kleinod für viele Verwendungen: Es ist ein Prophylaktikum, eingesetzt zur Gesunderhaltung im Sinne der Psychohygiene, ein Schutzschild gegen Alltagsstress und ein Therapeutikum, das vielfach Anwendung in der Psychosomatik und Neurosenbehandlung gefunden hat. Das AT ist von den meisten Menschen leicht zu erlernen, alltagstauglich und frei von Ideologien jeder Art und deshalb in jedem Kulturkreis einsetzbar. Sehr bewährt hat sich das AT als Mittel gegen Nervosität und Schlafstörungen; in den 70er Jahren nutzten ca. 10 % der Erwachsenen in der BRD das AT als „Schlafmittel“.

Geschichte und Entwicklung des Autogenen Trainings

Johannes Heinrich Schultz (1884–1970), ein Berliner Nervenarzt und Erfinder des AT, konnte nicht ahnen, welche Bedeutung das AT in der Nachkriegszeit bekommen würde. Er hat das AT auf der Grundlage der Hypnose von Oskar Vogt entwickelt. Die Hypnose hat in der Krankenbehandlung eine Jahrtausende alte Tradition und wurde von Franz Anton Mesmer mit dem sogenannten „animalischen Magnetismus“ im 18. Jahrhundert populär. Auch Sigmund Freud erlernte die Hypnose bei Jean-Martin Charcot in Paris Ende des 19. Jahrhunderts und wandte sie zu Beginn in seiner Praxis an; er wollte damit einen Zugang zum Unbewussten finden.

Markus Züger
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt, Paracelsus-Therapiezentrum Bad Essen, Osnabrück

Beim AT handelt es sich um eine konzentrative Selbstentspannung, bei der die Wahrnehmung von physiologischen Entspannungsvorgängen zu einer Reizminderung und somit zur von Schultz so benannten „organismischen Umschaltung“ führt. Ihm gelang es durch eigene Erfahrung und akribisches Studium der Hypnose, eine praktikable Methode der Selbsthypnose zu entwickeln, was in der Zeit des beginnenden 20. Jahrhunderts auch andere versucht hatten. So bestand die Methode von Émile Coué darin, sich regelmäßig in einer Gruppe zu treffen, sich im Kreis an den Händen zu fassen und laut zu sagen: „Es geht mir immer besser“. Es sollen sogar Erfolge damit erzielt worden sein. Erinnert uns das nicht an: „Wir schaffen es!“ oder „Yes, we can!“? Charles Baudouin entwickelte die Autosuggestions-Methode und veröffentlichte sie 1924. Er versuchte, den posthypnotischen Auftrag in der Selbsthypnose durch Autosuggestion umzusetzen. Beide Verfahren haben sich nicht durchgesetzt, weil das eine zu simpel und das andere zu kompliziert war. Schultz hat erkannt, dass die Konzentration auf die körperlichen Vorgänge, die sich während der Hypnose einstellen, wie z.B. die Schwere durch Erschlaffung der Muskulatur und die Wärme durch vermehrte Durchblutung der Haut, durch einfache Formeln zur Entspannung führen. Entscheidend für die vegetative Umschaltung ist die ruhige Atmung, wie wir es aus der Meditation kennen. Nach jahrelangem Selbststudium veröffentlichte Schultz 1932 sein Buch „Das Autogene Training“. Seine wichtigste Erkenntnis war, dass die sechs Übungen der Grundstufe genügen, um die konzentrative Selbstentspannung herbeizuführen. Die Einfachheit der Übungsformeln ist der Erfolg dieses Basistherapeutikums.

Gerd Biermann hat Anfang der 1950er Jahre das Autogene Training bei Schultz erlernt und blieb ihm bis zu dessen Tod 1970 auch im gemeinsamen Arbeiten verbunden, so Biermanns Vorwort zur 1. Auflage seines Buches „Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen“, das 1975 erstmals veröffentlicht wurde. Bis dahin hatte er über 20 Jahre Erfahrung in der Vermittlung von Autogenem Training mit Kindern und Jugendlichen gesammelt, sowohl in Gruppen als auch in Einzeltherapie. „Spannung und Entspannung sind Gegenspieler eines Geschehens, welches den Lebensrhythmus des Einzelnen bestimmt. Die Kunst der Daseinsverwirklichung besteht im Gleichklang beider. So ist schöpferische Aktivität ohne lustvolles Spannungserleben nicht denkbar. Wo Spannung aber, über Gebühr strapaziert, zur Verkrampfung wird, setzt sie Schäden einer fortschreitenden inneren Desorganisation; es manifestiert sich die neurotische Fehlhaltung“. Er setzt fort: „Es ist aber mehr noch das Bedürfnis des Menschen, auf dem Wege nach innen wieder zu sich selbst zu finden, um im Bewusstwerden des eigenen Körpers die Frage zu stellen und zu beantworten: „Wer bin ich?“ Das gilt besonders für Jugendliche, wenn sie sich in der Identitätskrise auf der Suche nach ihrer Persönlichkeit, ihrem Ich befinden.“

Biermann erkannte die Bedeutung des Autogenen Trainings für die Selbstentwicklung und Selbstsicherheit von Kindern und Jugendlichen. Ihm ist es zu verdanken, dass das Autogene Training auch durch die Vermittlung in der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. eine weite Verbreitung in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefunden hat. Leider ist es heute etwas aus der Mode geraten, vielleicht auch deshalb, weil es

bei den niedergelassenen Ärzten von den Krankenkassen unzureichend vergütet wird und es schwierig ist, altershomogene Gruppen zusammenzustellen. In den Kliniken wird das AT heute meistens heterosuggestiv, durch Vorsprechen von „Formeln", vermittelt, wobei die klinische Verweildauer oft zu kurz ist, um das AT gründlich zu erlernen. Häufig findet die Durchführung des AT nicht mehr federführend durch Psychotherapeuten statt, sondern wird oft von Hilfskräften vermittelt, ohne dass auf die individuellen Schwierigkeiten der Übenden entsprechend eingegangen werden kann. Auch das notwendige, vorbereitende Einzelgespräch mit dem Patienten, bei dem die Zielsetzung des AT geklärt wird, wird oft ausgelassen. Stattdessen sind „Achtsamkeitsübungen" en vogue. Ich finde das sehr schade, denn das AT ist die beste Form der Achtsamkeit für Körper und Seele.

Die Grundstufe

Wer AT seinen Patientinnen und Patienten erfolgreich vermitteln will, muss es selbst beherrschen, und das heißt: üben, üben, üben. In den ersten Wochen mindestens dreimal täglich. Erfahrungsgemäß benötigt der Anfänger ca. drei bis sechs Monate, um es bei Belastungen im Alltag sicher anwenden zu können. In der Ärztlichen Akademie wird das AT in zwei Kursen zu je acht Doppelstunden erlernt.

Im ersten Kurs sollen die Grundübungen durch Selbsterfahrung erlernt werden. Ziel des Kurses ist es, autogen Entspannung herbeizuführen, Gelassenheit zu erlernen und Stress abzubauen. Neun von zehn Teilnehmern gelingt es, das AT erfolgreich zu erlernen und einzusetzen. Bei Schlafstörungen genügt es zum Einschlafen oft, die ersten drei Übungen durchzuführen – „Schwere", „Wärme" und „Atmung". Akute Psychosen, Traumatisierungen und frühe Persönlichkeitsstörungen sind als Kontraindikation für das AT anzusehen. Bei Patienten mit diesen Diagnosen hat sich die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Edmund Jacobson bewährt, weshalb die Ärztliche Akademie ab 2017 auch PMR zum Kennenlernen anbietet. Während manche Kollegen die Formeln vorsprechen, wie Biermann es besonders für jüngere Kinder empfohlen hat, hat es sich bei Jugendlichen und Erwachsenen bewährt, die einzelnen Formeln vorab zu erläutern und dann zum Selbsttraining anzuleiten. Laut Biermann ist das AT sicher ab dem 10. Lebensjahr einsetzbar, aber je nach individueller Reife auch schon früher. Waltraut Kruse hat auch schon bei Vorschulkindern das AT in spielerischer Form erfolgreich angewandt und ihre Erfahrungen in ihrem Buch „Einführung in das autogene Training mit Kindern" beschrieben. Ein weiterer Vorteil des AT besteht darin, dass es sowohl im Sitzen als auch im Liegen geübt werden kann. Da es im Liegen leichter erlernt wird, wird das AT im ersten Kurs der Ärztlichen Akademie im Liegen angeboten. Dass manche Teilnehmer dann selig einschlafen, zeigt auch, dass die meditative Form des AT – zur Erholung und Tiefenentspannung gedacht – zur Regression führen kann.

Der zweite Kurs hat deshalb das Ziel, die erlernten Übungen zu vertiefen und alltagstauglich zu gestalten. Das heißt, die Übungen sollten zu Beginn nicht länger als drei bis fünf Minuten dauern, um sie in Schule, Familie oder auch am Arbeitsplatz einsetzen zu können. Wenn die Grundübungen sicher eingeübt sind, kann sogar die Kurzform des AT erlernt werden, wobei jede Formel nur noch aus wenigen Worten besteht: „Ruhe", „Schwere", „Wärme", „Atem und Herz ruhig", „Leib warm", „Stirn kühl".

Diese Kurzform kann in Stresssituationen wie z. B. bei Prüfungen eingesetzt werden, da die vegetative Umschaltung bereits nach ganz kurzer Zeit automatisch einsetzt. Schultz nannte dies das „Sekundenphänomen“. Dient die Grundstufe des AT in erster Linie der Erholung, der Selbstberuhigung und dem Stressabbau durch Resonanzdämpfung der Affekte, kann es darüber hinaus bei psychosomatischen Funktionsstörungen zur Selbstregulierung eingesetzt werden. Die Atemübung hat sich bei Patienten mit Asthma bronchiale und Hyperventilation sehr bewährt und wird in speziellen Kursen für Kinder eingesetzt. Die Herzübung eignet sich sowohl zur Blutdruck- als auch zur Pulsregulation, die Sonnengeflecht-Übung („Leib“) kann bei Bauchbeschwerden aller Art, die Stirnübung bei Kopfschmerzen helfen. Auch bei Neurodermitis hat sich das AT bewährt, um den Juckreiz zu lindern.

Die Mittelstufe

Im zweiten Kurs wird auch die Formelhafte Vorsatzbildung, auch Mittelstufe genannt, besprochen. Sie dient der Persönlichkeitsentwicklung durch Selbstbestimmung und kann zur Leistungssteigerung, Schmerzverminderung und Selbstkontrolle führen. Formelhafte Vorsätze sollten erst eingesetzt werden, wenn die Grundstufe sicher beherrscht wird. Die Formeln sind geeignet, u. a. folgende Ziele zu erreichen:

- allgemeine Indifferenz bei störenden äußeren Reizen: „Geräusche/Ekel/Gerüche o. ä. sind ganz gleichgültig“
- Abbau von Ängsten: „Wer autogen trainiert, hat schon die Not halbiert“; „In der Ruhe liegt die Kraft“; „Ich setze mich durch; ich verstehe den anderen“; „Ich halte durch“; „Ich stehe darüber“ usw.
- Abschalten störender oder schädlicher Verhaltensweisen (z. B. bei Tics, Rauchen, Konsum von Süßigkeiten oder Drogen): „Ich rauche nicht, es bleibt dabei: Ich brauch es nicht, ich bleibe frei“
- Einschlafhilfe: „Ich schlafe nachts ganz ruhig und fest“

Die Formeln sollten kurze Kommandos und geeignet sein, das angestrebte Ziel zu erreichen. Sie sollten immer positiv ausgedrückt werden, am besten rhythmisch, klangvoll, reimend oder auch humorvoll sein, damit sie im Gedächtnis haften bleiben. Die Übungen werden an die Formeln der Grundstufe angehängt und sollten bis zum Erreichen des Zieles regelmäßig mitgeübt werden. Erfahrungsgemäß genügen einige Wochen. Bei ausreichendem Leidensdruck und intrinsischer Motivation sind diese autosuggestiven Formeln sehr hilfreich. Unerfahrene schmunzeln oft über die formelhaften Vorsätze und zweifeln daran, dass sie hilfreich sein können. Besonders förderlich ist deshalb, diese in der Gruppe zu besprechen und sich diese Formeln selbst auszudenken. Es hat sich bewährt, besonders bei Kindern und Jugendlichen, diese Formeln aufzuschreiben und ggf. zu malen. Vorsatzformeln sollten immer ganz individuell gestaltet werden. Folgende Beispiele haben schon geholfen:

- Wenn ein Partner schnarcht: „Geräusche verstärken meine Ruhe“
- Wenn man morgens schwer aus dem Bett kommt: „Zeit ist eine Wirklichkeit, Aufstehen eine Kleinigkeit“
- Wenn man morgens schlechte Laune hat: „Spring ich morgens aus der Daune, bin ich gleich ganz guter Laune“
- Bei Nervosität: „Mich begleiten allezeit: Ruhe und Gelassenheit“

- Bei Enuresis: „Die Hose – ohne Frage – bleibt trocken auch am Tage“
- Bei Angst vor dem Lehrer: „Jeder Mensch hat seine Fehler“
- Bei Konzentrationsproblemen: „Aufpassen ist wichtig, dann mache ich es richtig“

Bekannt ist auch, dass sich Sportler zur Steigerung der eigenen Konzentration und Leistung wie auch zum Ausdauertraining formelhafte Vorsätze bilden. Allerdings sehe ich solche Anwendungen auch kritisch, da sie leicht zu einer Überforderung führen können, was wiederum nicht der Sinn des AT ist.

Die Oberstufe

Bereits Schultz hat bei den Übungen der Grundstufe festgestellt, dass vor dem inneren Auge einiger Teilnehmer Farben oder Bilder auftauchen. Daraufhin hat er erste Erfahrungen mit Bildern gesammelt und sie für die „Oberstufe“ beschrieben. Im Sinne der autogenen Imagination hat er Farberlebnisse, Wahrnehmung konkreter Gegenstände und Schau abstrakter Werte (Frieden, Ruhe, Stille usw.) angeregt. Später vertiefte er diese Übungen durch Phantasiereisen: „Weg auf den Meeresgrund“ und „Weg auf die Bergeshöhe“. Die Oberstufe hat sich nicht wirklich als Therapeutikum bewährt. Es ist schwierig, geeignete Gruppen für diese Übungen zu finden, weshalb die Oberstufe auch sehr selten in psychosomatischen Kliniken oder Praxen eingesetzt wird. Hanscarl Leuner ist es zu verdanken, dass die imaginative Psychotherapie gut strukturiert und systematisch für die praktische Anwendung entwickelt wurde. In unserem zweiten Kurs ist ein ausführliches Eingehen auf die Oberstufe nicht möglich, wird aber als Selbsterfahrungsübung angeboten. Darüber hinaus wird auf die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) hingewiesen. Wer das Autogene Training gut erlernt hat und einen Zustand tiefer Entspannung erreichen kann, hat auch die notwendigen Voraussetzungen erworben, erfolgreich an der KIP teilzunehmen.

Ich hoffe, dass Sie mit diesen Ausführungen Ihre Erfahrung mit dem AT wiederfinden oder neugierig geworden sind, und schließe mit einem Gedanken von Marie von Ebner-Eschenbach:

„Die Herrschaft über den Augenblick bedeutet die Herrschaft über das Leben.“

Literatur:

- Schultz, I.H. (2003): Das Autogene Training. Stuttgart/New York: Thieme Verlag
- Schultz, I.H. (2016 [1935]): Autogenes Training – Das Original-Übungsheft. Stuttgart: Trias Verlag
- Biermann, G. (1996 [1975]): Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Kruse, W. (1980): Einführung in das Autogene Training mit Kindern. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Kraft, H. (2004): Autogenes Training – Handbuch für die Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Hoffmann, B. (1992 [1977]): Handbuch des Autogenen Trainings – Grundlagen, Technik, Anwendung. München: dtv Verlag

Gestalttherapie
„Wissend werden ist ein Erinnern“ (Sokrates) oder „Lose your mind and come to your senses“ (Fritz Perls)

Christiane Pennecke

Die Gestalttherapie ist ein ganzheitliches, psychotherapeutisches Verfahren, das Leib und Seele umfasst. Ihre Wurzeln liegen in der Psychoanalyse. Durch Integration anderer humanistischer Ansätze wie z. B. Psychodrama, philosophischer und wahrnehmungspsychologischer Konzepte entwickelte sich die Gestalttherapie, in deren Mittelpunkt die Beziehung zwischen zwei Menschen (Klient / Therapeut) steht, die sich auf einen gemeinsamen Prozess einlassen. Im Hier und Jetzt der Beziehung liegt der Fokus auf der Bearbeitung der Kontaktunterbrechungen des Klienten. Diese Kontaktunterbrechungen können sowohl die Beziehung des Klienten zu sich selbst als auch zu seinem Gegenüber betreffen. Ziel der Gestalttherapie ist es, Erlebtes und Erfahrenes eines Menschen im Kontakt mit sich und der Umwelt wieder bewusst zu machen, so dass der Klient wieder in der Lage ist, selbstbestimmt sein Leben zu gestalten. Zusammenfassend lässt sich die Komplexität der Gestalttherapie und -theorie auf den Punkt bringen: Ich und Du im Hier und Jetzt.

Historie

Im Jahre 1993 – also vor 25 Jahren – wurde ich vom Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg beauftragt, bei der Ärztlichen Akademie in Benediktbeuern einen Vortrag über Gestalttherapie zu halten. Seitdem bietet die Ärztliche Akademie während der Lehrgänge zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie als Zweitverfahren Gestalttherapie an. Dieses Seminar, das mittlerweile seine zeitlichen Strukturen verändert hat, wird von mir geleitet. In all den Jahren bewegte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Kernfrage:

Was ist Gestalttherapie?

Um das gleich vorweg zu nehmen: Die Gestalttherapie ist kein Werkzeugkasten, so wie dies heute immer wieder gefordert wird. Gestalttherapie ist ein therapeutischer Prozess, in den sich der Therapeut ebenso wie der Klient als Person einbringt. Daher nennen Gestalttherapeuten ihre Klienten nie Patienten. Der Prozess der Therapie kommt als Austausch von Wahrnehmungen zustande: Der Klient wird um die Wahrnehmung des Therapeuten bereichert.

Christiane Pennecke
Psychologische Psychotherapeutin, Gestalttherapeutin, Berlin

Was also ist Gestalttherapie? Als Gestalttherapeutin nähere ich mich der Gestalttherapie (der Gestalt) zunächst phänomenologisch. Der Begriff ist unklar. Was bedeutet Gestalt? Gestalt einer Person? Gestaltung als etwas herstellen? Gestalt als wahrnehmungspsychologischer Begriff? Der Begriff lässt sich nicht aus sich heraus erklären. Da sich eine Gestalt stets vom Hintergrund abhebt, wende ich mich dem Hintergrund zu.

Die Begründer der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie ist eines der humanistischen Verfahren (wie z. B. Gesprächspsychotherapie, Psychodrama) und wurde von Fritz und Laura Perls in Zusammenarbeit

mit Ralph Hefferline und Paul Goodman in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt. Die Entstehung der Gestalttherapie ist eng mit der Lebens- und Wirkungsgeschichte des Ehepaares Perls verbunden. Fritz Perls, ein jüdischer Arzt, diente im Ersten Weltkrieg als Lazarettarzt. Die Kriegserfahrungen beeinflussten unter anderem seine Entscheidung, eine analytische Ausbildung in Berlin zu beginnen. Seine Lehranalytiker waren Karen Horney, Wilhelm Reich und Clara Happel. Während seiner Assistenzzeit bei Kurt Goldstein lernte er 1926 seine spätere Frau Laura kennen. Beide engagierten sich in den folgenden Jahren in der antifaschistischen Bewegung. Gemeinsam mit ihrer Tochter wanderten sie schließlich über die Niederlande nach Südafrika aus. Dort baute das Ehepaar ein psychoanalytisches Institut auf und arbeitete zunächst psychoanalytisch. Ihre bis 1936 gesammelten Erfahrungen veranlassten Fritz Perls, anlässlich des psychoanalytischen Weltkongresses einen Vortrag über oralen Widerstand zu halten, in dem er dem analytischen Triebkonzept als wesentliche Triebkraft der psychischen Entwicklung eines Menschen die Aggression gegenüberstellte. Diese Idee – wie viele andere „abweichende“ Ideen – wurde von Sigmund Freud abgelehnt. Freuds Ablehnung motivierte Perls, weiter zu experimentieren.

Die Haltung des Gestalttherapeuten

Die Haltung des Experimentierens ist charakteristisch für die Gestalttherapie. Gestalttherapeuten experimentieren auf der Suche nach passenden Zugängen, um mit dem Klienten in Kontakt zu kommen und dem Klienten die Möglichkeit zu geben, mit sich in Kontakt zu kommen. So veränderte Perls das klassische analytische Setting, indem er die Klienten sitzend behandelte. Damit veränderte sich die Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Das Durcharbeiten von Erinnerungen, die in der Übertragung entstehen, trat in den Hintergrund. Der Fokus verschob sich auf die Wahrnehmung dessen, wie der Klient den Kontakt zu sich und dem Therapeuten im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung gestaltete. Die Frage, wie ein Klient den Kontakt unterbricht und weshalb er dies tut, ist von Bedeutung. Damit verändert sich auch die Haltung des Therapeuten. Der Therapeut ist nun ein aktiver Partner in der Beziehung. Seine offene, zugewandte und vorurteilsfreie Haltung, die Akzeptanz des Gegenübers in seiner „Gewordenheit“ ist grundlegend. Dies betrifft sowohl die körperliche als auch die psychische Realität des Klienten. Die Beziehung basiert auf dem Verständnis einer Ich-Du-Beziehung. Nur in der Beziehung zu einem anderen Menschen kann der Klient sich selbst erfahren und damit auch die Seiten von sich kennen lernen, die schwierig und ihm unbekannt sind.

Die drei Säulen des gestalttherapeutischen Konzepts

In dieses Konzept integriert Perls Ideen von Kurt Goldstein (Gestaltpsychologie/„organismische Selbstregulierung“) und Salomo Friedlaender („Punkt der schöpferischen Indifferenz“), Jan Christiaan Smuts „Holismus“ sowie Kurt Lewins „Feldtheorie“. Damit waren die drei Säulen (Gary Yontef) des gestalttherapeutischen Konzeptes etabliert. Neben der Konzentration auf das Gewahrsein („awareness“, 1. Säule) und dem holistischen Prinzip (der Mensch in seiner Ganzheit, 2. Säule) bildet das dialogische Prinzip die 3. Säule der Gestalttherapie.

Noch während ihrer Zeit in Südafrika nahm das Ehepaar Perls Kontakt zu Paul Goodman, Autor und Sozialkritiker, auf.

Gemeinsam mit Ralph Hefferline und Paul Goodman verfassten sie 1951 das Grundlagenwerk „Gestalttherapy. Excitement and Growth in the Human Personality“. Die Namensgebung „Gestalttherapie“ war im Wesentlichen dem Marketing-Gedanken geschuldet, da der ursprüngliche Titel des 1948 im American Journal of Psychotherapy abgedruckten Fachbeitrags zur „Theory and Technique of Personality Integration“ sehr umständlich klang. Zudem kommt der Begriff „Gestalt“ aus der Wahrnehmungspsychologie wesentlichen Aspekten des Inhalts des Werkes am nächsten.

Ziel der Gestalttherapie

Ziel der Therapie ist, das Erleben und Erfahren eines Menschen im Kontakt mit sich und der Umwelt in den Vordergrund zu stellen, so dass der Klient wieder in der Lage ist, selbstbestimmt sein Leben zu gestalten – wie immer er sich entscheidet. Diese Zieldefinition deckt sich zu einem wesentlichen Teil mit den Ideen der Humanistischen Psychologie, wie sie Carl Rogers zusammengefasst hat: „Das Individuum verfügt potentiell über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellung und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; dieses Potential kann erschlossen werden, wenn es gelingt, ein klar definiertes Klima förderlicher psychologischer Einstellungen herzustellen.“

Ich möchte an dieser Stelle der Ärztlichen Akademie und vor allem Manfred Endres für seine Offenheit und seinen Einsatz danken, dass er die Zweitverfahren – trotz aller bürokratischer Widrigkeiten – lebendig hält und somit den Teilnehmern die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Erfahrungen zu machen. Dies ist eine Haltung, die sich mit meiner als Gestalttherapeutin gut vereinbaren lässt.

Literatur:

- Buber, Martin (1979): Ich und Du, Heidelberg
- Quitmann, Helmut (1995): Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. Göttingen, Hogrefe
- Perls, Laura (1989): Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. 3. Aufl.: Bergisch Gladbach, Edition Humanistische Psychologie 2005
- Perls, Frederick S., Hefferline Ralph F., Goodman Paul (2006): Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. 7. neu übers. Aufl., Stuttgart
- Perls, Frederick S., Hefferline Ralph F., Goodman Paul (2007): Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst. 9 völlig überarb. Aufl., Stuttgart
- Polster, Erving, Polster, Miriam (1974): Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München
- Rosenblatt, Daniel (1999): Türen öffnen. Was geschieht in der Gestalttherapie? Vorwort L. Perls. Erw. Neuaufl. „50 Jahre Gestalttherapie – 25 Jahre „Türe Öffnen“: Gestalttherapie für das 21. Jahrhundert“. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Katathym Imaginative Psychotherapie

Margret Flores d'Arcais-Strotmann
Christine Baumgartner
Eva Friedrich

Während der Lehrgänge der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie besteht die Möglichkeit, die erforderliche Kompetenz in einem weiteren Verfahren durch die Teilnahme an Kursen in Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) zu erwerben. Während dieser Kurse geht es darum, die praktische Durchführung von Imagination der inneren Bilder in der zeichnerischen Gestaltung und der verbalen Reflexion zu üben. Auf diese Weise kann man Kenntnis erlangen von den tragenden Säulen bzw. den wesentlichen Elementen der KIP. Es geht um die ganz besondere Form der Imagination, die sich im Dialog mit dem Therapeuten entwickelt und die tiefgreifende emotionale Wirkungen zur Folge hat.

In den Kursen geht es bei allen Übungen um die Erfahrung, wie man als Therapeut vorgeht und was man als Patient erfährt. Durch das Üben der beiden Rollen und die Reflexion in der Gruppe werden Übertragung und Gegenübertragung deutlicher ins Bewusstsein gebracht. Über den Zugang zu eigenen Erfahrungen wird erreicht, dass man eine bessere Einsicht in das eigene emotionale Erleben bekommt; eine Erfahrung, die während der gesamten Weiterbildung an der Ärztlichen Akademie von besonderer Bedeutung ist. KIP vermittelt darüber hinaus einen vertieften Zugang zur Kinderseele und gleichzeitig zum Verständnis der Eltern, die ja ihrerseits auch einmal Kinder waren. Auf diese Weise können in der Elternberatung beide Anteile beleuchtet werden.

Fallbeispiel (Margret Flores d'Arcais-Strotmann und Christine Baumgartner)

Vom Erwachsenen zum Kind – vom Kind zum Erwachsenen

Eine junge Frau von 30 Jahren, verheiratet, ein Kind, kommt auf eigene Initiative zum Therapeuten. Der Hausarzt wollte sie an einen Psychiater verweisen mit der Frage, ob eine Aufnahme in eine psychiatrische Klinik anzuraten sei. Die Patientin wie auch ihre Eltern sind sehr erschrocken und kommen mit der Frage, ob keine andere Möglichkeit der Behandlung besteht. Die Patientin habe wiederholt intensive Wutanfälle und kreische so heftig, dass die Umgebung erschrecke. In solchen Momenten sei sie für ein Gespräch nicht mehr erreichbar.

Margret d'Arcais-Strotmann (links)
Katathym Imaginative Psychotherapie, Wassenaar (NL)

Christine Baumgartner (Mitte)
Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Katathym Imaginative Psychotherapie, Bruneck (I)

Eva Friedrich (rechts)
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, München

Zeichnung 1

Sie sei dann „außer sich". Durch diese Episoden habe die Patientin schon mehrere Arbeitsplätze verloren. Auch drohe ihre Ehe den Druck nicht mehr auszuhalten. Die Patientin meint, dass ihr Mann sie nicht liebt. Ihre kleine Tochter habe Lernprobleme. Die Patientin ist sehr motiviert und fragt sich: „Bin ich verrückt? Werde ich verrückt?" Beim ersten Treffen kommt mir eine gesund aussehende Frau entgegen. Sie bewegt sich harmonisch, hält einen guten Augenkontakt und kann kohärent berichten. Ich teile ihr mit, dass ich sie im Moment nicht „verrückt" finde und dass ich versuchen könnte, mit ihr einige Sitzungen zu vereinbaren, um zu sehen, ob sich etwas an ihrem Problem ändern könnte. Weiter teile ich ihr mit, dass der Versuch zur Selbstbeherrschung und zum Nachdenken bisher zu keinem Erfolg geführt hätte und dass ich mit Bildern und Zeichnungen arbeiten werde, ohne weitere Hintergründe der Methode zu erklären. Die Patientin kann sich darauf einlassen. Sie vertraut offenbar der Therapeutin, was wiederum als ein Hinweis auf gute eigene Bindungserfahrungen verstanden werden kann. Sie ist imstande, sich zu entspannen und die Augen zu schließen. Ich frage sie dann, ob sie sich eine Wiese vorstellen möchte. Es kommt sehr schnell das folgende Bild[1], das sie so beschreibt:

Zeichnung 2

Wiese I

„Einfach eine Wiese, mit Gras, mit so Tannenbäumen darin, als ob sie ausgeschnitten wären, komisch, so aus Papier oder Plastik, so wie Kinder das tun." Auf Nachfrage berichtet die Patientin weiter: „kein Geräusch, kein Geruch. In der Ferne ist ein Berg mit einer weißen Spitze, in der Ecke eine verfallene Ruine, es bewegt sich nichts. Das ist es!"

Zeichnung I

Zu Hause malt die Patientin, was sie gerne tut. Sie fand es komisch. Weitere Assoziationen tauchten nicht auf. Die Therapeutin benennt beim Betrachten der Zeichnung noch einmal die Details: die warme Farbe der Ruine, die im Traum nicht so erwähnt wurde, dann die steifen Bäumchen aus Plastik.

Wiese II

Bei der folgenden Sitzung äußert die Therapeutin im eingetretenen Entspannungszustand: „Lassen Sie uns sehen, wie die Wiese heute aussieht.“ Damit suggeriert sie, dass Dinge, Geschichten, Zeichnungen nie gleich bleiben. Sie hört sich die folgende Beschreibung der Patientin an und folgt mit leichter Neugierde der Spur der Patientin: „Die Wiese ist nicht mehr zu sehen, alles ist in Nebel gehüllt. Nur noch die Spitzen der Tannenbäume sind zu sehen. Die Nebel bewegen sich, es ist ein unangenehmes Gefühl, es ist kühl.“ Auf Nachfrage teilt die Patientin mit, dass sie die Szene von der Mauer der Ruine aus betrachtet, auf der sie sitzt; die Mauer sei warm. Es sei ihr unheimlich. Sie werfe einen Stein in die Tiefe und höre ihm nach. Es dauere eine Weile, bis sie den Aufschlag hört. Sie ziehe sich zurück in eine Ecke der Ruine. Da sei sie geschützt.

Zeichnung 2

Bei ihrer Zeichnung fällt auf, dass ein Fenster auftaucht, das die Patientin wiederum im Traum nicht genannt hatte. Auf dem Boden der Ruine ist ein Stückchen Wiese mit kleinen gelben Blümchen gemalt, was freundlich wie ein Teppich anmutet. Da kann man sitzen, sich ausruhen. Es ist Bewegung in dem unheimlichen Nebel, die durch kaum sichtbare Linien in der Zeichnung angedeutet ist.

Wiese III

Die Therapeutin schlägt vor, sich wieder zu entspannen, die Augen zu schließen und dann zu sehen, wie es jetzt um die Wiese steht. Die Patientin sieht das Fenster vor sich und draußen vor dem Fenster eine Krankenschwester mit einem Kinderwagen, worüber sie überrascht ist. Die Patientin hört ein Baby heftig weinen und kreischen. Auf Nachfrage berichtet sie: „Was hat das Baby nötig? Es muss auf den Arm genommen werden.“ Die Patientin tut das, bestärkt durch die Therapeutin. Sie wiegt das Baby in ihren Armen, bis sich das Baby beruhigt. Dieser Zustand gibt dem Baby und der Patientin Ruhe. Die Patientin beendet den Tagtraum ganz entspannt.

Zeichnung 3

Zeichnung 3

In der Zeichnung fällt die steife Haltung der Krankenschwester auf, die wie mit zwei Stöcken den Kinderwagen vor sich her schiebt, gefühllos. Die Wiege scheint leer zu sein.

Nachbearbeitung

Auf Anregung der Therapeutin informiert sich die Patientin bei ihren Eltern darüber, ob es in ihrer Kindheit eine stationäre Krankenhausbehandlung gegeben hatte. Es stellt sich heraus, dass die Patientin im Alter von fünf Monaten tatsächlich wegen einer Infektion auf einer Isolierstation behandelt wurde und bei ihrer Rückkehr nach Hause schwer zugänglich gewesen sei. In

dieser Zeit habe sie häufig „Trotzanfälle“ gehabt, wie es ihre Eltern nannten. Ihre Eltern hätten auf die „Trotzanfälle“ reagiert, indem sie ihr Kind nicht beachteten. Diese elterliche Reaktion hat die Patientin – aus Sicht des Kindes – vermutlich so verstanden: „Sieh, sie lieben mich nicht.“ Darüber hinaus kam im Nachgespräch mit der Patientin und ihrem Ehemann folgende Episode ans Licht. Die Patientin hatte sich bei der Geburt ihres eigenen Kindes im Krankenhaus durch den Ehemann verlassen gefühlt. Ihr Ehemann berichtete dazu, dass er es nicht aushalten konnte, seine Frau, die er sehr liebte, so leiden zu sehen, weshalb er weg lief. Dieser Bericht öffnete der Patientin eine völlig neue Sicht auf die damalige Situation und führte zu großer Erleichterung in der Beziehung. Um das Gleichgewicht zwischen dem eher scheuen, wortkargen Mann und seiner Frau weiter zu fördern, baute die Therapeutin ein Spielelement ein: Beide sollten, auf dem Boden sitzend, ihre Füße gegeneinander stemmen und so versuchen, den andern an die gegenüberliegende Wand zu drücken. Das führte zu allgemeiner Heiterkeit. Der Mann entdeckte seine vitale Stärke und die Patientin konnte noch besser in Kontakt gehen mit einer Art kindlichem Gestrampel.

Auswertung

An diesem Fall lassen sich folgende Charakteristika der KIP herausarbeiten:

- Die Rolle des Therapeuten im Symbolisierungsprozess: zugewandt, offen, tragend, nicht deutend, möglichst frei von eigenen Ängsten oder zumindest sich solcher bewusst; aufmerksam auf alle Sinneswahrnehmungen, Emotionen und körperlichen Veränderungen reagierend sowohl während des Traumes als auch bei der Nachbesprechung der Zeichnung
- Die Chance der präverbalen Ungebundenheit an Logik, Zeit und Raum
- Die Möglichkeit von Verschmelzung oder Trennung von zwei Personen im Katathymen Tagtraum
- Die Bedeutung der frühkindlichen (traumatischen) Erfahrung im Hinblick auf die Entstehung von „Representations of Interactions that have been Generalized“ nach D. Stern
- Der Mehrwert der Zeichnung zur Verdeutlichung und Weiterentwicklung des Geträumten
- Das Spielerische und das damit die Kreativität befördernde Element der KIP

Fallbeispiel (Eva Friedrich)

Da die Selbsterfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten im Umgang mit der Methode eine unabdingbare Voraussetzung zur Handhabung ist, sei hier die Methode am Fall einer Erwachsenentherapie geschildert.

Herr H., ein Ingenieur, 36 Jahre alt, seit ungefähr 70 Stunden in Therapie wegen schwerer Depressionen, sieht erschöpft aus. Er leide unter Schlafstörungen. Lange hat er in der KIP nicht darüber gesprochen. „Ich dachte das gehört hier nicht her“, sei eher so was „Medizinisches“. Nachts schlafe ihm der rechte Arm ein, er wache auf weil er schmerze.

Zu diesem Zeitpunkt hat der Patient schon etwas Erfahrung im Umgang mit der KIP. Also biete ich ihm an, zu seinem Symptom ein Bild aufsteigen zu lassen. Unterstützt von meinen entspannungsbegleitenden Worten sitzt er – zunehmend locker, aber mit einem traurigschmerzlich verzerrten Gesicht – im Sessel. Es taucht die Frei-

heitsstatue auf, groß und mächtig, jedoch, der rechte Arm ist abgerissen und hängt schlaff herunter. Der Kopf der „Libertas“ ist zur Seite auf die Schulter gefallen. Ermuntert von meinen Worten, sich Zeit zu nehmen und alles so genau wie möglich anzuschauen und mit allen Sinnen wahrzunehmen, sieht er, dass Tränen aus den Augen des versteinerten Gesichtes fließen. Er verfolgt die Tränen: sie fließen über die Wunde. Und erstaunt bemerkt er, dass der Arm wieder anwächst und die Wunde sich schließt. Die Statue kann jetzt den Kopf wieder heben, die Tränen sind versiegt, sie lächelt ein wenig. Nur den Arm kann sie noch nicht wieder ganz hoch strecken. Nach der Imagination ist er erstaunt: „Hm, damit kann ich jetzt gar nichts anfangen, schon komisch, ich war noch nie in Amerika.“ Es fällt ihm auch nicht viel mehr dazu ein, und die Stunde ist zu Ende.

Zur nächsten Stunde kommt er ungewohnter Weise ohne Bild: „Etwas hat sich in mir gesperrt, es zu malen.“ Auch zur nächsten Stunde hat er kein Bild mitgebracht; er habe mehrere Versuche gemacht, keiner habe seinem Anspruch genügen können. Erst sechs Sitzungen später bringt er eine Skizze mit. Ich habe diese sechs Stunden als Assoziationen zu seinem Bild verstanden und gewähren lassen, wusste ich zunächst doch auch nicht, wohin die „Reise“ ging.

Der Patient erinnert seine erste Imagination, einen Baum, den er innig umarmt habe und dabei so heftig weinen musste. Warum? Er weine ja sonst nie. Damals sei ihm klar geworden, wie sehr er sich nach Liebe und Anerkennung von und Versöhnung mit seinem Vater (Baum) gesehnt habe und wie schmerzlich auch dessen Zurückweisungen gewesen waren, die damals im Beziehungsabbruch vor Beginn der Therapie gegipfelt waren. So habe ihm sein Vater auf verschiedene Weisen zu verstehen gegeben, „dass ich zwei linke Hände habe und nichts auf die Reihe bringe“.

Und so schien es auch; als er verzweifelt zur Therapie kam, lag sein Leben „in Schutt und Asche“: Mit seiner Mutter gebrochen, sein Vater hatte sich angeschlossen, Loyalitätskonflikte mit der Schwester, mit seinem Arbeitsteam gescheitert, seine Ehe in schwerer Krise. Gestärkt von seiner Imagination schaffte er es, den ersten Schritt auf seinen Vater zuzugehen und dessen Erleichterung zu spüren. Auch mit seiner Mutter gab es eine unterkühlte Entspannung. Er spricht nun viel über die Beziehung zur Mutter. Trotz distanzierter, karger Stimmung zuhause kam er nicht los; er wurde ja immerhin versorgt, was er bedenkenlos annahm. Erst nach dem Studium schaffte er durch eine Freundin den Absprung und fiel in eine schwere Depression.

„Aber was hat das mit meinem Bild zu tun?“ fragt er. Ich frage zurück, was er denn von der Freiheitsstatue wisse. Und plötzlich schießt es geradezu aus ihm heraus: „Die steht für die Unabhängigkeit Amerikas vom Mutterland!“ Auf seinem Bild trägt der hochgereckte Arm nicht die Fackel, sondern die Schriftrolle mit der Unabhängigkeitserklärung. Und die Statue war ja auch nicht pünktlich zur Stelle, sondern kam erst drei Jahre später. Da war er mit nur 6 Wochen (oder 16 Jahren bei seinem Auszug) doch noch früh dran.

Diskussion

In dieser Imagination stellt sich bildlich verdichtet und vielschichtig der Konflikt zwischen unbefriedigt gebliebenen Wünschen nach Versorgung und dem Wunsch nach

Selbstständigkeit dar. Der Patient ist voller Wut über die Abhängigkeit, die er in der Depression heftig gegen sich gerichtet hatte und gleichzeitig ist er noch unfähig, sich selbst und andere gut zu versorgen – der Arm ist ab und nicht zu gebrauchen. Der Weg zur Ablösung ist im Ablauf der Imagination wie auf einer Probebühne schon dargestellt: Trauer und Mitgefühl weisen den Weg heraus aus der kindlichen Abhängigkeit, aus der Zuschreibung als „Versager" und aus der Wut über Entbehrtes.

Jetzt gilt es noch, in der Übertragungsbeziehung zur Therapeutin das Bild nachzuvollziehen, das immer noch über sich hinausweist. Das lange Zögern des Patienten, das Bild zu malen, habe ich auch verstanden als eine Abgrenzung von mir und meinen „mütterlichen Geboten", „brav" die Hausaufgaben machen zu müssen. Ganz nebenbei bemerkte er, dass sein Symptom nicht wieder aufgetreten sei und er wunderbar schlafe. Die Therapie war dann auch bald in guter Stimmung beendet.

Vom inneren Bild über die Selbstrepräsentanzen zum Narrativ

Im Rahmen der KIP tauchen in den Imaginationen solche inneren Bilder auf, die sich im Ablauf zu einem bedeutungsvollen Gewebe strukturiert haben, das über den Inhalt der einzelnen Bilder hinausgeht. Sie müssen in der Psychotherapie daher immer auf verschiedenen Ebenen gesehen, gelesen, gefühlt und verstanden werden: z. B. auf verborgene Inhalte, auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsebene, auf der Ebene der verwendeten Symbole und der Fähigkeit der Symbolverwendung, auf der Ebene der Möglichkeit und Fähigkeit, den Imaginationsraum zu nutzen.
Zaubern kann die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) nicht – nein, aber sie kann die Wirkmächtigkeit der inneren Bilder freisetzen. Eine Art solcher Bilder haben wir schon vorgeburtlich in uns. Als Interaktionserfahrungen mit unseren Vorbildern gestalten sie sich zu inneren Bildern und zu einer Vorstellung ihrer Abfolge, zu einem inneren Film. Ein Kind ist erst relativ spät dazu in der Lage, den eigenen Anteil an der gemachten interaktionellen Erfahrung zu erkennen, so dass sich das innere Bild anfangs vorwiegend auf die bedeutsame Bezugsperson bezieht. Die Selbstrepräsentanzen entwickeln sich dann mit der Zeit durch die Art, wie das Kind von den Eltern angenommen, geschätzt und geliebt ist. Daraus gewinnt es Sicherheit. Nur zu einem weitaus geringeren Teil sind es Bilder des eigenen Verhaltens. Wenn dann mit der Entwicklung symbolische Verarbeitungsmuster hinzutreten, entsteht über die inneren Verarbeitungsprozesse ein Konstrukt, das Narrativ. Damit können wir es schaffen, auf reiferem Niveau negative, unverdauliche und schmerzliche oder gar traumatische Erlebnisse zu verarbeiten und zu integrieren.

1 Nach H. Leuner handelt es sich bei der Wiese um das Motiv, bei dem sich wie auf einer Bühne erst einmal die innere Welt des Patienten öffnen kann.

Literatur

- Leuner, H. (Hrsg.), fortgeführt von Wilke, E. (2005): Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP). Stuttgart, Georg Thieme
- Stern, D. N. (1985): The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, Inc.

Symposien

Manfred Endres und Christine Scholz

Seit Sommer 1995 gehören 3-tägige Symposien zu spezifischen Themen zum festen Bestandteil des Fort- und Weiterbildungsangebotes der Akademie (siehe Tab.). An diesen Symposien nehmen sowohl die Teilnehmer aus der aktuellen Weiterbildung teil als auch ehemalige Teilnehmer im Sinne einer kontinuierlichen Fortbildung (Continuing Medical Education – CME). Darüber hinaus können interessierte Kollegen, die im Bereich der Kinderpsychotherapie tätig sind, ebenfalls teilnehmen und erste Kontakte zur Ärztlichen Akademie knüpfen.

Mit den Symposien bietet die Ärztliche Akademie ihren Mitgliedern und Kursteilnehmern die Möglichkeit, sich mit aktuellen Themen der Kinderpsychotherapie auseinander zu setzen. Die themenzentrierte Ausrichtung ermöglicht allen Teilnehmern einen engen Wissens- und Erfahrungsaustausch mit ausgewiesenen Experten zum jeweiligen Themenschwerpunkt. Eingeleitet von Impulsvorträgen der eingeladenen Referenten werden die Symposionsseminare, die anschließend an den Nachmittagen in Kleingruppen stattfinden, vorbereitet. Somit wird ein enger Kontakt und Austausch zwischen Theorie und Praxis und zwischen erfahrenen Experten und jungen angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, -psychiatern und anderen Berufsgruppen in diesem Feld ermöglicht.

Symposionsthemen seit 1995	
Jahre	Themen
2018-2	Schmerz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
2018-1	Gewalt und Aggression in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
2017-2	Neuere Entwicklungen in der Kinderpsychotherapie
2017-1	Wenn die Seele bricht – Behandlung von Traumafolgen
2016-2	Begegnung mit Fremden – Psychotherapie mit Migranten und Flüchtlingen
2016-1	Neuere Entwicklungen in der Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern
2015-2	Träume, Zeichnungen, Spiel – Symbolisierungsprozesse in der Kindertherapie
2015-1	Meine Welt – Deine Welt. Lern- und Wahrnehmungsstörungen, ADHS und Autismus in der Psychotherapie
2014-2	Brüche in der Identitätsentwicklung
2014-1	Internet, Alkohol, Drogen – Sucht in der Kindertherapie
2013-2	Der Körper – Bühne der Seele – Psychosomatik in der Kindertherapie
2013-1	Prävention und Therapie im Kleinkindalter
2012-2	Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2012-1	Kinderpsychiatrie und Kindertherapie im Dialog – Autismus, ADHS, Schulverweigerung
2011-2	Sexualität und Geschlechtsidentität in der Kindertherapie
2011-1	Trennung und Verlust
2010-2	Die Bedeutung des Vaters in der Kindertherapie
2010-1	Phantasieräume und virtuelle Welten in der Kindertherapie
2009-2	Belastete Kindheit – Scheidung, Adoption, Vernachlässigung
2009-1	Elternarbeit in der Kindertherapie
2008-2	Psychotherapie struktureller Störungen
2008-1	Traumatherapie in der Tiefenpsychologie
2007-2	Psychosomatik in der Kindertherapie
2007-1	Psychotherapie in der frühen Kindheit
2006-2	150 Jahre Sigmund Freud – Therapiekonzepte im Wandel
2006-1	Kinder nein danke – Elternschaft in der Krise
2005-2	Adoleszenz zwischen Jugendkultur und Trauma
2005-1	Was wirkt – Psychotherapie zwischen Neurobiologie und Tiefenpsychologie
2004-2	Von der „Verzauberten Familie“ zur OPD – Psychodiagnostik in der Kindertherapie
2004-1	Kinderpsychotherapie und Schule im Dialog
2003-2	Identität im Wandel
2003-1	Jugend und Gewalt
2002-2	Hyperaktivität – Diagnostik und therapeutische Strategien
2002-1	Präventive Psychotherapie – Hilfen für Kinder kranker Eltern
2001-2	Vom kindlichen Spiel zur Kreativität Erwachsener
2001-1	Übergangsraum Schwangerschaft und frühe Elternschaft
2000-2	Freud trifft Hitchcock – Begegnung von Tiefenpsychologie und Film
2000-1	Belastete Kindheit – Psychotherapeutische Strategien
1999-2	Migration – Chancen und Risiken für Individuation und Identität
1999-1	Die Relevanz der Bindungstheorie für die psychotherapeutische Praxis
1998-2	Psychotherapie im Spannungsfeld von Liebe und Hass
1998-1	Aktuelle Therapiekonzepte im Kindes- und Erwachsenenalter
1997-2	Essstörungen. Psychodynamische Konzepte und Behandlungsstrategien
1997-1	Traumatisierung im Kindesalter – Psychische Folgen und ihre Verarbeitung
1996-2	Psychosomatische Phänomene und ihre Behandlung
1996-1	Entwicklung, Pathologie und Therapie im Säuglingsalter
1995-2	Adoleszenz – Entwicklung, Pathologie, Behandlung

Legende:

Jahr-1: Erstes Symposium des Kalenderjahres (Benediktbeuern)

Jahr-2: Zweites Symposium des Kalenderjahres (Brixen)

Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie

Sibylle Moisl und Petra Sobanski

Säuglinge und Kleinkinder mit psychosomatischen Symptomen, mit Regulations- oder emotionalen Störungen, zählen zu den Problemfällen der kinderärztlichen Praxis. In all diesen Fällen reicht eine kinderärztliche Beratung allein oft nicht aus. In der Säuglings- und Kleinkindzeit finden prägende Vorgänge für die spätere Beziehungsfähigkeit, Affektintegration und Kommunikationsentwicklung statt. Die Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen, hängt im Wesentlichen von der Feinfühligkeit der Eltern und ihrer Fähigkeit zur reflexiven Funktion gegenüber dem Baby bzw. Kleinkind ab.

In der Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie (EKP), wie sie an der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen gelehrt wird, steht die Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind im Vordergrund. Das Curriculum fußt auf differenzierten psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Behandlungskonzepten sowie auf Modellen der Bindungstheorie und deren empirischen Evaluationen. Zur Schulung der Psychotherapeuten in diesem komplexen Behandlungsfeld werden zunächst genaue Kenntnisse der Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre sowie der neuronalen Entwicklung und der Affektentwicklung vermittelt. Ausgehend von Behandlungsmanualen und Konzepten von Daniel Stern und Alicia Lieberman nutzt die EKP unterschiedliche Vorgehensweisen in der Behandlung, u. a. bindungsfokussierte Interventionen und Videoanalyse zur Untersuchung der Feinabstimmungsprozesse wie auch zur Planung von Interventionen zur Förderung der reflexiven Funktion der Eltern und zur inter- und supervisorischen Arbeit.

Der neue Patient in der EKP – die Eltern-Kind-Beziehung

„Brauchen Babys denn schon Therapie? Das ist ja schrecklich!“ oder „Mit so kleinen Kindern kann man doch therapeutisch gar nicht arbeiten.“ Ähnliches hören wir häufiger, früher sogar von Gutachtern für Psychotherapie. Die EKP hat sich, beginnend mit dem bahnbrechenden Buch von Daniel Stern (1992), zu einer eigenen Therapieform entwickelt – einem Behandlungskonzept, mit dem sich sehr gute Therapieerfolge erzielen lassen. In der EKP geht es nicht um das Baby allein, auch nicht um Erziehungsberatung für die Eltern, sondern es geht um die Eltern-Kind-Beziehung; die Bindungsbeziehung steht im Mittelpunkt.

Sibylle Moisl
Psychoanalytikerin für Kinder und Jugendliche, Dozentin und Supervisorin, München

Petra Sobanski
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapeutin, Oberärztin in der Klinik für Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, München

Fallvignette (Sibylle Moisl)

In einer Fallvignette möchte ich von einer jungen Mutter erzählen, die die Möglichkeiten der Veränderung in der Beziehung zu ihrer kleinen Tochter eindrucksvoll in einem Beispiel beschrieb. Sie kam mit ihren zweieinhalb Jahre alten Zwillingen in die EKP. Im ersten Lebensjahr war der Vater der Zwillinge an einer tödlichen Erkrankung gestorben. Das Leid und der Kummer dieser Jahre schienen sich nur bei Paula, einem der beiden Zwillingsmädchen, zu zeigen. Sie aß und schlief schlecht, konnte nicht in der Krippe bleiben, weinte viel. Besonders belastend erlebte es die Mutter, dass sie mit Paula nie entspannt und liebevoll sein konnte. Die Psychotherapie fand über ein Jahr lang in wöchentlichen Sitzungen mit der Mutter und den Zwillingen statt, begleitend gab es zusätzlich Gespräche mit der Mutter allein, damit sie das Drama des frühen Todes ihres Mannes verarbeiten konnte.

In den gemeinsamen Spielstunden fanden komplexe Theorien und differenzierte Behandlungskonzepte der EKP ihre Anwendung: Konzepte der Bindungsforschung, der Videoanalyse zur Untersuchung der Feinabstimmung zwischen Kind und Bezugsperson. Des Weiteren sind genaue Kenntnisse der Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre, der neuronalen Entwicklung, der Affektentwicklung unverzichtbar. Am Ende der Therapie schnipselten die beiden Mädchen wieder einmal eifrig mit Papierscheren; das Schneiden war Ausdruck ihrer wachsenden feinmotorischen Kompetenz und diente zugleich auch der Modulation von Aggressionen. Die Mutter nahm lächelnd eine Schere zur Hand und erklärte mir versonnen: „Hier die Schere, unten ist sie nur ein wenig geöffnet, aber oben entsteht ein großer Radius. So ähnlich hab ich es hier mit Ihnen in der Therapie erlebt, der Spielraum ist so viel größer geworden. Die Beziehung mit Paula ist entspannter, aber auch intensiver geworden, es hat sich so viel verbessert.“ Paula war zu diesem Zeitpunkt ein kompetentes Kindergartenkind. Mit diesem Bild, das ich als Abschiedsgeschenk empfand, reflektierte die Mutter den therapeutischen Prozess und meine Rolle als Therapeutin: Die therapeutische Arbeit bestand in dem Öffnen der Schere, so dass sich aus der kleinen Öffnung heraus für Mutter und Paula ein großer Radius öffnen konnte. Therapeutische Kompetenz: nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig zu tun – dies möchten wir im Kurs „Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie“ vermitteln.

Die Fortbildung

Der Kurs in EKP, den die Ärztliche Akademie anbietet, erstreckt sich über fünf Lehrgänge und ist curricular aufgebaut. Das Behandlungsmodell ist komplex und orientiert sich im Wesentlichen an dem bindungsfokussierten Behandlungskonzept von Alicia Lieberman. Auf Betreiben der Ärztlichen Akademie liegt seit 2015 die deutsche Übersetzung ihres Handbuches „Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern“ [Lieberman, Alicia F., und van Horn, Patricia (2015)] vor. Wir nützen das Buch als therapeutisches Manual für den gesamten Kurs. Wir verstehen die EKP als beziehungsanalytische Interaktionstherapie: „Patient ist die Eltern-Kind-Beziehung“, es geht um die Verbesserung der Bindungsbeziehung zwischen den ersten Beziehungspersonen und dem Kind. Ziel einer EKP ist es, eine stabile, sichere Beziehung zwischen Eltern und Kindern zu ermöglichen und gegebenenfalls gestörte Kommunikation zu verändern. Wie das Manual von Lieberman und van Horn ist auch der Kurs der Ärztlichen Akademie

multitheoretisch/multimodal aufgebaut und bezieht neuere Untersuchungsergebnisse und Modellvorstellungen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen mit ein: aus der Psychoanalyse, Bindungsforschung, Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit, Traumaforschung, Verhaltensforschung und Forschung im Bereich der Ethnizität. Zugleich ist die Fortbildung in EKP auch sehr praxisbezogen. In zahlreichen Seminaren werden tiefenpsychologische Behandlungstechniken der EKP gelehrt und es wird an Videobeispielen gearbeitet. Fortlaufend wird der Kurs von Supervisionsangeboten begleitet. Im Kurs sollen spezifische diagnostische und therapeutische Qualifikationen erworben werden, um dann belastende Symptome in der frühen Kindheit behandeln zu können und eine spätere Chronifizierung zu vermeiden.

Adressaten

Die Fortbildung richtet sich an Kolleginnen und Kollegen mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung, an Kinderärztinnen und Kinderärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, an Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und an Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Bewerben können sich auch Kandidaten in fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung. Die Ausbildung findet in einer geschlossenen Gruppe mit ca. 20 Teilnehmern statt.

Umfang und Dauer der Ausbildung

Die Fortbildung umfasst 5 × 16 Stunden Theorieseminare und praktisch-klinische Tätigkeit unter Supervision. Die Fortbildung wird auf Initiative von Fernanda Pedrina als gemeinsames Projekt der Ärztlichen Akademie und des Psychoanalytischen Seminars in Zürich (PSZ) angeboten.

Die Ärztliche Akademie bietet Gruppensupervision in EKP an, die zeitlich den Seminaren jeweils vorgeschaltet ist. Die Theorieseminare finden im Rahmen der Fortbildungen der Ärztlichen Akademie jeweils in Brixen und Benediktbeuern statt und werden von einem erfahrenen Dozententeam durchgeführt.

Inhalte der Theorieweiterbildung

Dem Curriculum zugrunde gelegt sind die Richtlinien für EKP, die von der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH, www.gaimh.de) entwickelt wurden.
Im Mittelpunkt des Curriculums stehen folgende Themenschwerpunkte:

Theorie

- Übergang zur Elternschaft
- Belastete Schwangerschaft/ IVF-Schwangerschaften
- Entwicklungsneurologische und neurobiologische Grundlagen der ersten Lebensjahre
- Entwicklungsdiagnostik/Diagnostische Klassifikation: 0–5 (Zero to Five)
- Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit
- Bindungstheorie, Bindungsforschung, Bindungsmuster
- psychische, kognitive, motorische Entwicklung von 0 bis 6 Jahren
- Konzepte der Selbstentwicklung, Affektentwicklung, Mentalisierung
- Bedeutung der elterlichen Triangulierungskompetenz für die Entwicklung
- Säuglingsforschung

Diagnostik

- Regulationsstörungen: Ess-, Fütter-, Gedeih- und Schlafstörungen
- emotionale Störungen
- Diagnostik nach der Diagnostischen Klassifikation: 0-5 (DC: 0-5)
- Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen ab dem 18. Lebensmonat
- Psychopathologische Belastungen: psychische Erkrankungen der Eltern

Therapeutische Verfahren

- Überblick über Behandlungsmodelle in der EKP in ihren unterschiedlichen Differenzierungen
- Geschichte der psychoanalytischen EKP
- Behandlungskonzepte nach D. Stern
- 1. Psychotherapie mit Eltern, Babys und Kleinkindern nach S. Fraiberg und J. Pekarsky, 2. Infant-Parent-Program am General Hospital in San Francisco
- Behandlungsmanual nach A. Lieberman und P. van Horn
- Psychoanalytische Behandlungskonzepte nach dem Modell des Anna Freud Instituts in Hampstead, London
- Psychoanalytische Ansätze mit dem Fokus auf der Psychopathologie der Mutter
- Interaktionsfokussierte Behandlungsmethoden, Schwerpunkt: Videos von Eltern-Baby-Kleinkind-Interaktionen analysieren lernen
- Therapie mit organisch schwer kranken Kinder
- Familientherapeutische und familiensoziologische Konzepte, Geschichte des Erziehungsverhaltens
- Psychotherapeutische und juristische Aspekte des Kinderschutzes und der Kindeswohlgefährdung in den ersten Lebensjahren
- Soziale Netze, Institutionen für die frühe Kindheit, außerfamiliäre Betreuung, Frühförderung

Inhalte der klinisch praktischen Tätigkeit

In der klinisch-praktischen Tätigkeit sollen fünf Familien, d. h. fünf Eltern-Kind-Paare mit Kindern zwischen 0–6 Jahren, unter Supervision behandelt werden. Ein Psychotherapiefall sollte mindestens acht psychotherapeutische Sitzungen zu 50 Minuten umfassen. Die Supervision dieser Behandlungsfälle erfolgt im Verhältnis 1:4, d. h. nach jeder 4. Psychotherapiesitzung findet eine Stunde Supervision statt. Je ein Behandlungsfall sollte aus dem ersten Lebensjahr und ein Behandlungsfall aus dem zweiten Lebensjahr sein, bei den weiteren Behandlungsfällen kann das Alter zwischen 0 und 5 Jahren variieren. Parallel zur curriculären Fortbildung wird in München und in Zürich eine Arbeitsgruppe zur Fallsupervision und zum vertiefenden Literaturstudium angeboten.

Literatur

- Fraiberg, S.: (Hrsg.) (1980, 2011): Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren. Studien aus einer psychoanalytischen Klinik für Babys und ihre Eltern. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Lieberman, A. F., van Horn, P. (2015): Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern. Die psychodynamische Behandlung der Auswirkungen von Stress und Trauma auf die Frühe Bindung. Frankfurt, Brandes & Apsel
- Stern, D. N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta
- ZERO TO THREE (Hrsg, 2016): DC:0-5, Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and early childhood. Washington, Zero to Three Press

Mein Weg in die Akademie und zur Leitung Fortbildung Traumatherapie

Elke Fietzek

Mit einem sehr persönlichen Bericht schildert Elke Fietzek ihren Weg als Dozentin in unsere Akademie und zur Leitung der Fortbildung Traumatherapie, die auf psychodynamischen Konzepten beruht und sich an Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung richtet, die sich auf diesem schwierigen und oft sehr belastenden Arbeitsfeld weiterbilden möchten und ambulant tätig sind. Neben theoretischer Fundierung wird mit sehr ausführlichen Fallbeispielen gearbeitet, wobei immer Raum für eigene Wünsche der TeilnehmerInnen bleibt.

Im Juli 1998 in Brixen hatte ich das erste Mal Kontakt zur Ärztlichen Akademie. Ich war Teilnehmerin im Rahmen der so genannten Nachqualifikation im Zuge des neuen Psychotherapeutengesetzes, das auch Psychologinnen und Psychologen eine direkte Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen über die Krankenkassen ermöglichte. Wegen dieses neuen Gesetzes gab es damals sehr viel Verunsicherung und Aufruhr, da die Übergangsbestimmungen teilweise sehr ungerecht waren und auch sehr erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die schon über Jahrzehnte psychotherapeutisch tätig waren, um ihren Kassensitz bangten. Alle mussten wir sozusagen „nachsitzen“ und in dieser „Nachqualifikation“ von Ärzten (das war die Vorgabe der KV) theoretische Grundlagen der Tiefenpsychologie vermittelt bekommen, die wir alle bereits lange aus dem Studium kannten. Die Stimmung in diesen Seminaren war durch diese „amtliche verordnete Kränkung“ teilweise sehr aufgeheizt, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindestens genauso viel Erfahrung und Wissen besaßen wie die (armen) Dozenten. In manchen Ausbildungsinstituten, denen durch diese gesetzliche Verordnung ein unverhoffter Geldsegen ins Haus flatterte, wurde minutengenau aufgepasst, ob die Nachqualifikanten anwesend waren. Fehlten nur 15 Minuten, wurde die Bescheinigung nicht ausgestellt. Über einen Flyer der Ärztlichen Akademie, der bei uns in der Praxis landete, kamen meine Kolleginnen und ich nach Brixen. Dort wurden wir von Herrn Dr. Endres sehr, sehr freundlich und kollegial begrüßt. Im Eröffnungsseminar sprach er sofort die Kränkung dieses Konstrukts an und würdigte die zum Teil Jahrzehnte lange psychotherapeutische Erfahrung der Anwesenden. Mit dieser Intervention gestalteten sich die Seminare dann im kollegialen Austausch und mit relativ wenigen narzisstischen Kränkungen. Das war meine erste Begegnung mit Manfred Endres und ich denke auch eine sehr typische, was den Geist der Ärztlichen Akademie betrifft.

Elke Fietzek
Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Feucht

Nachdem ich dann die Kassenzulassung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene erhalten hatte, beschloss ich eigentlich, dass jetzt nach all der Aufregung ruhige

Zeiten einkehren sollten und ich fragte nur für mich, für keinerlei Scheine etc., um Supervision bei Herrn Dr. Endres nach. In dieser Supervision wurde dann aber der Gedanke geboren, dass ich doch noch eine psychoanalytische Ausbildung machen werde, was alles andere als ruhige Zeiten bedeutete! Im September 2002 begann ich meine Weiterführende Ausbildung zur Psychoanalytikerin bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse (MAP).

Im Juli 2005 hielt ich im Rahmen des Symposions „Adoleszenz zwischen Jugendkultur und Trauma" mein erstes Seminar bei der Ärztlichen Akademie zum Thema: „Grundlagen der Behandlung traumatischer Erfahrungen". Das war der Beginn meiner regelmäßigen Dozententätigkeit an der Ärztlichen Akademie, zunächst bei den Symposien, dann auch in den Lehrgängen.

Während meiner Ausbildung zur Psychoanalytikerin schrieb ich ein Buch und schickte das Manuskript einfach mal so an einige Verlage und – wider Erwarten (als absoluter no name) – bekundeten gleich zwei Verlage Interesse, es zu veröffentlichen. So erschien mein Buch unter dem Titel „Das Ungeheuer Trauma" 2006 im Verlag Brandes & Apsel. Ich war dem Verleger, Roland Apsel, sehr dankbar für diese Chance. Aus dieser Verbindung heraus entwickelte sich dann auch eine enge Zusammenarbeit zwischen Roland Apsel und Manfred Endres und es entstanden dadurch etliche Bücher.

Im Februar 2008 hielt ich in Benediktbeuern meinen ersten Vortrag an der Ärztlichen Akademie mit dem Titel „Zerstörte Kinderseele – Gewalt in der Familie". An die Aufregung und das Lampenfieber kann ich mich noch so genau erinnern, als wäre es gestern gewesen! Im Laufe des Jahres fragte mich Manfred Endres dann, ob ich nicht eine eigene Fortbildung zum Thema „Traumatherapie" konzipieren möchte, was ich dann auch tat.

Im Herbst 2017 wurde von mir ein zweites Buch herausgegeben: „Psychodynamische Traumatherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsen", das unter Mitwirkung von Kathrin Geßl, Sebastian Kudritzki, Julia Stachels-Andric und Carla Weber entstanden ist und eine Verschriftlichung dieser von mir geleiteten Fortbildung „Traumatherapie in der Tiefenpsychologie" darstellt. Doch nun zurück zur Historie.

Im Februar 2009 startete dann in Benediktbeuern der erste Kurs zur Traumatherapie. Diese Fortbildung findet in vier Blöcken über zwei Jahre hinweg statt: Beginnend mit dem Vorschulalter, über die Latenz, das Jugendalter und die jungen Erwachsenen erstreckt sich das Kontinuum über das Alter, das eine in Deutschland niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin behandeln darf. Auf die Arbeit mit Babys und Kleinkindern wird in dieser Fortbildung kein Bezug genommen, da für diesen Bereich der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie seit vielen Jahren ein eigenes Curriculum an der Ärztlichen Akademie geschaffen wurde.

Entwicklungsaspekt und Elternarbeit

In meiner Fortbildung ist mir der Entwicklungsaspekt besonders wichtig, gerade auch was die Bedeutung Trauma und Entwicklung betrifft, da Kinder und Jugendliche im Gegensatz zu Erwachsenen noch keine feste psychische Struktur ausgebildet haben und die Gefahr besteht, dass sich gerade komplexe Traumatisierungen tief in die noch sehr vulnerable und sich entwi-

ckelnde psychische Struktur eingraben. Sowohl das Curriculum wie auch das von mir verfasste Buch „Das Ungeheuer Trauma: psychoanalytische Therapie mit seelisch schwer verletzten Menschen“ beschreiben die entsprechenden ambulanten Psychotherapiekonzepte. Ein wichtiger Schwerpunkt hierbei ist auch die Arbeit mit den Eltern bzw. mit den Bezugspersonen. Mein Anliegen ist, Theorie der Psychotraumatologie und praktisches Arbeiten auf eine Weise zu vermitteln, die auch ein emotionales und intuitives Verständnis für tiefer gehende psychische Prozesse ermöglicht. Grundlagen dieser Traumatherapie sind psychoanalytische Konzepte und damit die Berücksichtigung unbewusster psychischer Vorgänge. Emotionalität und Intuition sind die Grundbausteine unserer Arbeit; und ohne diese wird sich kein Fachwissen transportieren lassen. Und das Aushalten von äußerst heftigen Gegenübertragungsgefühlen wie Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Wut, Hass, Ekel, Schuld, Scham usw. stellt gerade bei schwer traumatisierten Menschen eine ganz besondere Herausforderung dar.

Falldarstellungen

Daher entstand die Idee, neben theoretischen Ausführungen an detaillierten Falldarstellungen zu lernen, so als würde man einer erfahrenen Kollegin oder einem erfahrenen Kollegen über die Schulter sehen und in den „ganz normalen Wahnsinn“ des Praxisalltags mit allen Höhen und Tiefen mitgenommen werden. Wichtig dabei war mir, dass es keine theoretisch glatt geschliffenen Fallvorstellungen sind, sondern die eigenen Schwierigkeiten und die Risiken dieser Behandlungen offen geschildert werden. Dafür an dieser Stelle mein herzlicher Dank an meine Kolleginnen und Kollegen, denen allen es gelungen ist, eine tiefe emotionale Bindung zu ihren Therapiekindern aufzubauen, die ihnen die Möglichkeit zur Entwicklung gab. Die erste ausführliche Falldarstellung in dieser neu konzipierten Fortbildung war im Februar 2009 von Shima Mika. Leider konnte sie aus persönlichen Gründen dann nur noch einmal als Referentin tätig werden, was ich sehr bedauere. Aber noch heute profitieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ihrer ausführlichen Literaturliste zum Thema „Tod“, und zwar dargestellt in Kinderbüchern. Auch mancher Film, der im Rahmen der Weiterbildungslehrgänge und der Symposien gezeigt wurde, stammte aus dem Fundus von Shima Mika. Leider hatte die Familie des Therapiekinds einer Veröffentlichung der Fallgeschichte in einem Buch nicht zugestimmt, sondern nur die Erlaubnis für die Seminararbeit erteilt, so dass diese Falldarstellung leider nicht erscheinen wird, was ich sehr bedauere, da gerade Shima Mika sehr viele schwer traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandelt. Im Laufe der Jahre fragte ich immer wieder Kolleginnen und Kollegen, die viel Erfahrung hatten, ob sie einen Fall vorstellen möchten. Eine besonders intensive Zusammenarbeit entstand hierbei mit Kathrin Geßl, Sebastian Kudritzki, Julia Stachels-Andric und Carla Weber.

Mit ihnen arbeite ich immer wieder gerne zusammen und schätze ihre liebevolle fundierte psychotherapeutische Arbeit sehr. Sie alle schrieben dann auch beeindruckende Beiträge für unser 2017 erschienenes Buch.

In der Fortbildung Traumatherapie liegt auch ein Schwerpunkt auf der Vermittlung von Theorie. Neben sehr ausführlichen Skripten für jeden Block des Curriculums bemühte ich mich auch, verschiedene Traumatisierungen anzusprechen.

Komplexe Traumatisierung

Deprivation, Gewalt und Misshandlung in der eigenen Familie bis hin zu Mord in der eigenen Familie, Unterbringung in Pflegefamilien, Vergewaltigung, Verlust eines geliebten Menschen durch eine schwere Erkrankung, Unfall oder Suizid sowie transgenerationale Weitergabe eines schweren Verlusttraumas über drei Generationen hinweg, Persönlichkeitsveränderung des Vaters mit aggressiven Impulsdurchbrüchen nach einer Gehirnverletzung, Flucht vor den Häschern eines brutalen Regimes, das die Ermordung der Eltern angeordnet hatte – mit solch schrecklichen Erlebnissen wurden die jungen Patientinnen und Patienten seelisch schwer verletzt. Und häufig mussten sie nicht nur eine Traumatisierung, sondern sequentielle Traumatisierungen erleben. Wie sie trotz alldem mit Hilfe langjähriger psychoanalytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zum Leben und zu einer ihrem Alter entsprechenden Entwicklung zurückfinden konnten, zeigen die ausführlichen Falldarstellungen. In diesen wird deutlich, wie auf ganz unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichen theoretischen Konzepten innerhalb der psychodynamischen Verfahren eine Aufarbeitung der komplexen Traumatisierungen stattfinden kann.

Behandlungstechnik

Der Begriff „Traumatherapie“ wird häufig mit EMDR, Erzählgeschichte, Bildschirmtechnik, Tresorübung, Imagination, Ressourcen und Traumaexposition verbunden. Ich selbst habe keine EMDR-Ausbildung und arbeite auch sehr ungern mit vorgegebenen Techniken und Manuals. Bereits 2006 habe ich in meinem Buch „Das Ungeheuer Trauma“ versucht darzustellen, warum ich gerade psychodynamische Verfahren jenseits dieser Techniken für besonders geeignet halte, mit komplex traumatisierten Menschen zu arbeiten. Aber selbstverständlich lassen sich diese Techniken in eine psychodynamische Therapie integrieren, was z. B. von Julia Stachels-Andric und Shima Mika dargestellt wurde. Dieses Jahr in Brixen durfte ich das erste Mal Rosmarie Barwinski, die das Schweizer Institut zur Psychotraumatologie in Winterthur leitet, zu einem Theorieseminar begrüßen, was bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern großen Anklang fand.

Ausbildung in der Gruppe

Alle bisherigen Gruppen hatten ihren eigenen Charme. Die Gruppengröße schwankte, was jeweils eine neue Herausforderung darstellte, die wir aber aus meiner Sicht immer ganz gut gemeinsam gelöst haben. Es entstand jedes Mal eine sehr intensive, offene Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit diesem schwierigen Gebiet, denn auch in den Gruppenprozessen schlagen sich die besprochenen traumatischen Erlebnisse nieder und entwickeln eine eigene Dynamik, die wiederum erkannt und analysiert werden will. Diese Form der Arbeit mit den Gegenübertragungsgefühlen halte ich für ausschlaggebend in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern. So üben wir in der Gruppe sozusagen ein Stück weit „live“, was uns im Therapiealltag begegnen und auch überschwemmen kann. Emotionen sind sehr ansteckend und schlagen sich häufig auch körperlich nieder – beim Patienten wie beim Therapeuten. Daher stellt auch die Selbstfürsorge ein sehr wichtiges Thema in der Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen dar, denn wenn beide untergehen, ist niemandem geholfen.

Ausblick

So hoffe ich mit diesem Curriculum zur Traumatherapie, den Therapeutinnen und Therapeuten ein kleines Stück in ihrer schweren Arbeit weiter zu helfen, auch wenn es manchmal die Erkenntnis ist, dass man trotz aller Anstrengung und Mühe bestimmte Folgen von schweren Traumatisierungen nicht verändern, sondern nur versuchen kann, einigermaßen damit zu leben. Diese Grenzen der eigenen Wirksamkeit zu erfahren und zu akzeptieren, ist oft kein einfacher Prozess. Auf der anderen Seite aber überraschen uns gerade Kinder mit ihrer ungeahnten Vitalität und man staunt dann doch, was sich im therapeutischen Raum so alles entwickeln kann!

Literatur:

- Elke Fietzek (2006): Das Ungeheuer Trauma: psychoanalytische Therapie mit seelisch schwer verletzten Menschen. Verlag Brandes & Apsel
- Elke Fietzek (Hrsg.) (2017): Psychodynamische Traumatherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, unter Mitwirkung von Kathrin Geßl, Sebastian Kudritzki, Julia Stachels-Andric und Carla Weber, Verlag Brandes & Apsel

Psychodynamische Gruppentherapie – eine intensive Form der Kindertherapie

Matthias Wenck und Ursula Wienberg

Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen erweitert die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten dadurch, dass sie ihrer Bezogenheit auf andere Gleichaltrige und damit ihrer Entwicklung eines gesunden Gemeinschaftsgefühls Raum gibt. Psychodynamische Gruppentherapie folgt der Hypothese: Wenn neurotische Störungen im sozialen Netzwerk von Gruppen entstehen, diese auch in Gruppen am besten reinszeniert und bearbeitet werden können. Die entscheidende therapeutische Wirkung geht dabei nicht in erster Linie vom Therapeuten aus, sondern von der therapeutischen Potenz der Gruppe. Hauptaufgabe des Gruppenleiters ist es demnach, den Raum zu schaffen und zu schützen, in dem diese Reinszenierungen und Entwicklungen stattfinden können.

Einführung

Obwohl es sozusagen „altes Wissen“ ist, dass von frühester Kindheit an vielfältige Gruppenerfahrungen und Einflüsse von Gruppen unser soziales Leben und Lernen prägen, wird bei den Psychotherapien für entwicklungsgestörte und / oder traumatisierte Kinder in der Regel an Einzeltherapie und Einzelförderung gedacht. Wir haben in unserer jetzt zwölfjährigen Arbeit in der Kindergruppentherapie deutlich die Erfahrung gemacht, dass es hier ein therapeutisches Potenzial gibt, das für die Behandlung unserer Kinder und Jugendlichen gut genutzt werden kann. Es zeigte sich, dass auf der Basis eines weit verbreiteten psychoanalytischen Gruppenkonzepts enorme therapeutische Möglichkeiten und Selbstheilungskräfte genutzt und entwickelt werden können. Wir meinen, dass Kinder nicht nur für ihre Identitätsentwicklung dringend die „Peer-Group“ brauchen, sondern auch wegen des Mangels an Kontakt zu anderen Kindern aufgrund der Zunahme von „Ein-Kind- und / oder Einelternfamilien“. Die Gruppentherapie mit Kindern erweitert die Behandlungsmöglichkeiten, indem sie der Bezogenheit des Menschen

Matthias Wenck
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Markt Schwaben

Ursula Wienberg
Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Markt Schwaben

und der Entwicklung eines gesunden Gemeinschaftsgefühls mehr Rechnung trägt.

Sigmund Freud beschreibt in „Totem und Tabu“, dass die Neurose im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen, kulturellen, familiären Bedingungen entsteht, die das Individuum umgeben. Siegmund Heinrich Foulkes (1898 – 1964), maßgeblicher Begründer der Gruppenanalyse, knüpft hier unmittelbar an, wenn er den individuellen neurotischen Konflikt als Symptom einer Störung des umfassenden sozialen Bezie-

hungsnetzwerks versteht. Wir sind beide seit mehreren Jahren Teilnehmer an einer Arbeitsgruppe, die erforscht, in welcher Weise das Konzept von Foulkes auch für die Arbeit in Kindergruppen zugrunde gelegt und erweitert werden kann. Wenn neurotische Störungen im sozialen Netzwerk der Gruppe (Familie, Schule etc.) entstehen, so kann man daraus folgern, dass sie auch in Gruppen am besten reinszeniert und bearbeitet werden können. Die entscheidende therapeutische Wirkung geht dabei nicht in erster Linie vom Therapeuten aus, sondern von der therapeutischen Potenz der Gruppe. Hauptaufgabe des Gruppenleiters ist es demnach, den Raum zu schaffen und zu schützen, in dem diese Reinszenierungen und Entwicklungen stattfinden können.

Erfahrungen als Gruppentherapieleiter

Wie bei der Erwachsenengruppenanalyse sehen wir einen Schwerpunkt in der Arbeit der Gruppenleiter am Rahmen sowie in der Bereitstellung und im Schutz des analytischen (Übergangs-)Raumes. Hier sind auch die Arbeiten von Donald Woods Winnicott (1896-1971), englischer Kinderarzt und Psychoanalytiker, hilfreich, der sich zwar nicht explizit mit Kindergruppen befasst hat, seine Ausführungen hingegen etwa zur Bedeutung des Spiels, der Übergangsobjekte, des intermediären Raumes und der Objektverwendung für Gruppentherapeuten sind sehr wertvoll.

In der analytischen Kindergruppe zeigt sich, dass sich ein Raum psychotherapeutischer Potenz entwickelt, der im einzelanalytischen Setting unserer Erfahrung nach in diesem Ausmaß nicht zur Verfügung steht. So hat uns zum Beispiel die Entwicklung der Kinder mit dem so genannten ADHS stark beeindruckt. Es ist nahezu verblüffend, wie bei diesen Kindern in der Regel nach relativ kurzer Zeit der Zugehörigkeit zur Gruppe ihre lärmende Symptomatik verschwand. Dies liegt offensichtlich daran, dass diese Kinder, sobald sie in der Gruppe den Raum finden, in dem Inszenierungen und Reinszenierungen ihrer Problematik Platz haben und damit bearbeitet werden können, sie in aller Ruhe andere Möglichkeiten, wahrgenommen zu werden, erleben und auf sich wirken lassen können. Sie entwickeln sozusagen eine neue Identität, erleben und verinnerlichen allmählich, dass sie wahrgenommen und akzeptiert werden, ohne sich dafür speziell anstrengen zu müssen. Diese Entwicklungen werden aber auch von Krisen begleitet. Man erlebt es ja oft (auch in den Einzeltherapien), dass Veränderung und positive Entwicklung nicht nur erwünscht und erfreulich sind, sondern auch verunsichern und ängstigen können.

Bei einem 13jährigen Jungen, der extreme Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme hatte und in der Gruppe lange „versuchte“, die anderen Kinder gegen sich aufzubringen, kam es zu einer Krise, als er erlebte, dass man ihn allmählich mochte und akzeptierte, „so, wie er ist“. Dieses Erleben war für ihn zunächst „ich-dyston“ und damit verunsichernd und verwirrend, und er wollte nicht mehr in die Gruppe kommen, weil er es nicht glauben konnte. Er fühlte sich nicht ernstgenommen.

Fortbildung in Psychodynamischer Gruppentherapie

Die erste Fortbildung in Kindergruppentherapie für Teilnehmer der Ärztlichen Akademie hatten wir von Februar 2012 bis Februar 2013 durchgeführt. In drei Blöcken von jeweils acht Doppelstunden wurde entsprechend den Vorgaben der kassenärztlichen Vereinigungen spezielles theoretisches Wissen zur Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen vermittelt. Die allgemeinen theoretischen Grundlagen zur psychodynamischen Psychotherapie konnten alle Teilnehmer vorweisen, da sie bereits vorher eine Einzelpsychotherapieausbildung in psychodynamischen Therapieverfahren absolviert hatten.

Die Vermittlung der speziellen theoretischen Inhalte zur Gruppentherapie werden von uns so gestaltet, dass sich in der Ausbildungsgruppe erfahren lässt, wie es sich anfühlt, in einer Gruppe zu sein, in einer Gruppe und durch die Gruppe zu lernen. Das heißt, dass die theoretischen Überlegungen im eigenen Gruppengeschehen erfahrbar werden. Dies ist bei der geringen Anzahl der Stunden nur in Ansätzen möglich, aber dennoch wichtig, um Interesse an Gruppenarbeit zu wecken. Es wird nämlich spürbar, dass das, was in Gruppen vor allem wirkt, die leiblichsinnliche Erfahrung ist und nicht die verstandesmäßige Veränderungsanweisung.

Als Einführung in die Gruppentherapie zeigen wir Filme von Samuel Slavson über die „Activity Therapy Group“ und aus dem Kinderheim von Emmi Pikler zur frühkindlichen Entwicklung. Damit wollen wir vor allem die uns so wichtige permissive Haltung des Gruppenleiters und zum anderen den Entwicklungs- und Lernwillen von Kindern in Gruppen, schon ab dem frühesten Säuglingsalter, verdeutlichen. Wie unterschiedlich das Umgehen von Kindern miteinander ist, wenn ein Erwachsener „mitmischt“ oder „nur“ anwesend ist, wird deutlich an dem Artikel von Holger Brandes zu „Selbstbildung in Kindergruppen“. In den weiteren Seminaren befassen wir uns mit dem Konzept der Gruppenanalyse nach Foulkes und dem darin zentralen Begriff der Matrix. Wir vermitteln Kenntnisse zur Rolle, Haltung und Funktion des Gruppenleiters, zu Setting und Rahmen, Wirkfaktoren und Widerstandsphänomenen und zur Gestaltung der begleitenden Elternarbeit. Einen breiten Raum nehmen Reflexionen über Gruppensituationen ein, die die Seminarteilnehmer mitbringen.

Zu den weiteren Bausteinen, die die Fortbildungsteilnehmer zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigungen für die Gruppentherapie absolvieren müssen, gehören:

- eine Gruppenselbsterfahrung von mindestens 40 Doppelstunden und
- mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung – auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mindestens 40 Stunden; diese Supervisionen müssen von bei den Landesärztekammern zugelassenen Supervisoren erbracht und bestätigt werden

Bisherige Erfahrungen aus der Fortbildung

In den nun schon vier abgeschlossenen Fortbildungskursen zeigt sich, dass unser Konzept das bewirkt, was wir uns als Ziel vorgestellt hatten: Lust bei den Therapeutinnen und Therapeuten zu wecken, eigene Kinder- und Jugendlichengruppen anzubieten, aber auch „Handwerkszeug“ zu erhalten und Kompetenz zu entwickeln.

Es soll sich in den teilnehmenden Kinderärzten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiatern ein Gespür und Vertrauen in die Potenz einer Gruppe entwickeln, das sie die Überzeugung gewinnen lässt, dass Gruppentherapie im ambulanten und auch stationären Setting eine sehr wirksame Behandlungsmethode ist. Selbst „schwerst gestörte" Patienten bzw. Menschen, die zum eigenen Überleben eine sehr ausgeprägte oder auch bizarre Abwehrstrategie zur Bewältigung der früheren Lebensaufgaben entwickelt haben, finden ihren Platz und Entwicklungsraum in Gruppen. Und da die Veränderungen in und durch die Gruppe (Foulkes) angeregt und bewirkt werden, liegt auch nicht die gesamte Verantwortung beim Therapeuten, wie sich das in der Einzeltherapie ergibt.

Ausblick

Erstaunlicherweise entwickelt sich in den Fortbildungsgruppen ein intensives Gefühl für die Gruppenkohäsion und deren Wichtigkeit, obwohl die Teilnehmer insgesamt nur 24 Doppelstunden miteinander verbringen; dies läßt alle Teilnehmer eine Ahnung für die Potenz der Gruppe spüren. Wir sind sehr hoffnungsfroh, dass sowohl die Theorie und dieses eigene Gruppenerleben dazu führen werden, dass die Mehrzahl unserer Weiterbildungsteilnehmer eigene Gruppen anbieten wird. Eine erfreuliche Tatsache ist dabei, dass die Krankenkassen ab dem 01.07.2017 ihr hohes Interesse an der Durchführung von Gruppentherapien auch in der Erleichterung der Antragsmodalitäten und der Bezahlung spürbar werden ließen – ein zusätzlicher Grund für alle niedergelassenen Psychotherapeuten, die Gruppentherapie in ihr Behandlungsrepertoire aufzunehmen.

Literatur:

- Brandes Holger (2008): Selbstbildung in Kindergruppen. Die Konstruktion sozialer Beziehungen Taschenbuch. Reinhardt-Verlag, München.
- Wenck, Matthias, Wienberg, Ursula (2012): Zerstörung tut Not?! Das Zulassen von Destruktivität in der Kindergruppe ermöglicht unverzichtbare Entwicklungsräume. Beispiele aus einer laufenden Kindergruppe mit paralleler Elterngruppe. Eröffnungsvortrag im Rahmen der kasuistischen Workshops für Kinder- und Jugendlichengruppenanalyse in Heidelberg.
- Wienberg, Ursula (2012): Kindergruppenanalyse. Eine intensive Form der analytischen Kindertherapie oder ein unmögliches Unterfangen? Aus: Anne Springer, Bernhard Janta, Karsten Münch [Hrsg.] Nutzt Psychoanalyse?! Psychosozial Verlag, Gießen.

Teamentwicklung und Fallsupervision Klärungshilfe bei komplexen, anspruchsvollen Berufsaufgaben

Ingegerd Schäuble

Mit ihrem maßgeblichen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden hat sich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesellschaftliche Reputation erworben. Aufgrund des fachlich fundierten Verständnisses für menschliche Krisen und für gruppendynamische Konstellationen scheinen Fachleute aus diesem Bereich prädestiniert, nicht nur medizinisch und psychotherapeutisch zu helfen, sondern auch soziale Verwicklungen zu erkennen und aufzulösen. Vermehrt wenden sich aus diesem Grund nun auch diejenigen, welche in Kliniken, Praxen, im Ehrenamt oder in Betreuungseinrichtungen für und mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, vertrauensvoll an Fachleute in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Sie bitten um Supervision sowie Unterstützung bei Teamentwicklungsfragen: Ihr Wunsch ist es, im eigenen stress- oder konfliktanfälligen Berufsalltag bzw. für den Umgang mit belastenden „Fällen" von dieser Kompetenz zu profitieren.

Therapeutische und supervisorische Tätigkeit ergänzen einander

Supervisorische Anfragen drehen sich vor allem um:

- Klärung von Teamkonflikten
- Team-/Organisationsentwicklung
- Supervision für Mitarbeitende und Leitungscoaching
- Berufslaufbahn-Reflexion
- Fallsupervision

Natürlich sind Professionelle aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit ihrem breiten Fundus psychotherapeutischer und gruppendynamischer Kompetenzen in der Lage, solche Fragestellungen wissend und verstehend aufzugreifen. Für eine professionelle, d. h. bewusste, souveräne und selbstschützende Unterstützung von Hilfesuchenden brauchen die Angefragten aber selber zunächst fundierte Gelegenheiten, ihr vorhandenes therapeutisches Erfahrungswissen systematisch in die supervisorische Logik einzuordnen und so für die zielführende Anleitung von stringenten Supervisionsprozessen fit zu werden. Damit verbunden ist der Wunsch nach Sicherheit in der speziellen supervisorischen Rolle/Identität und in der besonderen supervisorischen Funktion im größeren organisationellen Ganzen. Diese Rolle/Funktion unterscheidet sich nämlich deutlich von der Rolle/Funktion in einer Therapiesituation. Für eine künftig zufriedenstellende alltägliche Praxis wollen supervisorisch Angefragte daher sowohl theoretische und methodische Kenntnisse, v. a. aber auch praktisch-fachlich-reflexive Fähigkeiten erwerben, um die Klaviatur der Supervision souverän zu bespielen.

Ingegerd Schäuble
Supervisorin (DGSv), Schäuble Institut für Sozialforschung, München

Die Fortbildung in Teamentwicklung und Fallsupervision

Diesem Wunsch ihrer Teilnehmenden kommt die Ärztliche Akademie mit einer ergänzenden Fortbildung zur Teamentwicklung und Fallsupervision speziell für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie seit 2016 nach. Um das ärztliche Einsatzfeld der Nachfragenden um supervisorische Kompetenzen erweitern zu können, wird diese Fortbildung in vier Kurseinheiten à 16 Stunden angeboten. Nachdem die ersten drei Kurseinheiten bereits stattfanden, lassen sich Bedarfe und gewünschte Qualitäten der Fortbildung aus der gelebten Praxis heraus konkret reflektieren.

Die durchweg praktisch tätigen Fortbildungsteilnehmenden nutzen im geschützten Raum der Fortbildungsgruppe die Chancen, neben einer theoretischen Weiterbildung mit Vermittlung von Regeln und Gesetzmäßigkeiten supervisorischen Arbeitens auch ausreichend Reflexions- und Übungsanregungen zu bekommen. Es werden konkrete Supervisions-Fälle besprochen und zudem ist reichlich Freiraum vorgesehen für eine unter der Anleitung der Referentinnen exemplarische Bearbeitung praktischer Supervisionsanfragen, die im Berufsalltag an die Fortbildungsteilnehmenden herangetragen werden. Darüber hinaus werden fortbildungsbegleitende Supervisionen durch die jeweiligen Referentinnen und Referenten angeboten. Zur Reflexion der bereits praktizierten eigenen Supervisionstätigkeit kann dieses Angebot selbstbestimmt abgerufen werden.

Bedarfsszenarien Teamentwicklung und Fallsupervision

Team- und Fallsupervision werden in der Regel von Menschen nachgefragt, die auch in überkomplexen, konfliktanfälligen Arbeitssituationen handlungsfähig bleiben oder wieder handlungsfähig werden wollen – dies v. a. durch ein tieferes Verstehen und eine bewusstere Handhabung von:

- institutionellen und organisatorischen Strukturen (Systemebene)
- Haltung und Potentialen der einzelnen Mitwirkenden (Individuumsebene)
- bewussten und unbewussten Gruppendynamiken (Interaktionsebene)
- qualitätsvoller Versorgung der gegebenen Nachfrage (Zielgruppenebene)

Eine neutrale, professionelle, vertrauensvolle Anleitung erleichtert es den suchenden Supervisandinnen und Supervisanden, ihre persönlichen Anteile an problematischen Interaktionen psycho- und gruppendynamisch zu erkennen und sich im Wechselspiel der Kräfte (neu) einzuordnen. Dies macht den Weg frei zu Eigenmacht, Eigenverantwortung, Selbstfürsorge und selbstbestimmter Handlungsfähigkeit.

Wer die Fortbildung bei der Ärztlichen Akademie macht, wird für diese Konstellationen sensibilisiert, erwirbt die reflexiven und handlungsbezogenen Qualitäten.

Das neue Fortbildungscurriculum zur Teamentwicklung und Fallsupervision an der Ärztlichen Akademie ist bewusst als ein wachsender Prozess angelegt, der derzeit noch am Anfang steht und sich im Weiteren an praktischen Notwendigkeiten verdichten bzw. modifizieren darf. Dazu gehört auch, mit verschiedenen Publikationen immer wieder auf die Besonderheiten der professionellen Teamentwicklung und Fallsupervision aufmerksam zu machen. Im Wechsel von theoretischen und praktischen Impulsen soll im Curriculum die Freude an

einer Kompetenzerweiterung mit Blick auf die alltagsrelevanten Anforderungen des Berufsfeldes wach gehalten werden.

Erwerbbare Kompetenzen für Teamentwicklung und Fallsupervision

In vier Kurseinheiten machen sich Interessierte ein genaueres Bild davon, was Supervision in ihren verschiedenen Settings (Einzel-, Gruppen-, Fall-, Team-, Prozess- oder Projektsupervision) bewegen kann. Sie erproben sich in der Rolle als supervisorisch Handelnde mit den gestellten individuellen und institutionellen Herausforderungen. Sie prüfen die persönliche Begabung/Eignung für Supervision in Beispielen und spüren der künftig möglichen Freude an dieser speziellen Arbeit im Dienste der Ratsuchenden nach.
Berufsethische Fragestellungen verbinden sich für viele mit hohen Erwartungen an die Neutralität, Allparteilichkeit, Transparenz, Vertraulichkeit, Achtsamkeit, Wertschätzung, Flexibilität, Grenzensetzen in supervisorischen Zusammenhängen. Diese Themen werden kursübergreifend gründlich besprochen.

Die Schwerpunkte der vier Kurseinheiten sind:

1. Was ist Teamentwicklung und Fallsupervision? Welche prinzipiellen Qualitätserwartungen sind mit professioneller Teamentwicklung/Fallsupervision verbunden? Welche Prozessziele und -verläufe sind denkbar? Wo steht die Supervisorin bzw. der Supervisor im Aktionsfeld zwischen Institution, Supervisionssuchenden und Profession?
2. Die eindeutige fachlich-menschlich-professionelle Haltung derer, die solche komplexen Prozesse mit Einzelnen und Teams anleiten, ist die Basis für gelingende Supervisionen in unterschiedlichen Settings. Grundsätzliche theoretische Überlegungen und praktische Übungen an Beispielfällen aus der Praxis der Teilnehmenden und/oder der Referierenden illustrieren und vertiefen die Materie.
3. Das Fremde in mir und anderen zu entschlüsseln, ist eine zentrale Kompetenz in Teamentwicklung und Fallsupervision. Es geht um das Verstehen, Kommunizieren und konstruktive Kooperieren in der Vielfaltsgesellschaft, in der vieles unplanbar und offen bleibt. Einlassender verantwortlicher Umgang mit Unsicherheit und gleichzeitig Verbundenheit ist eine hohe Qualität.
4. In der 4. Kurseinheit gibt es ein bedarfsspezifisches Resümee zu den maßgeblichen Inhalten der Fortbildung mit Ausblick auf praktische Aufgaben im supervisorischen Alltag: Akquise, Vertragsgestaltung und Kosten, professionelle Ethik, formale und substantielle Qualitäten in vielfältig gestaltbaren Teamentwicklungs-/Fallsupervisionsprozessen, Frequenzen und Phasen der supervisorischen Verdichtung, Beginn und Abschluss von Supervisions- bzw. Teamentwicklungsprozessen u. a.

Die reichlich zur Verfügung stehende Literatur regt an zu fragen, zu forschen, zu reflektieren und zu erproben, um das weite Feld von Teamentwicklung/Fallsupervision für sich fassbarer zu machen. Eine ausführliche Literaturliste kann bei der Autorin angefragt werden.

In diesem weiten Berufsfeld ist die fachliche und menschliche Qualifizierung für die anspruchsvolle Aufgabe nicht mit einem Fingerschnippen erreicht, es ist richtig Arbeit. Wer aber Freude an der kontinuier-

lichen eigenen Entwicklung hat und diese Freude am Gestalten sozialer Prozesse auch an Ratsuchende weitervermitteln mag, ist in diesem Berufsbereich gut aufgehoben. Und wer es gar versteht, das „Super“ (lat. für „über, von oben, darüber“) in unserer Berufsbezeichnung als stete Bemühung nach dem besseren Verstehen / menschlichen Gestalten und die „Vision“ (lat. visio für „das Sehen, der Anblick, die Erscheinung“) als Ermutigung zu einer, wie Adrienne Göhler sagt, „beharrlichen experimentellen Humanisierung“ zu forcieren, wird sicherlich selber zufrieden werden und überdies den heute so dringend benötigten, wenn auch oft verkannten, Berufsstand Teamentwicklung und Fallsupervision substantiell bereichern.

Literatur

- Göhler, Adrienne (2016): Ermächtigung zur Selbstermächtigung. Ein Vortrag als eindringliches Plädoyer für eine „beharrliche Humanisierung“. Für andere Formen des Lebens und Arbeitens. Für eine Verlagerung von Super auf Vision. In: Journal Supervision, 4 / S. 12–15
- Pühl, Harald (Hrsg.)(2017): Das aktuelle Handbuch der Supervision – Grundlagen – Praxis – Perspektiven, Gießen
- Schäuble, Ingegerd (2017): Eine neue Fortbildung: Teamentwicklung und Fallsupervision. In: Akademie Aktuell, 2017-2, S. 5–9

Fortbildung Psychopharmakotherapie

Christian A. Rexroth

Die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. bietet eine 40-stündige Fortbildung zur Indikation und Kontraindikation psychopharmakotherapeutischer Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden an. Die Fortbildung ist in erster Linie geeignet für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt sowie zum Kinder- und Jugendpsychiater, ist aber auch offen für Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgebiete, die Interesse an der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen haben.

Die Fortbildung findet im Rahmen der beiden jährlichen Symposien der Ärztlichen Akademie in Benediktbeuern (Oberbayern) und in Brixen (Südtirol) mit jeweils 20 Stunden statt. In der Seminargebühr jeweils inbegriffen sind der Besuch der Vorträge des Symposions und die Abendveranstaltungen der Ärztlichen Akademie.

Die Fortbildung beinhaltet Grundlagen der Pharmakologie und stellt mit ausgewiesenen Experten aus der Allgemein- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) alle wesentlichen Inhalte dar, die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Praxisalltag relevant sind und die seitens der Weiterbildungsordnung im allgemeinen Psychiatrie-Teil der KJPP-Weiterbildung gefordert werden.

In den 40 Stunden über Indikation und Kontraindikation medikamentöser Behandlungen erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die wesentlichen Grundzüge der Grundlagen und der Anwendung pharmakologischer Behandlungen in Wechselwirkung mit der Psycho- und Soziotherapie einschließlich praktischer Anwendungen. Sie erhalten einen Überblick über wesentliche Grundlagen der Pharmakologie und Pharmakotherapie, der Wirksamkeit und unerwünschten Arzneimittelwirkungen, der Indikation und Kontraindikation psychopharmakotherapeutischer Behandlungen und deren Wechselwirkungen sowie über die Arzneimittelvigilanz (Arzneimittelsicherheit).

Von renommierten Klinikern werden die Grundzüge der Psychopharmakotherapie von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden v. a. bei folgenden Störungsbilden vorgestellt:

- Angststörungen
- Depressionen einschl. Suizidalität
- Bipolare Störungen
- ADHS und ADS
- Ticstörungen
- Zwangsstörungen
- Suchterkrankungen
- Schlafstörungen
- Psychosen, v. a. schizophrene Psychosen
- Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle

Mit der Fortbildung erwerben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die relevanten Kenntnisse der psychopharmakologischen Behandlung eingebettet in die präventive

und psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsangebote der Ärztlichen Akademie an besonderen Tagungsorten. Im Rahmen der Symposien können themenspezifisch vertiefte Einblicke in die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden, die im klinischen Alltag und auch im Praxisalltag von großem Nutzen sind.

Literatur

- Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 23. Oktober 2016. S. auch http://www.dgkjp.de/ (letzter Zugriff 21.04.18)

Alleinerziehend. Vom epidemiologischen Befund zum Programm wir2

Matthias Franz

Bei wir2 handelt es sich um ein bindungsorientiertes, strukturiertes Elterntraining für alleinerziehende Mütter und Väter mit Kindern im Vor- und Grundschulalter. Ziel des wir2-Programms (www.wir2-bindungstraining.de) ist die Stärkung des elterlichen Selbstvertrauens und der intuitiven Elternkompetenzen über die Besserung einer häufig bestehenden depressiven Stimmungslage. Dies erreicht wir2 durch die Erleichterung der Einfühlung in die Signale und das Erleben des Kindes und durch die Stärkung sozialer Kompetenzen. Dabei ist die Entkopplung des Paarkonfliktes von der gemeinsamen Verantwortung beider Eltern für das Kind von zentraler Bedeutung. Ergänzend zu wir2 kann für die Kinder der Alleinerziehenden auch das parallele Programm wir2plus angeboten werden. Die Ärztliche Akademie bietet eine wir2- und wir2plus-Schulung in Form von Kleingruppenkursen während der Weiterbildungswochen an, um Kinderärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeit zu geben, sich zu wir2- und wir2plus-Gruppenleitern fortzubilden.

Mit einer Pressekonferenz zum Thema „Mutter und Kind“ wurde am 21. Februar 2014 der erste Kurs des Elterntrainings wir2 für Kinderärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (damals noch „PALME-Elterntraining“) innerhalb der Symposien der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. auf den Weg gebracht. Der erste Ausbildungskurs dieses Bindungstrainings für Alleinerziehende und ihre Kinder fand für die Teilnehmer über zwei bzw. drei Weiterbildungswochen hinweg in einer geschlossenen Gruppe statt. Vorangegangen waren jahrelange epidemiologische Studien und schließlich die Entwicklung des Programmes wir2 und dessen wissenschaftliche Evaluation aus einem universitären Forschungsprojekt.

Die Folgen kriegsbedingter Vaterlosigkeit

Bereits Mitte der 1990er Jahre wurde in einer Mannheimer Bevölkerungsstudie ein bis dahin kaum vorstellbarer Zusammenhang entdeckt: In der untersuchten Bevölkerungsstichprobe waren infolge des Zweiten Weltkriegs bei fünfzig bis sechzig Prozent der Kriegskinder die Väter in den ersten sechs Lebensjahren abwesend. Diese vaterlosen Kinder litten noch über fünfzig Jahre später signifikant häufiger unter Depressionen, Ängsten oder psychosomatischen Körperbeschwerden als die mit Vater aufgewachsenen. Dieser Zusammenhang konnte noch sechzig Jahre nach Kriegsende in einer Replikationsstudie anhand einer für die alten und die neuen Bundesländer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ehemaliger deutscher Kriegskinder nachgewiesen werden.

Matthias Franz
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf

Die Situation der Alleinerziehenden heute

Der damals überraschende Befund zur großen Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung und zu den mit Vaterlosigkeit verbundenen Langzeitrisiken führte zwangsläufig zu der Frage nach den Auswirkungen heute häufig trennungsbedingter Vaterlosigkeit. Besonders vor dem Hintergrund, dass die Einelternfamilie eine in Deutschland demographisch stetig wachsende Familienform ist, hat dies möglicherweise weitreichende, über Jahrzehnte nachwirkende gesundheitliche und gesellschaftliche Konsequenzen.

Der Anteil Alleinerziehender an allen Familien mit minderjährigen Kindern ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen und liegt in Deutschland mittlerweile bei über 20,3%, das entspricht über 1,6 Millionen Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren. Mehr als jedes sechste minderjährige Kind (2,3 Millionen) wächst bei einem Elternteil auf, in neun von zehn Fällen bei der Mutter, wobei in Ostdeutschland inzwischen fast jedes vierte Kind bei einem alleinerziehenden Elternteil lebt und in Westdeutschland fast jedes sechste.

Zahlreiche nationale (z.B. Düsseldorfer Alleinerziehendenstudie) und internationale Studien belegen seit langem die große ökonomische und gesundheitliche Benachteiligung Alleinerziehender. Darüber hinaus sind alleinerziehende Mütter im Vergleich zu Müttern in Paarfamilien häufiger durch Vollzeitarbeit, Zukunftsängste, Einsamkeit, die partnerschaftliche Konfliktsituation sowie damit verbundenen Schuldgefühle und die alleinige Verantwortung im Alltag belastet.

Aufgrund dieser komplexen und häufig jahrelang anhaltenden Belastungskonstellation, bestehen bei alleinerziehenden Müttern erhöhte Prävalenzraten für chronische somatische Erkrankungen, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen und psychische Störungen. Vor allem Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch und Rauchen treten bei alleinerziehenden Müttern zwei- bis dreimal häufiger auf als bei Müttern in Partnerschaften. Das bestätigen auch die Ergebnisse der aktuellen AOK-Familienstudie von 2014, einer Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von vier bis 14 Jahren in Deutschland.

Die Kinder leiden mit

Auch die Kinder und Jugendlichen aus Trennungsfamilien sind im Vergleich mit Kindern aus Paarfamilien in ihrer Gesundheit und ihrer sozialen und kognitiven Entwicklung beeinträchtigt. Sie zeigen häufiger emotionale oder Verhaltensprobleme, sind häufiger chronisch krank und leiden an Übergewicht. Auch Schulprobleme, delinquentes Verhalten und erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum treten bei Kindern aus Einelternfamilien vermehrt auf. Selbst als Erwachsene leiden ehemalige Trennungskinder aus konfliktbelasteten Familien noch häufiger unter psychischen Störungen wie Depressionen oder Substanzmissbrauch, sind öfter arbeitslos, geben eine geringere Lebenszufriedenheit an, haben mehr Beziehungskonflikte und ein höheres eigenes Scheidungsrisiko. Einige Studien weisen auch auf eine schlechtere physische Gesundheit und sogar ein höheres Mortalitätsrisiko als Folge der Erfahrung einer elterlichen Trennung/Scheidung in der Kindheit hin – insbesondere aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen bzw. vermehrtem Nikotinkonsum. Dabei zeigt sich, dass nicht so sehr der Familiensta-

tus „alleinerziehend“ an sich, sondern das Ausmaß familiärer Gewalt und Konflikte bzw. die elterliche Überforderung und eingeschränkte Elternkompetenzen die Entwicklung von Trennungskindern maßgeblich beeinflussen.

Insbesondere eine anhaltende mütterliche Depression – unter der alleinerziehende Mütter gehäuft leiden – stellt ein großes Risiko für die kindliche kognitive, emotionale und soziale Entwicklung dar. Depressive Mütter wenden nicht nur vermehrt ungünstige Erziehungspraktiken an, sondern sind auch in ihren emotionalen und empathischen Fähigkeiten eingeschränkt, was die Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigt. Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung der mütterlichen Depression zwar das elterliche Stressempfinden reduziert, nicht aber automatisch auch zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führt. Hierzu sollten Interventionen für depressiv beeinträchtigte Eltern auch auf eine Stärkung ihrer elterlichen Kompetenzen und Feinfühligkeit fokussieren. Und genau hier setzt wir2 an.

wir2: Ein Präventionsprogramm für Alleinerziehende

Das wir2-Bindungstraining ist ein bindungsorientiertes und affektzentriertes Gruppenprogramm für alleinerziehende Mütter und Väter und wurde an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf von Ärzten, Psychologen und Pädagogen unter der Leitung von Matthias Franz entwickelt. Mit dem Ziel hochbelastete Alleinerziehende zu unterstützen, fokussiert wir2 auf eine Reduktion der elterlichen psychischen Belastung und Depressivität sowie auf eine Verbesserung der Sensibilität für kindliche Affektsignale und Bedürfnisse, um damit die emotionalen und elterlichen Kompetenzen Alleinerziehender zu stärken. Hierdurch hilft wir2 die Eltern-Kind-Bindung abzusichern und damit auch kindliche Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten zu verringern. Dabei kommt auch der Trennung des Paarkonfliktes von der gemeinsamen Elternverantwortung eine große Bedeutung zu.

Vier Module zielen aufeinander aufbauend (1) auf die emotionale Befindlichkeit und das Wohlbefinden der Alleinerziehenden selbst, (2) auf die Wahrnehmung und feinfühlige Beantwortung der kindlichen Affektsignale, (3) auf die Verarbeitung des Paarkonfliktes inklusive der hiermit häufig bestehenden Schuldgefühle und der Beziehung des Kindes zum anderen Elternteil sowie (4) abschließend auf die Erarbeitung angemessener Verhaltensweisen in typischen alltäglichen Konfliktsituationen. Im Rahmen einer begrenzten Regression während intensiver gruppendynamischer Prozesse, ermöglicht wir2 den Gruppenteilnehmern den Perspektivwechsel hin zum Erleben des Kindes, bis hin zu praktischen Schlussfolgerungen durch die Reaktivierung eigener Affekte und biografischer Bezüge. Hierzu werden neben Informationseinheiten auch angeleitete Rollenspiele, Phantasiereisen, Paarübungen, Kleingruppen und Eltern-Kind-Übungen für Zuhause genutzt. Konkret handelt es sich bei wir2 um ein strukturiertes Elterntraining für konflikthaft getrennte Mütter und Väter mit Kindern im Vor- und Grundschulalter

- auf bindungsorientierter, affektzentrierter und interaktionsbezogener Grundlage,
- geleitet von einem speziell geschulten Gruppenleiterpaar,
- mit Ansprache und Motivation der Eltern z. B. in Kitas durch vertraute Erzieherinnen,

- mit wohnortnahen Gruppen zumeist in kommunalen Settings (Arztpraxen, Kitas oder Familienzentren), aber auch in stationären, psychosomatischen Reha-Kliniken
- mit Angebot von Kinderbetreuung während der wir2-Gruppen.

Das Programm läuft über 20 wöchentliche Sitzungen zu je 90 Minuten und wird mittels eines strukturierten Manuals standardisiert und qualitätsgesichert von einem geschulten männlich-weiblichen Leitungspaar (fungieren als soziales Lernmodell) mit etwa zwölf bis 15 Alleinerziehenden durchgeführt.

Das wir2-Programm wird im Rahmen einer dreitägigen Schulung, bzw. in zwei bzw. drei Weiterbildungswochen im Rahmen der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. vermittelt. Zielgruppe der Ausbildung sind Angehörige therapeutischer und psychosozialer Berufe. Dabei werden die Inhalte und Grundlagen des Manuals sowohl theoretisch (z. B. Grundlagen der Gesprächsführung, kindliche Affektentwicklung und Bindungstheorie) als auch praktisch durch Üben einzelner Sitzungen vermittelt.

wir2 wirkt

Das wir2-Bindungstraining erfüllt wichtige Qualitätskriterien psychosozialer Intervention. Es wurde für eine spezifische Bedarfslage und eine psychosozial und gesundheitlich besonders belastete Zielgruppe entwickelt und basiert auf theoretischen und empirischen Grundlagen, der Bindungstheorie und wissenschaftlichen Erkenntnissen zur kindlichen Affektentwicklung.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde wissenschaftlich im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie (RCT) evaluiert. Sowohl unmittelbar nach der Intervention als auch 6 Monate später zeigten sich bei den Müttern der Interventionsgruppe (IG) signifikante Verbesserungen ihrer psychischen Gesundheit, der Depressivität, der emotionalen Kompetenzen. Auch das Problemverhalten der Kinder nahm aus Sicht der alleinerziehenden Mütter in der IG signifikant ab. Die positiven Veränderungen bei den Müttern der IG waren selbst zwölf Monate nach der Intervention noch nachweisbar. Die nachhaltig positiven Effekte des wir2-Bindungstrainings sprechen für seine langfristige Wirksamkeit weit über das Trainingsende hinaus. Weitere Qualitätskriterien sind die fortlaufende Evaluation des Programms, die Professionalisierung der Gruppenleiter durch Schulung und Supervision (Verhältnisprävention), Standardisierung und Adhärenz (Manual, Schulung), Gemeinnützigkeit (Stiftungsträger, Kostenfreiheit für die Teilnehmer) und Skalierbarkeit und Modifikation für unterschiedliche Settings. Mittlerweile existiert mit einem zusätzlichen Programmmodul wir2plus die Möglichkeit, den Kindern Alleinerziehender ebenfalls ein strukturiertes Gruppentraining anzubieten. Während die Alleinerziehenden am bewährten wir2-Training teilnehmen, läuft parallel ein kindgerechtes, ebenfalls manualisiertes Gruppenprogramm mit geschulten Gruppenleitern. Das Programm wir2plus unterstützt die Kinder in einer offeneren Darstellung ihrer angesichts einer konflikthaft belasteten familiären Trennungssituation häufig unterdrückten oder verzerrt artikulierten Affektsignale. Diese Weiterentwicklung wurde bereits in einer naturalistischen Beobachtungsstudie erfolgreich evaluiert.

Roll-out in die Praxis

Aufgrund der positiven Ergebnisse und seiner methodisch anspruchsvollen Evaluation wurde das wir2-Programm 2010 mit dem Heigl-Preis ausgezeichnet und in die höchste Evidenzkategorie der „Grünen Liste Prävention“ des Landespräventionsrats Niedersachsen (www.gruene-liste-praevention.de) eingestuft. wir2-Gruppen werden mittlerweile bundesweit angeboten.

Seit 2014 ist wir2 ein Programm der Walter Blüchert Stiftung aus Gütersloh (www.walter-bluechert-stiftung.de). Diese Entwicklung ermöglichte den Schritt vom universitären Projekt hin zu einem praxistauglichen Programm, das sich als Angebot in der kommunalen und ärztlichen Versorgung bundesweit etabliert hat. Das Angebot für die ambulanten Gruppen wurde zusätzlich zu den Müttern auch auf Väter mit Kindern im Vor- und Grundschulalter ausgeweitet, so dass wir2 für Alleinerziehende mit Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren angeboten werden kann und eine entsprechend größere Zielgruppe abdeckt. Ab 2010 erfolgte die Etablierung von wir2 als Bestandteil der stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Psychosomatischen Fachklinik Kinzigtal. Seit 2016 wird wir2 – finanziert von der Deutschen Rentenversicherung – in den Psychosomatischen Fachkliniken Schömberg und Bad Elster als Eltern-Kind-Rehabilitation im Rahmen eines sechswöchigen Aufenthalts angeboten. Weitere Kliniken interessieren sich für das Programm. Die bislang evaluierten Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt sehr stark durch psychische und psychosomatische Beschwerden beeinträchtigt und zeigten bei Entlassung sehr starke, signifikante Verbesserungen. Auch die Kinder der Alleinerziehenden profitierten. Das Ausmaß ihres Problemverhaltens verringerte sich signifikant ebenso wie auch ihre emotionalen Probleme.

Aktuell ermöglicht das neue Präventionsgesetz, in dem die Alleinerziehenden als besonders zu fördernde und hochbelastete Gruppe explizit erwähnt werden, die Durchführung von wir-Gruppen in „kommunalen Lebenswelten“ (Kitas, Familienzentren) in gemeinsamer Finanzierung von Gesetzlichen Krankenkassen und Jugendämtern. Anfang 2018 wurde ein entsprechendes Modellprojekt vom Jugendamt Kassel und dem vdek erstmals in Deutschland auf den Weg gebracht.

Damit das wir2-Programm die Zielgruppe der Alleinerziehenden erreicht, kommt besonders auch den Kinderärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als frühen Ansprechpartnern der ambulanten Versorgung eine zentrale Bedeutung zu. Sei es als erste Möglichkeit für Information und Delegation an entsprechende ambulante und stationäre Versorgungsangebote oder als konkretes Interventionsangebot im Rahmen der kinderärztlichen Praxisversorgung. So ist es eine erfreuliche Entwicklung, wenn dieses Programm nun auch den zahlreichen Weiterbildungsteilnehmern der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. zur Qualifikation als wir2- und wir2plus-Gruppenleiter angeboten wird und sich hieraus bereits erste konkrete wir2-Praxisangebote für Alleinerziehende entwickelt haben.

Literatur

- Franz, M. (2014). wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Franz, M. (2015). wir2plus. Bindungstraining für Alleinerziehende und ihre Kinder. Noch unveröffentlicht.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Güttgemanns, J., Haubold, S., Schäfer, R. (2010). Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. Kindheit und Entwicklung, 19 (2), 90–101.
- Franz M, Hagen D, Rampoldt D, Schäfer R, Zentgraf B, Egle UT, Thielen G (2016): Vaterlos – vom epidemiologischen Befund zur Intervention. Psychodynamische Psychotherapie 15:187–196

Psychosomatische Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte

Gabriele Fuhrmann

Die Ärztliche Akademie bietet ein speziell für Kinderärzte zugeschnittenes Kursprogramm zur Psychosomatischen Grundversorgung an. Ziel ist es, Kinderärzte zu befähigen, bei Vorliegen psychosomatischer Krankheitsbilder sowohl für die betroffenen Kinder und Jugendlichen als auch für ihre Eltern ein adäquates Behandlungskonzept anzubieten. Kinderärzte sollen durch das Curriculum gestärkt werden, die psychosomatischen Krankheitszustände differenzialdiagnostisch besser zu erkennen und Strategien zu erlernen, wie mit diesen Problemen in der kinderärztlichen Praxis gegenüber den ratsuchenden Eltern umgegangen werden kann.

Einführung

Seit 2010 ist die Psychosomatische Grundversorgung ein fester Bestandteil der Angebote der Ärztlichen Akademie. Zu dieser Zeit war die Psychosomatische Grundversorgung aus den meisten Facharztausbildungen völlig verschwunden und viele junge Kollegen, die sich niederließen, stellten fest, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihnen ohne einen entsprechenden Nachweis in Psychosomatischer Grundversorgung den Zugang zu den Abrechnungsziffern 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 35110 (Verbale Interventionen bei psychosomatischen Krankheitszuständen) verwehrten und damit ein Großteil ihrer täglichen Arbeit in der Praxis unbezahlt blieb. Damals gab es für Kinderärzte keine speziellen Fortbildungsangebote in dieser Richtung. Der Markt war zwar groß, richtete sich aber vor allem an die Kollegen der verschiedenen Facharztqualifikationen aus der Erwachsenenmedizin. Ebenso richteten sich Balintgruppenangebote nicht an die besonderen Belange der Kinderärzte. So entstand bereits 2009 gemeinsam mit Manfred Endres die Idee, diese Lücke mit einem eigenen Curriculum – speziell für Kinderärzte – zu füllen. Ich war zum damaligen Zeitpunkt selber in eigener, großer Kinderarztpraxis tätig und hatte eine Weiterbildung bei der Ärztlichen Akademie noch bei Gerd Biermann und später auch die Psychoanalytische Weiterbildung in einem großen Münchner Institut gemacht. Ich kannte die Nöte der niedergelassenen Kollegen aus eigener Betroffenheit sehr gut und mir war klar, dass der Bedarf an Fortbildung im Bereich der psychosomatischen Medizin über die reine Abrechnungsmöglichkeit hinaus sehr groß war und weiterhin ist.

Die Bedeutung des Kinderarztes in der psychotherapeutischen Versorgung

Die Schwelle für Eltern, sich mit (psychischen) Problemen ihrer Kinder an den Kinderarzt zu wenden, ist deutlich niedriger, als den Kontakt zu einem ihnen fremden Psychotherapeuten, (Kinder- und Jugend-) Psychiater oder Psychologen zu suchen. So sind die Kinderärzte wichtige Mittler zwischen den Familien und den Therapeuten, ist doch ein psychisches Problem meist sehr schambesetzt und Eltern fühlen sich schnell als „schlechte Eltern“, wenn ihr Kind „nicht so funktioniert“ wie erwartet oder wie das der Freundin oder

der Vergleichsgruppe der anderen Kinder aus der Kindergartengruppe. Es ist häufig schwer für die Eltern, zu erkennen, dass sich hinter Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und häufigen Infekten Schulängste, Verlustängste oder ähnliches verbergen.

Die „Bauchschmerzen des Kinderarztes"

Hier beginnen nun die Bauchschmerzen des Kinderarztes, der das Gefühl hat, lang anhaltende, komplexe Probleme in der vollen Praxis schnell lösen zu müssen. Einerseits sieht er ein gut entwickeltes, wenig krank erscheinendes Kind, ahnt, dass es keine organische Ursache für die Beschwerden des Kindes gibt. Aber es ist eben „nicht Nichts, sondern Etwas", und er fürchtet vielleicht, Wichtiges zu übersehen. Was also tun? Wie weit mit der organischen Diagnostik gehen? Wann traut man sich, der Mutter eine psychosomatische Diagnose zu präsentieren: „Ihr Kind leidet nicht an einer organischen Krankheit, sondern an einem seelischen Konflikt." Wie geht es dann weiter? An dieser Stelle wird es in der Praxis erneut brenzlig. Eine bange Frage der Kollegen an dieser Stelle lautet häufig: „Welches Fass mache ich jetzt auf und wie bewältige ich das, was ich dann zu hören bekomme?" Gefragt sind Mut – und Zeit! Mut, die Position des Ratgebers und Experten zu verlassen und sich auf Augenhöhe mit dem Patienten und seinen Eltern zu begeben. Zeit, sich auf diese Situation einzulassen und das Gespräch zu suchen.

In dieser Situation gibt es verbindende Gefühle von Angst und Unsicherheit auf beiden Seiten. Und genau diese Gefühle sind die Chance für eine angemessene Hilfestellung für unsere kleinen und größeren Patienten und ihre Eltern. Der innere Ruf nach dem Retter erscheint auf beiden Seiten. Die Familie wendet sich an den Kinderarzt und eben nicht an den Psychotherapeuten. Hier braucht es Verständnis und Geduld, diesen Weg zu ebnen, wenn es denn dieser Weg überhaupt ist, den die Familie gehen will. Welchen anderen Weg kann es geben?

Das Curriculum

Aus diesen Überlegungen heraus entwickelten wir das Curriculum für Psychosomatische Grundversorgung an der Ärztlichen Akademie. So ist es unsere Absicht und unser Ziel, im theoretischen Teil den Blick auf die seelische Dimension von Krankheiten zu eröffnen, d. h. die Sprache des Körpers entschlüsseln zu helfen und adäquate Hilfe zu leisten. Zeigen doch aktuelle Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, dass 10–15 % der Kinder und Jugendlichen unter behandlungsbedürftigen psychischen Auffälligkeiten leiden. Zu den häufigsten Beschwerdebildern zählen bei Kindern unterschiedlichen Alters Fütter- und Gedeihstörungen, Essstörungen, unstillbares Schreien, funktionelle Bauch- und Kopfschmerzen, Einnässen und Einkoten, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Schulversagen und (Schul-) Ängste, Zwangssymptome und Depressionen, adoleszente Entwicklungskrisen oder Infektanfälligkeit. Diesen Symptomen liegen meist seelische Ursachen zugrunde, die sich aus der Entwicklungsgeschichte der jeweiligen Säuglinge, Kinder und Jugendlichen bzw. aus deren Familiengeschichte erklären lassen. Hierzu gehören insbesondere entwicklungspsychologische Aspekte, Zusammenhänge zwischen familiären und sozialen Belastungen und dem Auftreten körperlicher Symptome oder von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. sozialer Rückzug, Aggressivität, Ängste, Störung der Aufmerksamkeit, erhöhte Infektanfälligkeit).

Weiter ist es uns sehr wichtig, den Kinderärzten Interventionstechniken zu vermitteln, die es ihnen ermöglichen, die Vertrauensposition, die sie gegenüber Eltern und Kindern genießen, besser zu nutzen.

Psychosomatische Medizin ist für uns keine „andere Medizin", sondern eine Veränderung in der Einstellung zur täglichen Arbeit als Kinderarzt. So lautet der Titel unseres Einführungsseminars auch: „Auf dem Weg in eine neue Arzt-Patient-Beziehung." Hierbei geht es uns um das Erkennen von Verwicklungen und Verstrickungen in Praxisbeziehungen und die hierbei auftretenden Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung in diesen Beziehungen und um die Frage, wie sich der Kinderarzt diese Phänomene in der Gesprächsführung und Beratung nutzbar machen kann.

Umfang und Dauer

Entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer werden die zwei Kurse in einem zeitlichen Umfang von insgesamt 80 Stunden angeboten. Die Kurse finden in geschlossenen Gruppen bis zu 15 Teilnehmern statt.
Das Curriculum gliedert sich entsprechend den gültigen Empfehlungen der Bundesärztekammer in:

- 20 Stunden Theorievermittlung. Die Theorie wird in zwei Kursen vermittelt, die im Rahmen der Weiterbildungswochen der Ärztlichen Akademie angeboten werden. Das Curriculum ist praxisorientiert, wobei die Krankheitsbilder mit den entsprechenden Interventionstechniken altersspezifisch vermittelt werden.
- 30 Stunden verbale Interventionstechniken und
- 30 Stunden Balintarbeit, Curriculum begleitend über mindestens sechs Monate. Die Balintarbeit findet kursbegleitend und kontinuierlich statt, d. h. auch zwischen den jeweiligen Kurseinheiten der Ärztlichen Akademie. Die Teilnehmer bringen in den Gruppen Fälle aus der eigenen Praxis ein. Die Teilnahme an der Balintgruppe ist ein gesonderter Bestandteil der Psychosomatischen Grundversorgung und kann unabhängig von der Teilnahme am Curriculum auch wohnortnah absolviert werden.

Inhalte

Der erste Kurs beschäftigt sich mit Problemen von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren. Hierzu gehören Grundlagen von Entwicklungspsychologie, Anamneseerhebung, Grundlagen der psychosomatischen Krankheitslehre, Bindungsstörungen, altersspezifische Störungsbilder wie Einnässen und Einkoten, Formen kindlicher Ängste, depressive Syndrome, funktionelle Beschwerdebilder wie rezidivierende Bauch- und Kopfschmerzen. Ein wichtiger Bestandteil des ersten Kurses ist auch die Elternarbeit, insbesondere bei Kindern psychisch kranker Eltern. Zu allen Seminaren finden praktische Übungen zu Interventionstechniken statt u. a. in Form von Rollenspielen.

Im zweiten Kurs werden Grundlagen der Entwicklungspsychologie von Schulkindern und Jugendlichen unterrichtet. Hier geht es um Störungsbilder wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen, Suchtverhalten, Aggressivität und Delinquenz sowie psychische Folgen chronisch somatischer Erkrankungen. Auch in diesem Kursteil hat die Elternarbeit einen hohen Stellenwert. Fälle aus der Praxis dienen als Beispiele für Differentialdiagnostik und Intervention. Es finden Übungen zur Gesprächsführung statt.

Balintgruppe (Patientenzentrierte Selbsterfahrung)

Während der Weiterbildungswochen finden jeweils drei Doppelstunden Balintarbeit statt. Darüber hinaus findet die Balintgruppenarbeit fortlaufend auch außerhalb der Weiterbildungswochen statt.

Literatur

- Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2014) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57. Jahrgang. https://www.kiggs-studie.de/, (abgerufen am 21.9.2017)

Appell für die Aufnahme der Psychosomatischen Grundversorgung in die kinder- und jugendmedizinische Weiterbildung

Sven Lienert

Bode, Büsching et al. (2016) haben in ihrem 2016 erschienenen Buch kinderärztliche Belange der psychosomatischen Versorgung umfassend dargelegt. Zusammenfassend werden nach Ermann (2016) die dem biopsychosozialen Krankheitsmodell zugrundeliegenden Interaktionen zwischen organischen (engl. disease), psychischen (engl. illness) und sozialen (engl. sickness) Faktoren umfassend berücksichtigt, zu denen individuelle Bewältigungsprozesse ebenso wie Entwicklungsaufgaben und -erwartungen zählen. Psychosomatische Grundversorgung hat nicht nur in der Pädiatrie einen erheblichen präventiven Stellenwert: Erste Signale des Kindes und seiner Familie können in der kinderärztlichen Praxis sowohl bei Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen als auch klinisch bei Liaison- und Konsiltätigkeiten wahr- und aufgenommen werden. Eine frühzeitige Intervention bei psychosomatischen Beschwerden verstärkt nach Rutter (2001) den Schutz im Sinne einer psychosozialen Resilienz.

Rückblick auf die Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland

Wenngleich die (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (2015) unter den allgemeinen Inhalten der jeweiligen Facharztweiterbildung auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in psychosomatischen Grundlagen fordert, ist lediglich beim Facharzt für Allgemeinmedizin die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung gemäß § 4 Abs. 8 verpflichtend. Kenntnisse in Psychosomatischer Medizin werden darüber hinaus in der Aus- und Weiterbildung allenfalls marginal vermittelt. Dies ist als nicht ausreichend anzusehen, da das gesamte Spektrum der somatischen Medizin Überschneidungen mit Psychosomatik und Psychiatrie hat.

Psychosomatische und psychische Beschwerden in Kindheit und Jugend

Die Zahl der ambulanten und stationären Behandlungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund psychischer Störungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen, was sich auch in der kinderärztlichen Tätigkeit zeigt. Dieser Tatsache wird jedoch zu wenig Rechnung getragen: Sowohl im Hinblick auf Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (www.kiggs-studie.de) als auch im Hinblick auf Erfahrungen aus der kinderärztlichen und psychosomatischen Versorgung und der Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Krankheiten und von den somatischen zu den psychischen Störungen. Letzteres beschreiben Reinhardt and Petermann (2010) als „neue Morbiditäten". Selbst im kinderärztlichen Notdienst und in der Notaufnahme werden Kinder- und Jugendärzte mit psychischen und psychosomatischen Ausnahmesituationen konfrontiert. Die erheblichen Belastungen für die Patienten bilden sich im Verlauf in sozialen Beziehungen, dem Bildungs- und Berufserfolg und der somatischen Gesundheit und Lebensqualität ab.

Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen				
	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10 % (95 % KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13 % (95 % KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17 % (95 % KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95 % KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95 % KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt % (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

Modifiziert nach Ravens-Sieberer, Wille et al. (2007)

KI: Konfidenzintervall

Zusammenfassend leiden gemäß KiGGS-Studie (2014) 16 % aller Kinder und Jugendlichen nach Elternangaben an lang anhaltenden, chronischen Gesundheitsproblemen (Hölling, Schlack et al. 2012). Dies entspricht etwa einer Million Kindern und Jugendlichen. Etwa jedes Fünfte dieser Kinder (3,2 % aller 0 bis 17-jährigen) ist dabei im Vergleich zur Altersgruppe krankheitsbedingt eingeschränkt. Dies entspricht ca. 200.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bezogen auf psychische Beschwerden zeigt die BELLAplus-Studie, einem Modul des KiGGS (Ravens-Sieberer, Wille et al. 2007, Hölling, Schlack et al. 2014, Kamper 2015), bei 11,1 % der Mädchen und bei 15,4 % der Jungen psychische Auffälligkeiten. Konkret finden sich bei jedem zehnten Jugendlichen Anzeichen für Depressionen und Ängste. 10 % der Kinder und Jugendlichen zeigen Symptome externalisierender psychischer Störungen, bei knapp 4 % bestehen Anhaltspunkte für eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Beschwerdeintensität und Art sind auch hier geschlechts- und altersspezifisch, wobei Mädchen insbesondere von Ängsten und Essstörungen betroffen sind (siehe Tab.).

Weitere Studien zeigen, dass somatoforme (Essau, Conradt et al. 2000, Winter, Köberle et al. 2012, Kamper 2015) und dissoziative Störungen (Brunner 2012) einen wachsenden Stellenwert im Behandlungsalltag einnehmen. Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter scheint die Lebenszeitprävalenz – also der Anteil der Patienten bei einer Studie, der irgendwann im Leben an einer

Störung gelitten hat – somatoformer Störungen häufig. Lediglich funktionelle Störungen zeigen noch höhere Prävalenzen. Bei zusätzlichem Vorliegen einer chronisch somatischen Erkrankung wird eine Zunahme der Prävalenz komorbider psychischer Störungen um das 2 bis 3-fache berichtet. Dabei können sowohl unabhängige Faktoren wie zum Beispiel eine vorbestehende Erkrankung als auch eine psychische Störung als Folge einer psychischen Dekompensation nach neuaufgetretener Störung zu dieser Häufung beitragen.

Ausblick und Empfehlung

Ausgehend von den beschriebenen „Bauchschmerzen des Kinderarztes“ (s. Beitrag von Gaby Fuhrmann) wollen wir den „Mut, die Zeit und die Geduld des Kinderarztes“ betonen und stärken. Die Prävention psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfordert die Aufklärung aller mit Kindern und Jugendlichen tätigen Bezugspersonen. Wenngleich inzwischen ein „Check der körperlichen und seelischen Gesundheit“ im Rahmen der von den Krankenkassen übernommenen Vorsorgeuntersuchung (J1, vom 12. Geburtstag bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) erfolgt, findet sich zwischen dem fünften und 13. Lebensjahr eine Lücke, auch, da die möglichen Vorsorgeuntersuchungen U10 (im Alter von sieben bis acht Jahren) und U11 (im Alter von neun bis zehn Jahren) nicht oder nicht von allen Krankenkassen übernommen werden.

Gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sollten auf Basis der Zunahme psychischer Erkrankungen und der Veränderung des Behandlungsspektrums von Beginn an Aspekte der psychischen Gesundheit sowie auch eine Beratung der Eltern bzw. der Hauptbezugspersonen beinhalten. Aus unserer Sicht gehört dazu auch, dass der Erwerb von Kompetenzen im Bereich psychischer Störungen, zu denen auch psychosomatische Krankheitsbilder zählen, fester Bestandteil der fachärztlichen Weiterbildung – gerade auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin – gemäß der bestehenden Weiterbildungsordnung werden. Zusätzlich ist das Zeitbudget auf Basis der abrechenbaren Ziffern nach EBM als zu eng zu sehen und dem Versorgungsbedarf entsprechend anzupassen. Wir unterstützen den gemeinsamen Handlungsbedarf aller Fachgruppen mit dem Ziel, auch gesundheitspolitisch ein Umdenken im Hinblick auf die psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erreichen.

Literatur

- Bode, H., Büsching, U. und Kohns, U. (2016): Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag
- Ermann, M. (2016): Psychotherapie und Psychosomatik: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, Kohlhammer Verlag
- Kamper, A. (2015): Psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 163(9): 900-910
- Lienert, S., Endres, M., & Rexroth, C. (2018): Psychosomatische Grundversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschrift Kinderheilkunde. doi:10.1007/s00112-018-0485-3
- Ravens-Sieberer U., Wille N. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl. 50: 871–878

Die Zweite Geburt – Dokumentarfilm der Ärztlichen Akademie über die Behandlung traumatisierter Kinder im Heim

Manfred Endres

Erstmals bin ich Yecheskiel Cohen im Jahr 2000 begegnet. Auf Einladung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen kam er zum Symposion nach Brixen und hielt einen Vortrag mit dem Titel „Die Behandlung traumatisierter Kinder im Heim - das Heim als Behandlungsmethode". Zunächst hat mich der Titel des Vortrages ein wenig irritiert. Wie kann ein Heim eine Behandlungsmethode sein? Im Verlauf des Vortrages wurde mir deutlich, dass das psychoanalytische Konzept der Behandlung schwerst traumatisierter Kinder auf dem Zusammenwirken aller Menschen beruht, die die Kinder im Heim betreuen, einschließlich der äußeren Rahmenbedingungen. In den folgenden Jahren lernte ich Yecheskiel Cohen, Freunde nennen ihn Chezzi, persönlich näher kennen, besuchte ihn mehrmals in Israel und lernte das Heim kennen. Seit Jahren nehme ich außerdem regelmäßig an einer Supervisionsgruppe teil, zu der Chezzi mehrmals im Jahr nach München kommt.

In dem Heim werden traumatisierte Kinder in geschlossenen Gruppen über einen Zeitraum von ca. fünf Jahren betreut. Zu den essentiellen Säulen des Therapiekonzeptes gehören die kontinuierliche Betreuung der Kinder durch die gleichen Bezugspersonen, eine intensive Elternarbeit und die kontinuierliche Supervision aller Personen, die die Kinder betreuen. Alle Aktivitäten im Heim werden als Bestandteil der Behandlung verstanden und aus einer psychoanalytischen Perspektive gesehen. So wird den Kindern ein Entwicklungsraum zur Verfügung gestellt, in dem auch tiefgreifende traumatische Erfahrungen behandelt werden können. Etwa zwei Drittel der Kinder verlassen das Heim mit einer weitgehend intakten Persönlichkeit. Die Ergebnisse des von Chezzi Cohen entwickelten Therapiekonzepts für traumatisierte Kinder belegen eindrücklich, dass eine über mehrere Jahre andauernde Behandlung und ein klares Therapiekonzept auch bei schwersten Traumatisierungen zu einer Wiedereingliederung der meisten Kinder in die Gesellschaft führen können. Aufgrund der hohen Erfolgsrate hat Chezzi Cohens Therapiekonzept Modellcharakter.

Yecheskiel Cohen

Nach meinen ersten Besuchen in Israel entstand die Idee, das Therapiekonzept in einem Dokumentarfilm festzuhalten, um es so einer breiten Öffentlichkeit und vor allem Fachpublikum v. a. aus Jugendhilfeeinrichtungen als Lehrmaterial zur Verfügung zu stellen. Nach mehrjähriger Vorbereitungszeit konnten wir Dietmar Lyssy, Geschäftsführer der Bilderfest GmbH, München, für das Projekt gewinnen. Der Film wurde durch zahlreiche Spenden von Privatpersonen und Stiftungen finanziert. Krischan Dietmaier gelang es in mehrwöchigen Dreharbeiten im Heim, das Therapiekonzept in emotional bewegenden Bildern einzufangen. Darüber hinaus wird im Film auf die Lebensgeschichte von Chezzi Cohen Bezug genommen. Der Film mit der Länge von 40 Minuten liegt dieser Festschrift als DVD

bei und kann bei der Ärztlichen Akademie zusätzlich bestellt werden.

Das Jerusalem Hills Therapeutic Center: Auf einem unscheinbaren Gelände vor den Toren Jerusalems, umgeben von einem hohen Zaun, bekommen hier 80 Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalt und Missbrauch, Vernachlässigung und Krieg wurden, ein neue Chance. Es ist ein „Auffangbecken für verwundete Seelen", die durch alle sozialen Netze und Institutionen gefallen sind und deren Wege unter normalen Umständen dauerhaft in der psychiatrischen stationären Versorgung, im Maßregelvollzug oder im Gefängnis enden würden. Das Jerusalem Hills Therapeutic Center ist längst ein Kinderheim, das weit über die Grenzen Israels bekannt ist. Es ist das Lebenswerk des Psychoanalytikers Chezzi Cohen. Sein ganz eigenes und ganzheitliches psychoanalytisches Konzept schafft, dass etwa 60–70 Prozent der Kinder das Heim mit einer gesunden und entwickelten Persönlichkeit verlassen – eine Erfolgsquote, die unter Fachleuten weltweit für Staunen und Bewunderung sorgt.

Cohen, der im Alter von sechs Jahren mit seiner Familie aus Nazideutschland nach Palästina floh, hat über 40 Jahre das Heim geleitet und dabei eine Therapie entwickelt, die in ihrer Konsequenz und Professionalität ihresgleichen sucht. Bis zu fünf Jahre werden die Kinder hier kontinuierlich be-

handelt. Kern des Konzepts: Jede Situation während des Tages wird als Therapiesituation verstanden: Aufstehen, Zähneputzen, Essen, Schulbesuch oder Freizeit – alles ermöglicht den Therapeuten und Erziehern, eine bedeutsame Beziehung mit den Kindern aufzubauen, einen „potential space“. In diesem „Beziehungsraum“ holen die Kinder essentielle Erfahrungen nach, die sie in ihrer frühkindlichen Entwicklung verpasst haben. Es ist die Keimzelle für den Neuaufbau eines intakten Selbst. Ermöglicht wird dieser Raum durch feste Strukturen und Abläufe, eine individuelle und kontinuierliche Betreuung, minimalen Mitarbeiterwechsel, intensiven Dialog und die Verknüpfung aller Lebensbereiche innerhalb des Heims. Gleichzeitig haben die Kinder die Möglichkeit, ihre seelischen Probleme und ihre Verhaltensauffälligkeiten auszudrücken. Der Aufenthalt im Heim ist weder an Bedingungen noch Leistungsbeweise geknüpft. Ein Resultat: die Therapie kommt fast gänzlich ohne Medikamente aus. Und auch die Mitarbeiter werden einbezogen. Von der Köchin bis zum Heimleiter – jeder im Heim bekommt kontinuierlich Supervision, erfährt sich selbst in Gesprächsgruppen, Therapiesitzungen und Fortbildungen.

Der Film „Die Zweite Geburt“ arbeitet die Ideen und Prinzipien von Cohens Heimkonzept bildsprachlich aus und zeigt, wie sie im Heimalltag Realität werden. Der Film verzichtet dabei gänzlich auf einen Sprechertext, schöpft seine Kraft ganz aus den inspirierenden und emotionalen Originalaufnahmen der Psychologen, Lehrer und Erzieher und folgt in intimen und sensiblen Szenen dem Alltag der Kinder. Dezent animierte Schrifttafeln ordnen und ergänzen den Film, führen Begriffe ein und verweben die verschiedenen Gestaltungsebenen

zu einem Ganzen. Ein Wechsel aus monochromen und farbigen Bildern gibt dem Film nicht nur eine eigene Ästhetik, sondern unterstützt den Perspektivenwechsel von gelebtem Heimalltag zu psychoanalytischem Konzept. Am Ende des Filmes steht die Erkenntnis, dass Cohens ganzheitliches Heimmodell nicht nur das Zeugnis eines inspirierenden und ungewöhnlichen Psychoanalytikers ist, sondern ein konkretes Leitbild für die erfolgreiche Therapie von schwer traumatisierten Kindern – ein Film über ein einzigartiges Therapiekonzept und seine Menschen, die mit Leidenschaft, Intuition und Professionalität jeden Tag aufs Neue kleine Wunder bewirken.

Literatur

- Cohen, Yecheskiel (2014): Das traumatisierte Kind; Psychoanalytische Therapie im Kinderheim, Verlag Brandes & Apsel, Film „Die zweite Geburt“ inklusive.
- DVD: „Die Zweite Geburt“: Eine Dokumentation über die Behandlung schwer traumatisierter Kinder. Produziert von Bilderfest GmbH, 2014, Format 16:9, Stereo, Sprache Deutsch und Englisch, Laufzeit 40 Minuten.

Der Plämokasten der Ärztlichen Akademie

Bertke Reiffen-Züger

Die Ärztliche Akademie hat mit dem von uns entwickelten Plämokasten ein projektives Verfahren geschaffen, das anhand von ausgewähltem Spielmaterial aus dem Spieleportfolio der Firma geobra Brandstätter Stiftung & Co. KG, dem Hersteller von Playmobil®, bewusste und unbewusste Konflikte und Probleme bei Kindern zur Darstellung bringen kann. Kinder stellen im Spiel reale und phantasierte Welten dar, die einen Einblick in ihr Innenleben ermöglichen können. Der Psychotherapeut kann über das Spiel Kontakt zum Kind aufnehmen, in den gemeinsamen „intermediären Spiel-Raum" eintreten und dabei sowohl zur psychodynamischen Diagnose gelangen als auch eine spieltherapeutische Behandlung durchführen.

Diagnostik und Spiel mit Miniaturfiguren

Das Spiel ist die Sprache der Kinder. Selbstvergessen können sie mit den kleinen Figuren ihre Welt zur Darstellung bringen. Kinder wollen ihre Welt auch mit ansprechenden, zeitgemäßen Materialien darstellen.

Schon seit vielen Jahren werden kleine Figuren für die psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung von Kindern verwendet. Zu nennen sind hier das Floorspiel (H. G. Wells), World-Technic (M. Lowenfeld), das Weltspiel (Ch. Bühler), das Sandspiel (D. Kalff) und der Scenotest (G. v. Staabs). Sie stammen alle aus dem letzten Jahrhundert und sind dementsprechend von ihrer Zeit geprägt. Sie variieren in der Anzahl und Art der Figuren, der Darbietungsform und der vorgesehenen Spielfläche. Der Scenotest ist für die Testdiagnostik konzipiert. Er eignet sich aufgrund der Fragilität der Figuren jedoch nicht zum Einsatz als interaktiver „Spielkasten". Hier gibt es eine begrenzte Anzahl von festgelegten Figuren, und die Fläche für den diagnostischen Einsatz ist vorgegeben und begrenzt. Es gab immer wieder Widerstand gegen eine Erneuerung der Figuren im Scenotest. Von Staabs lehnte Veränderungen schon

deshalb ab, weil dadurch eine Standardisierung nicht gewährleistet sei. Beim Sandspiel hingegen gibt es eine nicht genormte auch größere Anzahl sehr unterschiedlicher Figuren, die in verschiedenen Sandkästen verwendet werden können.

Eine Spielfigur hat im Rahmen der relationalen Psychotherapie an sich keine feste Bedeutung. Die individuelle und konkrete Bedeutung kann völlig anders sein, als gemeinhin angenommen. Es kommt beim Spiel mit den Figuren immer auf den Kontext an. Es ist zu fragen, warum dieses Kind in dieser Situation zu dieser Zeit in meiner Anwesenheit (bei unserem gemeinsamen

Spiel) diese Figur einsetzt. Welche Phantasie verbindet sich damit, welche Identifikation, welche Projektion, welche Abwehr spielt hier eine Rolle, und warum? Oft wissen wir es einfach nicht. Ein Besen z. B. kann zum Fegen genutzt werden, als Hexe kann man darauf reiten, als aggressives Gerät kann er zum Schlagen verwendet werden, vielleicht soll es eine Fahnenstange oder einfach eine Stütze sein. Jedem fällt vielleicht noch vieles mehr zum Besen ein. Wir schauen also nicht nur, welche Figur gewählt wird, sondern auch danach, was das Kind mit dieser Figur in seinem Spiel (seiner Szene) macht. Wir schauen, wo sie auf der Fläche steht, mit wem sie kommuniziert und welche Rolle sie in dieser Spielphase überhaupt einnimmt.

Der Plämokasten erfüllt Anforderungen an modernes Spielmaterial

Man könnte nun meinen, dass eigentlich jedes Material beliebig für alles verwendet werden könnte und wir gar kein spezifisch ausgewähltes Spielzeug bräuchten. Dem ist nicht so. Kinder sprechen oft nicht mit Worten, sondern mit ihrem Spielen. Spielen ist – wie der Traum beim Erwachsenen – „der Königsweg zum Unbewussten". Spielen findet bedeutend leichter mit dem passenden Spielzeug statt. Und gerade die Arbeit mit den kleinen Spielfiguren öffnet oft das „Fenster zu den Gespenstern" wie von selbst.

Schon vor 15 Jahren hatten Manfred Endres und Gaby Fuhrmann die Idee, einen neuen Test- und Spielkasten mit Playmobilfiguren zu entwickeln. Seit 2012 gibt es ihn.

Mit der Entwicklung des Plämokastens sehen wir uns in der Tradition der Pioniere der Kinderanalyse, insbesondere der Vorgänger im Spiel mit Miniaturfiguren. Wir haben die Figuren und die Spielfläche selbstverständlich nicht beliebig ausgewählt, sondern uns von den folgenden Überlegungen leiten lassen (vgl. Lehmhaus & Reiffen-Züger 2018).

Psychotherapeutisch und diagnostisch brauchbares Spielmaterial sollte aus unserer Sicht:

- für die jeweils verschiedenen Alters- und Entwicklungsstufen geeignet sein
- sowohl regressive als auch progressive Tendenzen erlauben
- die Kontaktherstellung mit dem Psychotherapeuten erleichtern
- einen hohen Wiedererkennungswert für den Patienten haben, weil Vertrautes Scheu und Verunsicherung vertreiben kann
- Kreativität und eigenes Tun erlauben und fördern
- von der Norm abweichende Nutzung erlauben
- Projektionen auf Mensch-, Tier- und Phantasiefiguren sowie sonstige Gegenstände ermöglichen
- die Phantasie des Kindes anregen, ihm den Als-Ob-Raum öffnen, und dem Rollenspiel eine Bühne geben

- Szenen anregen, die sowohl bedeutsame innerpsychische als auch aktuelle Konflikte im realen Umfeld zur Darstellung kommen lassen
- dem Psychotherapeuten helfen, das Kind bei seiner Abenteuerreise ins Unbewusste oder in seiner Auseinandersetzung mit den aktuellen Problemen im „Hier und Jetzt", verstehend und unterstützend beiseite stehen zu können
- es soll einfach handhabbar, strapazierfähig, leicht zu reinigen, und möglichst stabil sein.

Playmobilfiguren sind bereits von ihrer Konzeption her zum Als-ob- und Rollenspiel gedacht und erfüllen auch sonst (in einer angepassten Zusammenstellung) die obenstehenden Anforderungen.

Inhalt des Plämokastens

Bewusst wurde bei der Zusammenstellung des Spielmaterials des Plämokastens auf die von Playmobil vorgegebene thematische Ordnung (Spielwelten) verzichtet. Wir orientierten uns zum Teil am Scenotest, aber vor allem an den Anforderungen der OPD-KJ sowie an den wichtigen Lebens-, Phantasie- und Erlebensbereichen der heutigen Kinder und Jugendlichen.

Der große Kasten hat drei Ebenen, wobei zwei davon mit bunten Kästchen bestückt sind. Auf der oberen Ebene sind Lebewesen im weitesten Sinne untergebracht.

In jeweils separaten Kästchen finden sich:

- Männer (u. a. Polizist, Feuerwehrmann, Arzt, Bauarbeiter)
- „böse", eher aggressiv anmutende oder angstmachende Männer (Ritter, Kämpfer, Piraten, Räuber)
- Frauen (u. a. Reinigungskraft, Ärztin, Polizistin, Bäckerin, Piratin)
- Jugendliche, Kinder, Königsfamilie
- Menschen aus fernen Ländern (Indianer, Ägypter, Steinzeitmenschen)
- eher positiv anmutende Phantasiefiguren (Fee, Einhorn)
- eher angstmachende oder negativ konnotierte Phantasiefiguren (Zauberer, Hexe, Drachen, Skelett)
- große und kleine Haus- und Hoftiere
- eher positiv anmutende und eher negativ anmutende und angstmachende freilebende und Zoo-Tiere

Als Kulissenmaterial fürs Rollenspiel gibt es auf den beiden weiteren Ebenen:
Materialien für Wohnzimmer, Küche, Bad, Schlafzimmer, Kinderzimmer, Schulzimmer, Krankenzimmer, Baustelle, Sandkastenspiel, Familienauto, weitere Kinderfahrzeuge und ein Wohnhaus, sowie Zäune, Versteckmöglichkeiten und einen Stall.

Weiter gibt es archetypisches Material: (Wald-) Bäume, eine Wiese, Blumen, Wasser (Ententeich), Feuer, Brunnen.

Eine Vielzahl an Accessoires zur Akzentuierung einzelner Figuren rundet das Spielmaterial des Plämokastens ab:
Waffen aller Art, Schätze verschiedener Art, Esswaren, Haushaltswaren, Kleidung, Spielzeug u. v. m.

Der Plämokasten eignet sich nicht nur für die Diagnostik, sondern ist in Kompaktform Spielmaterial, das unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes der über 3-jährigen Kinder bis ins Jugendlichenalter hinein auch zur psychodynamischen Therapie geeignet ist.

Speziell für die Teilnehmer der Psychotherapielehrgänge der Ärztlichen Akademie wurde darauf geachtet, dass das psychotherapeutische Spiel oft in den nicht speziell für Kinderpsychotherapie eingerichteten Räumlichkeiten der Kinderarztpraxis stattfindet. So wurde ein spezieller Koffer für das Material entworfen, der transportabel ist, leicht verschlossen und abgeschlossen werden kann. Für diesen großen Kasten können auf Wunsch Rollen mitgeliefert werden.

Es gibt auch einen kleineren Kasten mit nur zwei Ebenen, der entsprechend weniger Material enthält und nicht alle Bereiche abdecken kann. Für einen Einsatz in der Diagnostik ist er dennoch geeignet.

Zusammenarbeit mit Playmobil

In vielen Gesprächen und Versuchen wurde der Plämokasten zusammengestellt und hat seine heutige Form erhalten. Die Firma Playmobil, mit der die Ärztliche Akademie einen mehrjährigen Vertrag abgeschlossen hat, ändert ihr Sortiment kontinuierlich, wodurch auch wir alle 1–2 Jahre eine Anpassung des Materials vornehmen müssen. Das führt dazu, dass eine ständige Modernisierung stattfindet, bei der wir immer wieder überlegen, welche einzelnen Figuren als Repräsentanten im Sinne unserer Kriterien für die neue Charge ausgewählt werden. Es gibt also keinen standardisierten Test-Kasten, sondern einen Kasten, der Diagnostik und psychotherapeutisches Spiel auf dem neuesten Stand des kindlichen Spielens für sich in Anspruch nehmen kann. Jeder Psychotherapeut kann selbstverständlich nach seinem Gutdünken Figuren hinzunehmen oder entfernen (z. B. auch ganze Kästchen mit Kleinmaterial) sowie weitere Materialien verwenden (Stoffe, Teppichreste, Pfeifenreiniger, Papier, Folie, Seile und Bänder u. v. m.). So hat z. B. ein

Patient ein grünes Tuch als Wiese hinzugenommen und die wilden Tiere mit Hilfe von Loom-Bands (Gummiringe) an die Kette gelegt, wie man im Bild links sehen kann.

Die OPD-KJ als theoretische und praktische Grundlage

Die Erfahrungswelt der Kinder ist viel weiter und vielschichtiger als in der klassischen Triebtheorie angenommen, was bei der psychodynamischen Diagnosefindung nach OPD-KJ-2 auch eindeutig zum Tragen gekommen ist. Neben den Konflikten geht es bei dieser erweiterten Diagnostik auf der Grundlage der psychodynamischen Theoriebildung auch um psychische Struktur, Beziehungsgestaltung und Behandlungsvoraussetzung. In der überarbeiteten Ausgabe von „OPD-KJ-2 Grundlagen und Manual“ (2016) werden für die diagnostische Untersuchung neben dem Einsatz von Spielmaterialien (z. B. Scenotest) weitere projektive Testverfahren vorgeschlagen, wie das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B) nach Gabriele Gloger-Tippelt und Lilith König (s. Lehmhaus & Reiffen-Züger, 2017, S. 195 ff.) oder das Squiggle-Zeichenspiel nach Winnicott. Insbesondere für die Kinder der ersten Altersgruppe soll zur Befunderhebung sogar ausschließlich Spielmaterial verwendet werden, wobei die Spielinitiative zwar vom Kind ausgehen soll, aber „als Reaktion auf das Spielangebot des Kindes ist die aktive Teilnahme des Interviewers vorgesehen“ (Arbeitskreis OPD-KJ-2 et al., 2016). Das kann natürlich umso leichter gelingen, je mehr das Material ansprechend dargeboten wird, einen hohen Anforderungscharakter aufweist und damit sowohl dem Kind als auch dem Psychotherapeuten den Eintritt in den gemeinsamen, intermediären, intersubjektiven Raum erleichtert, wobei das Spielmaterial „das Dritte“ darstellt.

Eine wichtige Aufgabe kommt nun auf uns zu. Unter der Leitung von Prof. Dr. Martin H. Maurer wird in einem Forschungsprojekt der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg untersucht, ob das diagnostische Spiel mit dem Plämokasten tatsächlich in der Lage ist, die Achsen der OPD-KJ-2-Diagnostik abzubilden und zu einer validen Aussage über Art und Schwere der Erkrankung eines Patienten zu gelangen. Die Ethikkommission hat bereits „grünes Licht“ gegeben, so dass die Untersuchung bald beginnen kann.

Der Plämokasten innerhalb der Weiterbildung

Innerhalb der Weiterbildung der Ärztlichen Akademie wurde der Plämokasten von den Teilnehmern ausprobiert, wobei schnell deutlich wurde, dass sie den Kasten sehr begrüßen und ihn auch als Teil ihrer Selbsterfahrung verwenden können. Die Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen, die bereits mit dem Plämokasten in ihrer Praxis oder Einrichtung arbeiten, ist durchweg positiv. Vor allem haben diejenigen, die mit dem großen Kasten arbeiten, zurückgemeldet, dass sie ihn nicht

mehr missen möchten, da er nicht nur bei den meisten Kindern sehr gut ankomme, sondern auch ein schnelles und tiefes Eintauchen in die psychotherapeutische Arbeit ermögliche.

Ausblick

Sehr erfreulich ist, dass sich Sabine Prentl, die schon viele Jahre erfolgreich und gerne mit dem Plämokasten arbeitet, bereiterklärt hat, ab 2017 an der Entwicklung der 4. Auflage des Plämokastens mitzuwirken. Sie beteiligt sich zudem aktiv an den speziellen Plämokasten-Seminaren, die im Rahmen der Symposien der Ärztlichen Akademie in Brixen und Benediktbeuern regelmäßig stattfinden. Hier können auch bereits fertig ausgebildete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den Plämokasten kennenlernen und ihn an sich selber, gemeinsam mit anderen Teilnehmern, spielend ausprobieren. Es gibt schon Überlegungen, in naher Zukunft für die Ausbildungskandidaten eine Selbsterfahrungseinheit mit dem Plämokastenspiel anzubieten. Denn nicht nur die Kinder, sondern auch die Psychotherapeuten müssen spielen können, und das ggf. neu erlernen!

Ein Dankeschön

Bei der Umsetzung der Idee, einen Plämokasten zu entwickeln, bei der Zusammenstellung der Materialien und bei der praktischen Erprobung wurde mir jede erforderliche Hilfe von Seiten des Vorstandes der Ärztlichen Akademie zuteil. Und ohne die tatkräftige Mitwirkung von Birgit Schramm und Renate Flügel wäre das Projekt niemals zustande gekommen. Auch sei den vielen Kolleginnen gedankt, die mit Rat und Tat den Entstehungsprozess begleitet haben, und nicht zuletzt all denjenigen die mit den helfenden Händen bei der Verpackung und Versendung der bestellten Plä-

mokästen beteiligt waren. Es wurde viel in Eigenleistung erledigt, auch mit dem Ziel, den Kasten nicht zu teuer werden zu lassen. So etwas kann nur dann gelingen, wenn eine hohe Identifikation und auch Zufriedenheit mit dieser nun 40-jährigen Institution „Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ entsteht.

Aktuelle Literatur zur Psychodynamischen Diagnostik

Dagmar Lehmhaus und ich haben unsere theoretischen und praktischen Überlegungen zur „Psychodynamischen Diagnostik“ zusammengetragen, die – angereichert durch die Beiträge von Sibylle Moisl, Margret d‘Arcais-Strotmann, Christiane Pennecke, Gisela Enders und Ingeborg Minich – Anfang 2017 im Verlag Brandes & Apsel veröffentlicht wurden, worin dem Plämokasten ein eigenes Kapitel gewidmet ist.

Ein weiteres Buch von Dagmar Lehmhaus und mir mit dem Titel „Spiel und Spielen in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, in dem u. a. der Plämokasten sowohl theoretisch, entwicklungspsychologisch als auch praktisch als psychotherapeutisches Spielinstrumentarium behandelt wird, erscheint beim Kohlhammer Verlag in einer Lehrbuchreihe zur Kinderpsychotherapie, die von Arne Burchartz, Hans Hopf und Christiane Lutz herausgegeben wird.

Literatur:

- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (2016): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. 2. überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe
- Biermann, G., und Biermann, R. (1998): Das Scenospiel im Wandel der Zeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Heft 3, S. 186-202
- Bühler, Ch. (1951): The World Test: A projective technique. Journal of Child Psychiatry 2, S. 4–23
- Ermert, C. (1997): Scenotest Handbuch. Bern, Hans Huber
- Kalff, D. (2000): Sandspiel, seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München, Ernst Reinhard
- Lehmhaus, D., und Reiffen-Züger, B. (2017): Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Die Praxis projektiver Tests: Probatorik, Indikation und OPD-KJ. Frankfurt am Main, Brandes & Apsel
- Lehmhaus, D., und Reiffen-Züger, B. (2018): Spiel und Spielen in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Burchartz, A., Hopf, H., und Lutz, Ch. (Hrsg.): Psychodynamische Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Perspektiven für Theorie, Praxis und Anwendungen im 21. Jahrhundert. Stuttgart, Kohlhammer
- Reiffen-Züger, B., und Lehmhaus, D. (2017): Begleitheft zum Plämokasten. Eigenverlag der Ärztlichen Akademie München
- v. Staabs, G. (2004): Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewusster Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie. Bern, Hans Huber

Ausblick und Danksagung

Manfred Endres

Im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte hat sich die Ärztliche Akademie zu einer Institution entwickelt, die für viele Berufsgruppen im Bereich der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Fort- und Weiterbildung sowie Möglichkeiten zum kollegialen Austausch anbietet. Die Ärztliche Akademie ist zur beruflichen Heimat für viele Kolleginnen und Kollegen geworden, die im kindertherapeutischen Bereich tätig sind. Um dem Wunsch nach weiteren Fortbildungsveranstaltungen zur Vertiefung behandlungstechnischer Kompetenz Rechnung zu tragen, findet im Herbst 2018 erstmals eine Psychotherapiewoche auf Kreta statt. Hier bieten wir behandlungstechnische Seminare vor allem jenen Kolleginnen und Kollegen an, die ihre kinderpsychotherapeutische Weiterbildung bereits abgeschlossen haben.

Ein weiterer Schwerpunkt künftiger Aktivitäten der Ärztlichen Akademie wird in der Entwicklung und Förderung von präventiven und therapeutischen Angeboten im Kleinkindbereich sein, da wir hier ein großes Potential hinsichtlich langfristiger Verbesserung der psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen und deren Familien und letztendlich auch von Erwachsenen sehen.

Künftig wird sich die Ärztliche Akademie auch in der Fortbildung von Beschäftigten in Jugendämtern und Einrichtungen der Jugendhilfe, in Kindertagesstätten und Kindergärten sowie im klinischen Sektor in Tageskliniken und kinderpsychiatrischen und kinderpsychosomatischen Kliniken engagieren. Bei diesen Fortbildungsveranstaltungen kann sehr gut der von der Ärztlichen Akademie produzierte Dokumentarfilm „Die Zweite Geburt“, der dieser Broschüre beiliegt, eingesetzt werden. Dabei möchten wir Impulse setzen, dass künftig Mitarbeitern in stationären Einrichtungen, aber auch in staatlichen Stellen bundesweit mehr Fortbildung und Supervision angeboten wird.

Die Ärztliche Akademie hat stets die Entwicklung und Verbesserung der psychotherapeutischen Weiterbildung als ein primäres Ziel verfolgt, vor allem um die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend in hoher Qualität zu gewährleisten. Künftige Fort- und Weiterbildungsangebote wollen wir im Dialog mit den Mitgliedern der Ärztlichen Akademie konzipieren und freuen uns jederzeit über Anregungen.

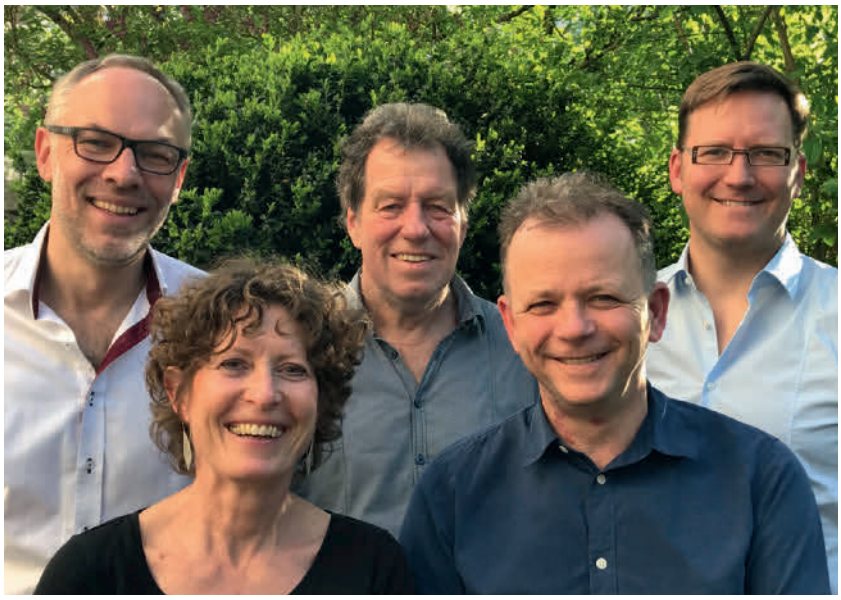
Ganz herzlich möchte ich mich bei allen bedanken, die mit ihren Beiträgen und Anregungen zum Gelingen zur Festschrift beigetragen haben. Mein besonderer Dank gilt Christine Scholz, Birgit Schramm und Christian Rexroth. Sie haben federführend an der Zusammenstellung der Festschrift gearbeitet, hartnäckig um die Einsendung der versprochenen Beiträge gebeten und viel Freizeit geopfert, die Beiträge zu redigieren und Korrektur zu lesen.

An dieser Stelle möchte ich auch allen danken, die die Ärztliche Akademie in den letzten Jahrzehnten unterstützt und gefördert haben. Dazu zählen:

- Alle Referentinnen und Referenten, die über viele Jahre für ein hohes Niveau und eine kreative und herzliche Atmosphäre in Seminaren und Vorträgen gesorgt haben.
- Alle Vorstandsmitglieder und Beiräte, die insbesondere in den letzten Jahren viel Freizeit für die Ärztliche Akademie geopfert haben.
- Renate Flügel, Katja Lechner, Birgit Schramm, Christine Scholz und Juraj Gregor, die seit vielen Jahren die Organisation der Geschäftsstelle begleiten und besonders zum Gelingen der Tagungswochen vor Ort beitragen.
- Unsere Gastgeber, die Katholische Stiftungshochschule in Benediktbeuern, das Zentrum für Umwelt und Kultur in Benediktbeuern, die Cusanus-Akademie in Brixen, das Priesterseminar in Brixen, die uns alle herzlich aufnehmen und zur angenehmen Atmosphäre der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen beitragen.
- Die Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse, mit der die Ärztliche Akademie auf unterschiedlichsten Ebenen vernetzt und mittlerweile durch einen Kooperationsvertrag verbunden ist.
- Die Gesellschaft RG, Gesellschaft für Information und Organisation mbH, die uns in der Verbreitung unserer Programme unterstützt.
- Roland Apsel vom Brandes & Apsel Verlag, der uns seit vielen Jahren unterstützt, Kontakte zu neuen Referenten herzustellen und Referentinnen und Referenten der Ärztlichen Akademie Publikationen ermöglicht.
- Die Lehmanns Media GmbH, die nun seit einigen Jahren im Rahmen der Weiterbildungswochen einen Bücherstand organisiert.
- Dietmar Lyssy und Krischan Dietmaier von Bilderfest GmbH, die mit großem persönlichen und finanziellen Engagement die Realisierung des Dokumentarfilmes „Die Zweite Geburt“ ermöglicht haben sowie alle Spender, die das ehrgeizige Projekt unterstützt haben.
- geobra Brandstätter Stiftung & Co. KG, die die Voraussetzungen für die Entwicklung des Plämokastens geschaffen haben, indem wir, auf unsere Wünsche zugeschnittene Sonderbestellungen abrufen können.
- Benno Marstaller KG, die uns unterstützen, den Plämokasten zu produzieren und den Vertrieb übernehmen.
- Nicht zuletzt gilt mein ganz besonderer Dank allen Mitgliedern der Ärztlichen Akademie und all denjenigen, die als Teilnehmer zum Gelingen und zur Atmosphäre der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen beitragen.

Ihr

Der Vorstand



v. l. n. r.:
Sven Lienert,
Petra Sobanski,
Manfred Endres,
Michael-Andor Marton,
Christian A. Rexroth

Dr. med. Sven Lienert
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie; Psychotherapeut, tiefenpsychologisch fundiert, niedergelassen in eigener Praxis in Nürnberg.

Dr. med. Petra Sobanski
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin; Psychotherapeutin, tiefenpsychologisch fundiert; leitende Oberärztin in der Klinik für Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters im Klinikum München-Schwabing in München.

Dr. med. Manfred Endres
Facharzt für Psychosomatische Medizin, Humangenetiker; Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, niedergelassen in eigener Praxis in München.

Dr. med. Michael-Andor Marton
Facharzt für Kinder und Jugendmedizin; Leiter Sozialpädiatrisches Zentrum; stellvertretender Ärztlicher Direktor am kbo-Kinderzentrum in München.

Dr. med. Christian A. Rexroth
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Psychotherapeut, tiefenpsychologisch fundiert; Forensischer Kinder- und Jugendpsychiater; Chefarzt Zentrum Amberg, Cham und Weiden; Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg.

Wissenschaftlicher Beirat

Der Vorstand der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie hat 2005 einen Wissenschaftlichen Beirat berufen. Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats ist laut Satzung der Ärztlichen Akademie „ ... die Beratung des Vorstandes hinsichtlich der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Ärztlichen Akademie nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auf dem Gebiet der Psychotherapie."
Neue und wichtige Impulse finden so Eingang in unser psychotherapeutisches Fort- und Weiterbildungsprogramm, die kinder- und jugendpsychotherapeutische Arbeit wird verbessert. Durch die Zusammensetzung des Beirats aus den verschiedensten Bereichen der kinder- und jugendärztlichen psychotherapeutischen Versorgung wird die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Instituten gefördert.
Vielen Dank an alle Mitglieder des Beirats für die aktive Unterstützung unseres Anliegens.

Dr. med. Hildgund Berneburg
Fachärztin für Anästhesie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und in eigener Praxis als Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie in Würzburg niedergelassen. 2011 übernahm sie als 1. Bundes-Vorsitzende die Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte e. V. (VPK), deren Geschäftsstelle in München sitzt. Im November 2017 wurde sie erneut als Delegierte in die Delegierten Versammlung der Bayerischen Landesärztekammer gewählt.

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch MBA
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie FMH, Vertrauensarzt SGV sowie Chefarzt und stellvertretender Geschäftsleiter der Modellstation SOMOSA in Winterthur.

Dr. phil. Peter Bründl
Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in freier Praxis in München, außerdem: Dozent, Supervisor (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), Lehranalytiker (MAP, DGPT).

Dr. Yecheskiel Cohen
Lehranalytiker der Israelischen Psychoanalytischen Gesellschaft und der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, Klinischer Psychologe und 40 Jahre Direktor des B'nai B'rith Residential Treatment Centre in Jerusalem.

Prof. Dr. Reinhard Fatke
Emeritierter Professor für Pädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Sozialpädagogik und Alt-Dekan der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Elke Fietzek
Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, tätig als Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in freier Praxis in Feucht bei Nürnberg, Lehranalytikerin, Supervisorin.

Dr. med. Tamara Jacubeit
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Lüdenscheid.

Dipl.-Med. Hendrik Karpinski
Kinderarzt und Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Niederlausitz GmbH.

Prof. Dr. Vera King
Professur für Soziologie und psychoanalytische Sozialpsychologie an der Goethe Universität Frankfurt und Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts.

Dipl.-Soz. Dagmar Lehmhaus
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Familientherapeutin in Sprockhövel und Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf e. V.

Prof. Dr. Martin H. Maurer
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Physiologie, Fachgebundene Genetische Beratung am MVZ Krankenhaus Bad Cannstatt gGmbH und Oberarzt am Mariaberg Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie gGmbH.

Sibylle Moisl
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in München, Dozentin und Supervisorin der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München, der MAP München, der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., des ÄWK München, Arbeitsschwerpunkte EKP sowie Adoleszenztherapie.

Prof. Dr. med. Michele Noterdaeme
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Chefärztin in der Klinik Josefinum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Augsburg.

PD Dr. med. habil. Fernanda Pedrina
Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin (FMH), Psychoanalytikerin (PSZ), Kinderanalytikerin (ACP). Sie ist Privatdozentin an der Universität Kassel (Habilitation 2005) und Lehrbeauftragte bei verschiedenen psychotherapeutischen Ausbildungscurricula. Ehemalige Schweizer Präsidentin der GAIMH (deutschsprachige Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit).

Dipl.-Soz.-Päd. Sabine Prentl
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis in Rosenheim und Ausbildungsdozentin und Supervisorin am Centrum für integrative Psychotherapie in München.

Prof. Dr. paed. Eva Rass
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit eigener Praxis niedergelassen in Buchen. Sie übernimmt Lehrtätigkeiten an der Hochschule Mannheim (Fakultät Sozialwesen), ist Supervisorin und Dozentin an diversen tiefenpsychologischen und analytischen Instituten. Forschungsschwerpunkt: Affektregulationstheorie und Bindungstheorie mit zahlreichen Veröffentlichungen.

Dr. med. Klaus Räder
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Kinderpsychosomatischen Ambulanz in Nordhorn.

Dipl.-Päd. Bertke Reiffen-Züger
Dipl.-Pädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Supervisorin in Osnabrück.

Dr. med. Axel Rösche
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoanalytiker (DPG/IPV) und Supervisor (BLÄK) in Nürnberg.

Dipl.-Soz. Ingegerd Schäuble
Dipl.-Soziologin, Supervisorin DGSv, Gründerin des Schäuble Instituts für Sozialforschung in München.

Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke
Leiterin der Abteilung Entwicklungspsychologie an der Universität Mainz. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Beziehungsentwicklung (Väter, Geschwister, romantische Partner, Bindung), Stress und Coping. Als Psychoanalytikerin (DPV) ist sie in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichentherapeuten tätig.

Dr. med. Karin Trübel
Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis in Bern, Schweiz.

Dr. med. Matthias Wenck
Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche und Erwachsene für Einzel- und Gruppentherapie in eigener Praxis in Markt Schwaben.

Dipl.-Psych. Ursula Wienberg
Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene für Einzel- und Gruppentherapie in eigener Praxis in Markt Schwaben. Lehranalytikerin (DGPT, MAP) und Gruppenlehranalytikerin (D3G, MAP und IGA Heidelberg).

Markus Züger
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie in Privatpraxis für Jugendliche und Erwachsene und Supervisor in Osnabrück.

Referenten der Ärztlichen Akademie

A

Abdallah-Steinkopff, Barbara
Abeken, Hans
Abraham, Ada
Adam, Alfred
Adam, Rudolf
Alfred, Adam
Arit-Steyrer, Brigitte
Arndt-Langer, Angelika
Arp, Annelies
Atantajev, Marat
Auchter, Thomas
Avé-Lallemant, Ursula

B

Bachmann, Ingeborg
Baethge, Gisela
Bang, Claus
Barczewski, Ursula
Bareither, Christoph
Barwinski, Rosmarie
Bauer, Joachim
Bauers, Walter
Baumann, Andrea
Baumgart, Matthias
Baumgartner, Christine
Baumgartner, Wolfgang
Baumgartner, Christine
Beck-Dvoržak, Maja
Becker, Stephan
Behren, Mechthild
Berger, Margarete
Bergmann, Wolfgang
Berna, Jacques
Berna-Glantz, Rosemarie
Berneburg, Hildegund
Berns, Inge
Berns, Ulrich
Beushausen, Ulrich
Bielicki, Julian
Biermann, Gerd
Biermann, Renate
Bilke, Oliver
Bilke-Hentsch, Oliver
Boenigk, Hans-Erich
Böhm, Rainer
Borchart, Christian
Bornemann, Ernest
Borns, Sylvia
Bosselmann, Rainer
Brainin, Elisabeth
Brauerhoch, Eleonora
Braun-Scharm, Hellmuth
Braunbehrens, Vera
Breuer, Monika
Brisch, Karl-Heinz
Bronfen, Elisabeth
Bründl, Peter
Bründl, Juliane
Brunner, Ramuald
Buchholz, Michael
Bühlmann, Rudolf
Burgerová, Jana
Bürgin, Dieter
Burkhardt-Mußmann, Claudia
Buschalla, Susanne
Butollo, Willi
Butollo-Kerciku, Andrea

C

Candotti, Olivia
Cluß, Hans-Peter
Cohen, Yecheskiel
Conca, Andreas

D

d'Arcais-Strotmann, Margret
Daucher, Kaj
Deneke, Christiane
Deuerlein, Isabella
Dieckmann, Hans
Diepold, Barbara
Dierksen, Thomas
Dieter, Arnold
DiGallo, Alain
Dill, Renate
Dirksen, E.
Döhmann, Michael
Domanski, Remigius
Dose, Barbara
Dotterweich, Lucia
Dowling, Terence

Dreiner, Monika
Drücke, Manfred
Drunkenmölle, Hans-Rudolf

E

Eberspächer, Barbara
Eggers, Christian
Ehret, Alfred
Eibach, Hannelore
Eiden, Stefanie
Elschenbroich, Gabriele
Emrich, Hinderk
Enders, Angelika
Endres, Manfred
Engelhard, Karl
Erner-Schwab, Christiane
Erös, Reinhard
Eschenbach, Ursula
Essakoff, Renate
Esser, Doris
Euerbeck, Hans

F

Fahmüller, Herrmann
Fahrig, Hermann
Farin, Klaus
Fathmüller, Hermann
Fatke, Reinhard
Federn, Ernst
Feidel, Dieter
Fellner, Markus
Fietzek, Elke
Figdor, Helmuth
Fink, Benedykt
Fleischer-Peters, Annette
Focken, Adalbert
Förg, Franz-Xaver
Förster, Eckart
Frank, Reiner
Franz, Matthias
Freud, Ernest
Friedrich, Eva
Friedrich, Hannes
Frohn, Elke
Frost, Wolfgang
Frühmann, Edmund
Fuchs, Marianne
Fuhrmann, Gabriele

G

Gäde, Carola
Gadner, Waltraud
Gaertner, Hansjörg
Ganzer, Christian
Georgi, Hans
Gerbitz, Gudrun
Gerlicher, Karl
Gerlitz, Elke
Gessl, Katrin
Gfäller, Georg
Giese, Renate
Gill, Werner
Glorius-Josefowicz, Angelika
Gneist, Joachim
Gold, Isabella
Gonseth, Jean-Paul
Grave, Egon
Grell, Petra
Grewe, Franziska
Gries, Veronika
Gröninger, Siegfried
Gröninger, Leonore
Grossmann, Karin
Gruen, Arno
Gudden, Cornelia
Günter, Michael

H

Haar, Rüdiger
Haarer, Johanna
Haen, Ekkehard
Haenchen, Hede
Haermann, Magdalene
Hagn-Siebert, Margit
Hahn, Bärbel
Halevy, Christel
Halwax, Elisabeth
Hamburger, Andreas
Hanefeld, Folker
Hanus, Veronika
Harnatt, Jochen
Hartmann, Hans-Peter

Hauser, Susanne
Hédervári-Heller, Éva
Heimler, P. Adolf
Heimlich, Ulrich
Heitz, Gertrud
Held, Thilo
Held, Sieglinde
Hellenschmidt, Tobias
Hellmann-Bachhaus, Ulrike
Hellmann-Brosé, Reinhard
Henning, Gudrun
Henning, Jan
Herdeis, Clarissa
Herrn, Friedrich
Herzka, H. Stefan
Heuter, Walter
Heynen, Susanne
Hinsch, Ulrike
Hirblinger, Annedore
Hirblinger, Heiner
Höck, Sabine
Hofer-Moser, Albin
Hoffmann, Richard
Höfler, Richard
Höger, Christoph
Holder, Alex
Hölterschinken, Dieter
Hopf, Hans
Horn, Günther
Hübner, Günter
Hucke, Sigrid
Hummel, Peter
Hummel, Gerhard
Huth, Ernst
Hutz, Pieter

I

Israel, Agathe

J

Jacubeit, Tamara
Jansen, Fritz
Janus, Ludwig
Janz, Gabriele
Jun , Gerda
Jungjohann, Eugen
Jurczyk, Karin

K

Kaiser, Wolfgang
Kammerl, Rudolf
Karpinski, Hendrik
Kaschnitz, Wolfgang
Kaspar, Jakob
Kasüschke, Hans-Peter
Keilson, Hans
Keller, Heidi
Keller-Husemann, Ursula
Kemper, Johannes
Kiesmann, Edda
King, Vera
Kiphard, Ernst
Kipp, Hilde
Kittler, Erika
Kitzbichler, Ulrike
Kivelitz, Herrmann
Klessmannn, Edda
Klosinski, Gunther
Klussmann, Rudolf
Knehr, Edeltraut
Knoller, Lotte
Koch, Eginhard
Koch, Birgit
Kogan, Ilany
Köhler, Lotte
Köhn, Wolfgang
Koller, Lotte
König, Christian
Köppen, Lore
Korte, Alexander
Kos-Robes, Marta
Kottje-Birnbacher, Eleonore
Kramer, Edith
Krappmann, Lothar
Krause, Rainer
Krebs, Heinz
Kretz, Helmut
Krietsch, Sophia
Kroner, Nina
Kronmüller, Klaus
Kruse, Rolf

Kudritzki, Sebastian
Kuhn, Hubert
Kühne, Herrmann
Kuntze, Wolfgang

L

Lachauer, Rudolf
Lamby, Johanna
Landau, Erika
Lang, Franz
Lang-Langer, Ellen
Langer, Inghard
Larbig, Wolfgang
Lauter, Hans
Lazar, Ross Allen
Lehmann-Scherf, Gudrun
Lehmhaus, Dagmar
Leikert, Sebastian
Lempp, Reinhart
Lenk-Ostendorf, Hartmut
Lenz, Gisela
Leuner, Hanscari
Leyer, Emanuela
Liacopoulos, Ilias
Liacopoulos, Daisy
Lienert, Sven
Lorenz-Purkert, Ulla
Ludwig-Körner, Christiane
Lupu, Constantin

M

Mangold, Burkhart
Mannhart, Adelina
Mansour, Ahmad
Massing, Almuth
Mau-Endres, Birgit
Melchers, Christoph
Menzel, Hilde Elisabeth
Mertens, Wolfgang
Metzger, Hans-Geert
Metzmacher, Bruno
Meyer, Joachim-Ernst
Mika, Shima
Minich, Inge
Mögel, Maria
Möhring, Peter
Moik, Christian
Moisl, Sibylle
Moisl-Faas, Daniela
Moor, Paul
Moser, Alexander
Mrochen, Siegfried
Müller, Ute
Müller-Hohagen, Jürgen
Müller-Wiedemann, Hans
Murken, Barbara

N

Nachtigall, Irmgard
Naumann-Lenzen, Michael
Nedelmann, Carl
Neidha, Wolfgang
Neidhardt, Wolfgang
Neraal, Terje
Nerz, Daniela
Neuhaus, Norbert
Neuhaus, Robert
Neupert, Stefan
Niedecken, Dietmut
Nil, Verena
Noelle, Petra
Noterdaeme, Michele

O

Ohlig, Adelheid
Opp, Joachim
Otscheret, Elisabeth
Overbeck, Annegret

P

Paetzold, Ulrich
Palme, Hans-Jürgen
Pamuk, Kerim
Papageorgiou, Agis
Papoušek, Mechthild
Papoušek, Hanuš
Pedrina, Fernanda
Peled, Elisheva
Pelz, Georg
Pennecke, Christiane
Peres, Ernst
Perinelli, Karina
Peseschkian, Nossrat

Peseschkian, Nawid
Peseschkian, Manije
Petri, Horst
Peyerl, Christine
Pfannschmidt, Hansjörg
Piehler, Rolf
Piers, Maria
Piskorz, Johannes
Plank, Emma
Postpischil, Stefan
Prentl, Sabine
Pupp, Heidrun

R

Räder, Klaus
Rahlf, Andrea
Ramin, Gabriele
Rampoldt, Dirk
Rass, Eva
Rauchfleisch, Udo
Reich, Günther
Reiffen-Züger, Bertke
Reimar, du Bois
Reimer, Christian
Reinelt, Toni
Reiss, Rolf
Reiss, Walter
Remmler, Helmut
Renggli, Franz
Reukauf, Wolf
Rexroth, Christian A.
Richterich, Andreas
Ricking, Heinrich
Ridinger, Monika
Riedesser, Peter
Rogoli, Rüdiger
Rollett, Brigitte
Romberg, Ingrid
Rösch, Christiane
Rösche, Axel
Rosefeldt, Hermann
Rosenberger, Lizzi
Rosenkötter, Henning
Rost, Wolf-Detlef
Rost, Andreas
Rost, Barbara
Roth, Jörg Kaspar
Roth, Gerhard
Röttger, Wilhelm
Rudolf, Gerd
Rüger, Ulrich
Rühle, Ulrich
Rüth, Ulrich
Rutschky, Katharina

S

Sachsse, Ulrich
Sacknies, Bernd
Salamander, Catharina
Sälke-Treumann, Anneli
Sanders, Regula
Sass, Sabine
Sasz, Stefan
Schachinger, Harald
Schaetz, Veronika
Schäfer, Gerd
Schäfgen, Eberhard
Schambeck, Franz
Schäuble, Ingegerd
Schechter, Daniel S.
Scheerer, Ann Kathrin
Scheffler, Gerhard
Schenk-Danzinger, Lotte
Scherf, Walter
Schetelig, Horst
Schiefenhövel, Wulf
Schleske, Gisela
Schluyter, Ingrid
Schmid, Walter
Schmidbauer, Wolfgang
Schmidt, Reinhardt
Schmidt-Siebeth, Frauke Maria
Schmutterer, Jörg
Schnabel, Anne Sybille
Schnebele, Hansjörg
Schneewind, Udi-Jutta
Schneider, Regine
Schöll-Schwinghammer, Ilona
Schon, Lothar
Schreck, Joachim

Schrenker, Leonhard
Schröder, Mirjam
Schröder, Sabine
Schülein, Joachim August
Schuler, Egon
Schulte-Markwort, Michael
Schultz, Fraucke
Schulz-Müllensiefen, Elke
Schulze-Schlutius, Heide
Schumann, Claudia
Schüßler, Gerhard
Schwarzmann, Julia
Schweizer, Katinka
Schydio, Reinhold
Seelmann, Günter
Seifert, Werner
Seiffge-Krenke, Inge
Seitz, Thea
Seiwerth, Andreas
Singer, Kurt
Sobanski, Petra
Sobanski, Martin
Sobiech, Dagobert
Sonneck, Gernot
Specht, Friedrich
Stachels-Andric, Julia
Stadler, Anne-Eis
Staehle, Angelika
Steffen, Hartmut
Steger-Hain, Zita
Steiner, Su
Stix, Eva-Maria
Stork, Jochen
Straß, Christiane
Streeck, Annette
Streek, Ulrich
Strehl, Friedhelm
Stucke, Werner

T

Tanco-Duque, Rosa
Tardos-Pikler, Anna
Te Wildt, Bert Theodor
Terje, Neraal
Thaler, Eva-Maria
Thimm, Detlev
Thomas, Rolf
Timnik, Achim
Tömmel, Sieglinde Eva
Torelli, Manuela
Totzek, Paul
Trübel, Karin
Tuchscheerer, Gertraude
Tütüncü, Ayten

U

Ude-Pestel, Anneliese
Ullrich, Dagmar
Ünal-Maelger, Öznur
Utari-Witt, Hediaty

V

van Niekerk, Corinna
Vogelbach, Verena
Vogl-Urban, Elisabeth
Völker, Peter
Völler, Johannes
von Braunbehrens, Vera
von Gontard, Alexander
von Hofacker, Nikolaus
von Klitzing, Kai
von Lüpke, Hans
von Rad, Michael
von Voss, Hubertus
Vuksanovic, Nevena

W

Wächter, Hans-Martin
Wagner, Werner
Wahn, Jörg
Wahnschaffe, Eberhard
Waldvogel, Bruno
Walter, Alfred
Warken, Elisabeth
Warnecke, Gisela
Weber, Carla Maria
Weiling, Ingrid

Wenck, Mathhias
Werhahn, Peter
Wesiak, Wolfgang
Westphalen-Trebesch, Barbara
Wienberg, Ursula
Wiesse, Jörg
Wildermuth, Matthias
Willems, Georga
Willis, Eduard
Winkler, Claudia
Winterhager-Schmid, Luise
Wintgen, Irmgard
Winzer, Dietrich
Wirsching, Barbara
Wolf, Sebastian
Wolfram, Hertha
Wolters, Wim
Wörner, Carl
Wydra, Bernhard

Z

Zäpfel, Helmut
Zauner, Johannes
Zeise, Werner
Ziegenhain, Ute
Zimmermann, Emil
Zimprich, Hans
Zorowka, Patrick
Züger, Markus
Zuleger, Andrea

Kooperation mit Verbänden, Instituten, Berufsverbänden

Fachverbände

- DGKJ – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- DGPM – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
- DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
- GAIMH – Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit

Institute

- MAP – Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse

Berufsverbände

- BKJ – Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
- BKJPP – Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland
- BVKJ – Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- BVVP – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- DBG – Deutsche Balint-Gesellschaft
- VAKJP – Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland
- VPK – Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte

Autorenverzeichnis

Baumgartner, Christine
Südtirolerin, Doktorat in Psychologie und Pädagogik, Universität Innsbruck, Psychologin und Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in der Familienberatungsstelle Brixen sowie Lehrtherapeutin der ÖGATAP/Wien mit Schwerpunkt „Katathym Imaginative Psychotherapie“ KIP. Gemeinsam mit Margret d’Arcais jahrelange Ausbildungstätigkeit für KIP/VIC in Mailand und Padua sowie entsprechende Publikationen.

Bilke-Hentsch, Oliver, Dr. med.
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH und Vertrauensarzt SGV, MBA, Mitautor der S3-AWMF-Leitlinien Alkohol und Tabak, Autor und Herausgeber mehrerer Fachbücher und wissenschaftlicher Artikel u.a. zum Thema Internet- und Mediensucht. Als Chefarzt der Modellstation SOMOSA in Winterthur behandelt er mit seinen Mitarbeitern seit Jahren multimorbide adoleszente Klienten. Er ist als Mitbegründer der OPD-KJ seit 1997 mit der Thematik der psychodynamischen Diagnostik befasst und hat zahlreiche Fortbildungen hierzu durchgeführt.

d’Arcais-Strotmann, Margret, Dipl.- Psych.
Dozentin für Katathym Imaginative Psychotherapie, Wassenaar (NL).

Endres, Manfred, Dr. med.
Facharzt für psychosomatische Medizin, Humangenetiker, Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Leiter der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., Lehranalytiker, Supervisor (MAP, DGPT, BLÄK, PTK).

Fatke, Reinhard, Prof.- Dr.
Ordinarius für Pädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Sozialpädagogik an der Universität Zürich; Direktor des Pädagogischen Instituts (1992-1998, danach stellvertretender Direktor); Prodekan der Philosophischen Fakultät (2004-2006). Altdekan der Philosophischen Fakultät (2006-2009); Mitglied im Stiftungsrat der „Stiftung für Suchtforschung“ Zürich; Präsident des Leitenden Ausschusses des Weiterbildungsprogramms „Executive Master in Arts Administration“. Mitglied in folgenden Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft: Kommission „Sozialpädagogik“, Kommission „Erziehung in früher Kindheit“, Kommission „Psychoanalytische Pädagogik“, Mitherausgeber und Redaktionsmitglied der „Zeitschrift für Pädagogik“, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats von „Pädagogik“, ständiger Berater der „Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)“.

Fietzek, Elke, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Studium der Psychologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Promotion, Approbation als psychologische Psychotherapeutin und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin; weiterführende Ausbildung zur Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bei der MAP in München, danach Dozentin an der MAP, der Ärztlichen Akademie, dem PIN (Nürnberg). Anerkennung als Lehranalytikerin und Supervisorin für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie (MAP, DGPT, BLÄK, PTK).

Flügel, Renate
Industriekauffrau, Sekretariat Ärztliche Akademie.

Friedrich, Eva, Dr. med.
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (DGPT), Paar- und Familientherapeutin, Dozentin für Katathym Imaginative Psychotherapie (AGKB).

Franz, Matthias, Univ.-Prof. Dr. med.
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Psychotherapie, Lehranalytiker (IPD, DPG, DGPT, D3G), Universitätsprofessor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Uniklinikum Düsseldorf, stellvertretender Direktor des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf, Vorsitzender der Akademie für Psychoanalyse und Psychosomatik Düsseldorf e. V., des Instituts für Seelische Gesundheit und Prävention Düsseldorf sowie der Psychotherapietage NRW e. V.

Fuhrmann, Gabriele, Dr. med.
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundiert)/Psychoanalyse. Niedergelassen in eigener Praxis als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Weiterbildung in Psychotherapie und Psychoanalyse für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Von 1997–2018 im Vorstand der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Hier tätig seit 2008 als Dozentin sowie bei der Mitgestaltung der Curricula. Seminarleitung und Gestaltung des Curriculums für die Psychosomatische Grundversorgung für die Facharztqualifikation. Balintgruppenleitung seit 2012. Von 2007–2017 Mitarbeit in der Beratungsstelle der Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse mit Tätigkeit auch in der Ausbildung.

Lehmhaus, Dagmar, Dipl.-Soz.
Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VAKJP) in eigener Praxis in Sprockhövel; Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin an anerkannten Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW; Lehrauftrag an der Universität Witten/Herdecke. Veröffentlichung zur Psychodynamischen Diagnostik und zum Spiel.

Lienert, Sven, Dr. med.
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetologe, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeut. Heckscher-Klinikum für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, München; Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Nürnberg; Oberärztliche Tätigkeit in der Kinderpsychosomatik Erlangen und der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Nürnberg; niedergelassen in eigener Praxis mit psychotherapeutischem sowie kinder- und jugendpsychiatrischem Fokus in Nürnberg. Vorstandsmitglied und Dozent der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern- und Jugendlichen e. V.; Leitung: Psychosomatische Grundversorgung. Mitglied Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG); Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJPP).

Mau-Endres, Birgit, M.A.
Studium Deutsch als Fremdsprache, Ethnologie und Anglistik, Psychodynamische Organisations- und Teamentwicklung (IPOM); Lehrauftrag Hochschule für angewandte Wissenschaften: kulturspezifische Probleme am Arbeitsplatz; Mitglied bei SIETAR (Society for Intercultural education training and research).

Moisl, Sibylle
Psychoanalytikerin für Kinder und Jugendliche und Psychotherapeutin (VAKJP), niedergelassen in freier Praxis. Seit vielen Jahren als Supervisorin und Dozentin für die psychoanalytischen Ausbildungsinstitute in München tätig. Dozentin der Ärztlichen Akademie, Supervisorin und Initiatorin des Fortbildungskurses Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie.

Pennecke, Christiane, Dipl.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin für Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Gestalttherapeutin, gruppendynamische Trainerin (DAAG), Lehrtherapeutin und Supervisorin (IGW).

Rass, Eva, Prof. Dr. paed.
Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Einzel- und Gruppentherapie, kindzentrierte Familiengespräche, Säugling/Kleinkind-Mutter/Eltern-Psychotherapie, psychoedukative Beratung, Supervision. Eva Rass arbeitet seit 1981 als analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis. Sie lehrte zudem lange an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg und ist derzeit Dozentin und Supervisorin an den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten in Heidelberg und Mannheim und der Ärztlichen Akademie für Kinder und Jugendliche München. Sie ist Professorin an der Hochschule Mannheim (Fakultät Sozialwesen) und Autorin zahlreicher Bücher und Artikel in Fachzeitschriften.

Reiffen-Züger, Bertke, Dipl.-Päd.
Studium an den Universitäten Dortmund und Osnabrück. Lehrerin für Grund- und Hauptschulen. Teilnahme am 6. Lehrgang der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. München; Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Fachkunde für psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche in Osnabrück. Weiterbildungsermächtigung der KV-Niedersachsen als Dozentin und Supervisorin für die Fortbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Kinderärzten und Kinderpsychiatern. Langjährige Dozententätigkeit u.a. im Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück, im KJP-Ausbildungsinstitut Oldenburg und in der Ärztlichen Akademie (Schwerpunkt Testdiagnostik). Entwicklung des Plämokastens der Ärztlichen Akademie.

Rexroth, Christian A., Dr. med.
Chefarzt Zentrum Amberg, Cham und Weiden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie an der Ärztlichen Akademie. Zusatzbezeichnung Psychotherapie 2007. Seit 2010 weiterführende Ausbildung in Psychoanalyse an der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e. V. und Mitglied des Vorstands der Ärztlichen Akademie. Seit 2017 Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft der Leiten-

den Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern (LAG KJPP). Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP, BAG, BKJPP).

Rösche, Axel, Dr. med.
Praxis für Psychotherapie und Psychoanalyse für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Studium der Humanmedizin. Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Weiterbildung zum Psychoanalytiker für Erwachsene (DPG, IPV) und Traumatherapeuten für Kinder und Jugendliche (DeGPT). Bis 2012 Leitender Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nürnberg. Seit 2013 niedergelassen in eigener Praxis. Supervisor (einzeln und Teams), Dozent und Vortragender.

Schäuble, Ingegerd, Dipl.-Soz.
Supervisorin DGSv, Studium Soziologie, Sozialpsychologie, Ökonomie an der LMU München. Zertifizierung als Supervisorin durch die DGSv (Deutsche Gesellschaft für Supervision). Gründung Schäuble Institut für Sozialforschung, München. Universitäten München und Stuttgart, Lehrinstitut für Dokumentation Frankfurt, Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. Aktuelles professionelles Tätigkeitsspektrum: Supervision/Coaching für Einzelne und Gruppen, Moderation/Mediation von komplexen gesellschaftlichen Prozessen, Team-/Projekt-/Organisationsentwicklung, Qualitative dialogische Sozialforschung, Fortbildung/Qualifizierung zu verschiedenen Themen, z. B. Gender-Fragen, Gemeinschaftsfähigkeit, Kommunikationskultur, Konfliktkompetenzen, Salutogenese, Umgang mit Unplanbarkeit, Inklusion.

Scholz, Christine, Dr. rer. biol. hum.
Geschäftsführerin der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.; Geschäftsführerin der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik e. V.

Schramm, Birgit
Heilpraktikerin für Psychotherapie, Gestalttherapeutin (DVG) in Praxisgemeinschaft. Seminarleitung für ressourcenorientierte Gesundheitsseminare, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Mitarbeiterin der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising, Projektmanagement.

Sobanski, Petra, Dr. med.
Kinderärztin, Neonatologin, Schwerpunkt im Bereich der Perinatologie (Beratung von schwangeren Paaren vor und nach der Geburt) und Eltern-Kind-Therapie. Seit 2010 ist sie als Oberärztin in der Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters im Klinikum München-Schwabing tätig und arbeitet zudem als Traumatherapeutin und Supervisorin in eigener Praxis. An der Akademie ist sie als Dozentin tätig und leitet zusammen mit Sibylle Moisl die Fortbildung Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie.

Tömmel, Sieglinde Eva, Dr. phil. Dr. rer. pol. habil.
Psychoanalytikerin in eigener Praxis, Dozentin, Lehr- und Kontrollanalytikerin der DGPT, MAP und der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.

Trübel, Karin, Dr. med.
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Traumatherapeutin; Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Spezialisierung auf das Gebiet der Folgen der Weitergabe transgenerationaler Traumata. Niedergelassen in eigener Praxis in Bern.

Utari-Witt, Hediaty, Dr. med.
Fachärztin für psychosomatische Medizin, Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (SKEPT). Lehranalytikerin/Supervisorin (DGPT, MAP, DPG, IPA).

Wienberg, Ursula, Dipl.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin und Gruppenanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (DGPT, D3G, IGA Heidelberg, MAP), niedergelassen in eigener Praxis in Markt Schwaben. Dozentin, Supervisorin, Lehranalytikerin und Gruppenlehranalytikerin, Leiterin der Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Gruppentherapie an der MAP, Leiterin der Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie für Kinder- und Jugendlichentherapeuten in der Ärztlichen Akademie. Mitglied im Arbeitskreis zur Förderung der Kinder- und Jugendlichengruppenanalyse e. V. Mitherausgeberin Curriculum für Kinder- und Jugendlichengruppenanalyse.

Wenck, Matthias, Dr. med.
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Gruppenlehranalytiker der D3G; niedergelassen in eigener Praxis in Markt Schwaben.

Züger, Markus, Dr. med.
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Oberarzt im Paracelsus-Therapiezentrum Bad Essen und Privatpraxis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in Osnabrück. Schwerpunkte: Suchterkrankungen und Essstörungen. Seit 1985 Vermittlung des Autogenen Trainings in Gruppen- und Einzeltherapie in eigener Praxis als Allgemeinmediziner. Seit 1991 Übungen des AT in Gruppen im Rahmen der psychosomatischen stationären Patientenbehandlung. Seit 2005 Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen für AT und Dozent für AT in der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.

Bildnachweis

Für alle nicht nachfolgend explizit ausgewiesenen fotografischen Abbildungen liegt das Copyright bei der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.

S. 9	© Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
S. 11	© StMAS/Eleana Hegerich
S. 13	© Gemeinde Benediktbeuern/Karl Allgäuer
S. 15	© Katholische Stiftungsfachhochschule München
S. 17	© Zentrum für Umwelt und Kultur/Martin Blösl
S. 19	© Brixmedia/Oskar Zingerle
S. 21	© Cusanus Akademie/Arnold Ritter
S. 30	© Ärztliche Akademie/Oliver Sold
S. 39	Unten: © Franz Marc Museum/Ursula Maier
S. 42	Mittlere Spalte rechts, untere Spalte links: © Brixen Tourismus Genossenschaft
S. 43	Untere Spalte links: © Brixen Tourismus Genossenschaft
S. 44	oben links: © Messner Mountain Museum
S. 45	© Zitzlsperger, Regensburg
S. 164–166	© Bilderfest GmbH/Krischan Dietmaier
S. 167–169	© Ärztliche Akademie/Oliver Sold
S. 170	© M. H. Maurer
S. 171	© Ärztliche Akademie/Oliver Sold

Impressum

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Fokus
Fort- und Weiterbildung in der Ärztlichen Akademie

Herausgeber: Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V.
Selbstverlag: Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V., München, © 2019
Gestaltung: Designbuero Josef Grillmeier Munich
Druck: Wenng Druck GmbH, Dinkelsbühl

ISBN 978-3-00-061182-7

Die Zweite Geburt

Eine DVD zum Dokumentarfilm der Ärztlichen Akademie
über die Behandlung traumatisierter Kinder im Heim.
Artikel zum Projekt Seite 163.

ISBN 978-3-00-061182-7