

SYNAPSE

Magazin der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz

Kinder- und Jugendpsychiatrie
SONDERAUSGABE

Diese SYNAPSE-Sonderausgabe zeigt Wissenswertes zu Geschichte, Leistungsspektrum und wichtigen Veranstaltungen der medbo Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Bestehen des Magazins. In den oberen Seitenecken ist die jeweilige Ersterscheinung des Beitrags vermerkt.

3 Editorial: Weichen stellen

KJP-Historie

- 6 20 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ganz erwachsen
- 10 Dr. Christian Rexroth neuer kommissarischer
Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 12 Institutsambulanz in Amberg schließt Versorgungslücke
- 14 Einweihung der Tagesklinik in Cham – Räume mit Flair
- 15 Ein neues Angebot der KJP – Tigerlilly und ihre Freunde

Aus dem KJP Leistungsspektrum

- 18 Autismus bei Kindern und Jugendlichen – Teil 1
- 22 Psychologische Theorien und Erklärungsmodelle – Autismus Teil 2
- 25 Musik – Die besondere Helferin
- 28 Nikolaus, Christbaum und Gute-Nacht-Geschichte
- 31 Bindungsstörungen
- 32 Essstörungen: Schritte auf dem Weg, wieder gesund zu werden
- 34 Schule – Nein danke!?
- 36 Fledermäuse und Skorpione in der KJP Amberg
- 37 Crazy Graffiti
- 38 ADHS-Elterngruppe
- 40 Koordinierte Behandlung psychisch kranker Eltern und Kinder
- 42 Ich mal anders!
- 43 Kinder-AGATE gegründet
- 44 Ambulante soziale Kompetenzgruppe für Jugendliche
- 45 Eltern-Kind-Arbeit an der KJP-Tagesklinik in Cham
- 46 Regensburg im „Spiegelbild“
- 47 Für die Aller kleinsten: Das Insektenhotel
- 48 Rambazamba
- 50 Die vier Elemente in Ton und Gips
- 52 Mein medbo Tag: Raufen nach Regeln

KJP-Veranstaltungen

- 56 Vernetzung von Krankenversorgung und Forschung
- 58 Das Zappelphilipp-Syndrom – Diagnose und Therapie
- 60 Die Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie
- 62 Sprachentwicklungsstörungen: Frühzeitig erkennen, frühzeitig behandeln?
- 64 Heimversorgung von Kindern und Jugendlichen
- 66 Schulvermeidung – Symptom, nicht Krankheit
- 68 Frühe Hilfen

Impressum

Herausgeber: Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz KU (Anstalt des öffentlichen Rechts), Vorstand
Universitätsstraße 84 | 93053 Regensburg | Tel +49 (0) 941/941-0 | www.medbo.de

Redaktionelle Leitung: Renate Neuhierl (RNE), pressestelle@medbo.de
Autoren: Stefan Kruschker (SKR), medbo; Natalja Eck (NEC); Angela Moritz (AMO); Anna Magin (AMA), medbo
Foto: Titel Kruschker; S2/3 Christian Schwiier - Fotolia.com; S4/5 MNSstudion - Fotolia.com; S6/7 Hübler; S8/9 Hübler; S10/11 medbo; S12/13 Bormann-Kischke; S13 Hübler; S14 Hübler; S15 drupig-photo - Fotolia.com; S16/17 didesign - Fotolia.com;
S19 Jaimie Duplass - Fotolia.com; S20/21 mma23 - Fotolia.com; S22/23 Patric Martel - Fotolia.com; S24 dmitryelagin - Fotolia.com;
S25 Hübler; S26/27 Hübler; S28/29 Gina Sanders - Fotolia.com; S30 sborisov - Fotolia.com; S33 Elenathewise - istockphoto.com;
S34/35 Hübler; S36 Müller-Simeth; S37 Moritz/Jesse; S38/39 Kitty - Fotolia.com; S40/41 Syda Productions - Fotolia.com;
S42 Archiv; S43 pixel-empire - istockphoto.com; S44 Maksim Smeljov - Fotolia.com; S45 medbo; S46o Johannes;
S46u Patrick; S47 medbo; S49 Hübler; S50/51 Mader; S52/53 Neuhierl; S54/55 Pavel Losevsky - Fotolia.com; S56/57 Neuhierl;
S58 Weckmann; S58/59 photophonie - Fotolia.com; S60/61 Hübler; S61o Moritz; S61u Privat; S62/63 lassedsignen - Fotolia.com;
S63u Zeuke; S64/65 jogyx - Fotolia.com; S67 picsfive - Fotolia.com; S69 Gina Sanders - Fotolia.com;
S70/71 underdogstudios - Fotolia.com; U4 shock - Fotolia.com

Der SYNAPSE-Titel zeigt das Bild: „Familie“, gemalt von Annemarie, 17 Jahre, ehemalige Patientin der KJP-Klinik Regensburg

Konzeption und Leitung: Renate Neuhierl
Grafische Gestaltung: Creativbuero Jürgen Mayer
Auflage: 1.000 Stück | Vertrieb: B 07930 S

Gender-Erklärung: Um die Lesbarkeit zu vereinfachen wird in der SYNAPSE meist auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.



Weichen stellen

Mit Einrichtungen an vier Standorten – Amberg, Cham, Regensburg und Weiden – und insgesamt 50 Plätzen ist die Oberpfalz aktuell Spitzenreiter im Verbund der bayerischen Bezirke in Sachen tagesklinischer psychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Jeweils acht weitere Plätze in Regensburg – hier mit einer Spezialisierung auf Jugendliche – und zusätzliche sechs Plätze in Weiden sind genehmigt und werden teilweise schon ab 2015 umgesetzt. Der zweitkleinste Bezirk Bayerns ist hier Versorgungs-Spitzenreiter: Darauf sind wir schon ein wenig stolz.

Paradiesische Zustände herrschen aber deshalb in der Oberpfalz noch lange nicht. Trotz aller Anstrengungen, die der Bezirk und sein Krankenhausträger medbo mittlerweile seit 23 Jahren in Sachen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung unternehmen, rennen wir dem Bedarf hinterher: Die Zahl schwerst und komplex seelisch erkrankter Kinder steigt schneller, als wir unsere Kapazitäten erweitern können. Gerade im stationären Bereich trifft der massive Andrang auf eine Unterversorgungssituation: Seit 2007 hat sich die Zahl der jungen stationären Patienten mehr als verdoppelt. 2014 konnten wir 416 Jungen und Mädchen, in Regensburg stationär beziehungsweise teilstationär versorgen. Konsequenz der höheren Patientenzahl bei gleichbleibender Bettenzahl ist, dass der Anteil der sogenannten „Kurzlieger“, die nur bis zu drei Tage stationär versorgt werden, im gleichen Zeitraum von etwa 20% auf heute knapp 40% anstieg.

In unseren Institutsambulanzen, die wir ebenfalls an allen vier Standorten vorhalten, sieht es nicht besser aus: Seit 2007 ist die Zahl der ambulant behandelten Kinder

und Jugendlichen von jährlich 3.000 auf heute über 5.800 gestiegen. Dabei haben wir die Chamer und die Amberger Ambulanzen in diesem Zeitraum gerade erst eröffnet! Und die Experten rechnen in den nächsten fünf Jahren mit einem weiteren Wachstum der Fälle um wenigstens ein Drittel.

Für den Bezirk und die medbo war klar: Vor allem das stationäre Versorgungsangebot muss so schnell wie möglich ausgebaut werden. Und dies nicht nur quantitativ, sondern auch bezüglich der regionalen Verteilung innerhalb der Oberpfalz. Denn bis dato ist das stationäre Angebot ausschließlich in der Stammklinik in Regensburg, also ganz im Süden der Oberpfalz, verankert. 2014 genehmigte der Krankenhausplanungsausschuss nunmehr 32 Betten am Standort Weiden: Damit wird eine neue Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nord-Oberpfalz Realität. In Regensburg haben indes die ersten Maßnahmen zur Erweiterung des Hauses um weitere 12 auf dann 40 Betten begonnen. Konkret bedeutet dies: Der Ausbau des stationären Angebotes in der Oberpfalz von 28 auf 72 Betten ist nicht nur beschlossen und genehmigt, sondern wird bereits umgesetzt. Und mit 72 Betten und einer entsprechenden Bettenmessziffer von 6,7 pro 100.000 Einwohner rückt die Oberpfalz dann in Sachen stationärer Versorgung auf einen vorderen Platz in Bayern.

Den Wandel bereiten wir nicht nur baulich vor. Die Regensburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), die bereits jetzt akademisches Lehrkrankenhaus ist, erweitert im Hinblick auf den künftigen KJP-Lehrstuhl der Universität Regensburg die Lehrtätigkeit kräftig, unter anderem durch das Angebot eines Wahlpflichtfa-



ches KJP für Medizin-Studenten. Denn auch der Lehrstuhl kommt: 2014 einigten sich der Freistaat Bayern und der Bezirk auf ein Finanzierungs-konzept. Die Universität bemüht sich bereits intensiv um eine adäquate Besetzung des Lehrstuhls, dessen künftiger Inhaber respektive Inhaberin in Personalunion die Ärztliche Direktion der medbo KJP übernehmen wird.

Derzeit werden im Hinblick auf die Kapazitätserweiterungen die Institutsambulanzen an allen Standorten und über alle Berufsgruppen kräftig aufgestockt, um personell für die erweiterten Bettenkapazitäten gerüstet zu sein. Neben der Aktualisierung und Anpassung der Klinikstruktur werden insbesondere die Behandlungskonzepte diagnostisch-therapeutisch an die kommenden, teilweise gänzlich neuen Aufgaben – Stichwort: forensische Klinik für psychisch kranke Jugendliche in Regensburg – angeglichen.

Kurt Häupl

Kurt Häupl,
Vorstand der medbo



KJP-Historie



20 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ganz erwachsen

Renate Neuhierl, Dr. Christian A. Rexroth

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg

Bereits seit 1974 trug sich der Bezirk Oberpfalz mit der Überlegung, die psychiatrische Behandlung von jungen Menschen aufzubauen. In den 80er Jahren begann das Bauplanungsverfahren für eine entsprechende Klinik am Bezirksklinikum in Regensburg. 1993 wurde sie eingeweiht.

Ein Jahr zuvor war es dem Bezirksklinikum Regensburg gelungen, Dr. Martin Linder als Ärztlichen Direktor zu gewinnen: Er war der richtige Verstärker für das klinische Konzept einer eigenen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in Regensburg. Im Januar 1993 konnten die ersten Patienten in die neu eröffnete Klinik aufgenommen werden. In den folgenden 15 Monaten wurden zwei weitere Stationen sowie die Regensburger Tagesklinik eröff-

net: 28 stationäre Betten, acht tagesklinische Plätze und eine Schule innerhalb des Krankenhauses für die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen. Mittlerweile bietet die Klinik insgesamt 78 Behandlungsplätze an vier Standorten. Seit 2011 ist Dr. Christian Rexroth kommissarischer Ärztlicher Direktor der KJP.

Wohnortnahe Versorgung

Die Ausbaustrategie des Bezirks beruhte frühzeitig auf einer dezentralen, wohnortnahen Versorgung. Die Kinder sollten intensiv kinder- und jugendpsychiatrisch betreut, aber möglichst wenig aus ihrem heimischen Umfeld genommen werden. Gerade für ganz junge Kinder und ihre Familien ist dies enorm wichtig. 1998 nahm daher als erste dezentrale Versorgungs-

einheit der KJP die Institutsambulanz in Weiden ihre Arbeit auf. 2001 wurde dort auch eine KJP-Tagesklinik eröffnet. Im selben Muster verfuhr die medbo ab 2006 in Cham und ab 2009 in Amberg.

Psychiatrie trifft Somatik

In Weiden erfolgte der Startschuss für eine integrierte Diagnostik und Therapie: Die intensive Zusammenarbeit der KJP mit der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Städtischen Klinikums Weiden vereint bis heute kinderärztliche und kinderpsychiatrische Versorgung fast unter einem Dach. Das ist der zweite wichtige strategische Ansatz: die räumliche Nähe und verbindliche Kooperation mit somatischen Kliniken, die die diagnostischen und therapeutischen Mög-

lichkeiten der medbo-Standorte sinnvoll ergänzen. Im Gegenzug komplettiert die medbo in Sachen seelischer Gesundheit das Angebot der somatischen Partner-Häuser.

Altersgemäße Angebote

Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Oberpfalz folgt auch dem Grundsatz der altersgemäßen Versorgung. 2004 entstand die Spezialambulanz für Vorschulkinder am Bezirksklinikum Regensburg und 2007 deren Ausbau zur Tagesklinik „Tigerlilly“. Hier wird für Kleinkinder mit Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen eine intensivere Diagnostik angeboten. Eltern, Kindergärten, schulvorbereitenden Einrichtungen und Jugendämtern wird unter die Arme gegriffen. In Regensburg und an den Außenstand-

orten wurde das Angebot entsprechend ausdifferenziert: für die ganz Kleinen bis hin zu Adoleszenten, das heißt jungen Erwachsenen.

Leuchtturmprojekt Kinder-AGATE

In einer vergleichsweise jungen Disziplin wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es kaum für diesen Altersbereich zugelassene Medikamente. Andererseits waren Medikamentenstudien an Kindern lange Zeit verboten. 2009 wurde unter Initiative der Regensburger KJP die Kinder-AGATE gegründet, eine Untergruppe der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen. Die Idee hinter AGATE: Nebenwirkungen aller Art – unter anderem bedingt durch andere Stoffwechseleigenschaften der Kinder, andere Größenverhältnisse und

die wachstumsbedingten Risiken – werden in einer eigenen Datenbank gespeichert und an die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gemeldet.

Die Fachthemen der medbo KJP

20 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Oberpfalz bedeutet auch Kommunikation und Austausch in der Vernetzung mit anderen Experten und Hochschulen auf diesem Gebiet. Die medbo hat viele wichtige Veranstaltungen entwickelt und organisiert.

Im Mai 2000 fand das erste Kinder- und jugendpsychiatrische Symposium über Substanzmissbrauch und Abhängigkeiten bei Jugendlichen

Fortsetzung von Seite 7

statt. Stichwort: „Koma-Saufen“. Das Regensburger Symposium war eines der ersten Foren, wo dies überhaupt angesprochen wurde.

2001 folgte das Legasthenie-Symposium mit einer wichtigen Botschaft: Legasthenie ist diagnostizierbar und in sehr vielen Fällen auch therapierbar.

2008 organisierte die medbo den Regensburger Kongress zu Essstörungen: Einem der klinischen Kernthemen der KJP in Regensburg.

Zuletzt fand im **November 2012** das große Schulverweider-Symposium statt, das in Fachkreisen sehr viel Aufmerksamkeit erregte. Vordenker ist hier nicht zuletzt Dr. Christian Rexroth.

Blick nach vorne

Die nächsten Meilensteine für die weitere Entwicklung der KJP in der

Oberpfalz sind schon in Sicht. Es wird einen eigenen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Regensburg geben. Im Mai 2012 haben sich das bayerische Kultusministerium, die Universität Regensburg und der Bezirk Oberpfalz auf die Finanzierung einigen können. Die Ausschreibung des Ordinariats steht bevor.

Ein weiteres spannendes Kapitel wird durch die Errichtung der Jugendforensik am Bezirksklinikum Regensburg geöffnet, die erste in Bayern. Sie wird an die bestehende Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angegliedert. Hintergrund ist die Überzeugung, dass der medizinisch-therapeutische Auftrag im Falle minderjähriger Straftäter im Maßregelvollzug in den Händen der Kinder- und Jugendpsychiatrie am besten aufgehoben ist.

*Dr. Christian Rexroth ist
kommissarischer Ärztlicher
Direktor der KJP*

- 1974: Der Bezirk Oberpfalz stellt erste Überlegungen in Sachen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung an
- 1983: Beginn des Bauplanungsverfahrens für eine KJP-Klinik am Bezirksklinikum Regensburg
- 1992: Dr. Martin Linder wird Leitender Abteilungsarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg
- 1993: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg wird eingeweiht und eröffnet: eine erste Station steht anfangs zur Verfügung.
- 1994: Weitere 28 stationäre Betten und acht tagesklinische Plätze kommen hinzu. In der Schule für Kranke werden die Kinder jetzt auch beschult.
- 1998: Die erste dezentrale Institutsambulanz wird in Weiden eröffnet.
- 2000: Grundsteinlegung für die erste dezentrale Tagesklinik in Weiden
- 2004: Die Spezialambulanz für Kinder im Vorschulalter entsteht am Bezirksklinikum Regensburg
- 2007: Sie wird zur Tagesklinik „Tigerlilly“ ausgebaut
- 2006: Die KJP-Institutsambulanz Cham entsteht
- 2007: Die KJP-Tagesklinik Cham entsteht
- 2009: Die Kinder-AGATE wird ins Leben gerufen: Arbeitsgruppe Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen
- 2009: Die KJP-Institutsambulanz in Amberg nimmt ihre Arbeit auf
- 2011: Dr. Martin Linder tritt in den Ruhestand. Dr. Christian Rexroth wird kommissarischer Ärztlicher Direktor.
- 2012: Der Freistaat Bayern, die Universität Regensburg und der Bezirk Oberpfalz beschließen die Gründung eines KJP-Lehrstuhls
- 2013: Die KJP-Tagesklinik in Amberg mit angeschlossener Institutsambulanz wird – als Interimslösung – im Gebäude des ehemaligen Bundeswehrkrankenhauses eröffnet.





Frischer Wind in Regensburg:

Dr. Christian Rexroth neuer kommissarischer Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Er freut sich sehr auf die neue Aufgabe als kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJP) am Regensburger Bezirksklinikum. Gleichzeitig bedauert er den Weggang seines Vorgängers im Amt und Mentors, Dr. med. Martin Linder, der Ende September 2011 in den Ruhestand trat. Viel vor hat er allemal: SYNAPSE sprach mit Dr. med. Christian Rexroth, dem jüngsten aller Klinik-Chefs in der medbo-Welt.

Synapse: Dr. Rexroth, Sie übernehmen die Verantwortung für eine Klinik in Zeiten massiven Wachstums: Was steht Ihnen in 2012 akut ins Haus?

Rexroth: Eine Umschulung zum Bauleiter wahrscheinlich – Spaß beiseite! Für alle sichtbar sind die Baumaßnahmen, die wir zusätzlich zur eigentlichen Versorgungsaufgabe der Klinik stemmen müssen. In Regensburg sind wir an der räumlichen Kapazitätsgrenze längst angelangt. Zwölf neue stationäre Betten sind hier genehmigt worden. Angedacht ist auch ein Erweiterungsbau, damit die Tagesklinik für Kindergartenkinder – unsere „Tigerlilly“ – integriert werden kann. In Amberg sind

wir mit der Planungsphase der KJP-Tagesklinik mit zwölf Plätzen fast durch, in Weiden wurde seitens medbo das „Rote Haus“ in der Nachbarschaft der Tagesklinik gekauft, so dass wir auch dort wachsen können. Wir werden an allen Standorten viel improvisieren müssen – während der Baumaßnahmen und im Übergang vom alten zum neuen Betrieb werden wir immer wieder mit temporären Engpässen umgehen müssen. Sehr gespannt bin ich auch auf das Thema Jugendforensik in Regensburg – da ist die KJP fachlich ja auf alle Fälle mit im Boot.

Synapse: Auf welche inhaltlichen Aufgaben freuen Sie sich besonders?

Rexroth: Erst einmal ist mir wichtig, dass wir die bereits erreichte Qualität und das hohe Niveau der Patientenversorgung halten. Dazu gehört auch, dass wir weiterhin unseren Auftrag als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg erfüllen: Wir wollen weiterhin das Fachgebiet im Medizinstudium vertreten, Spitzen-Fachärzte ausbilden und auch weiterhin für die Klinik gewinnen! Aber besonders am Herzen liegt mir die Erweiterung der Versorgung um spezifische ambulante Angebote. Da sind z. B. die

Spezialambulanz für „Schulverweider“, die Psychomotorik-Gruppe für Vorschulkinder und vieles mehr. Auch die Vernetzung im psychosozialen Umfeld und der kinder- und jugendpsychiatrischen Landschaft ist mir wichtig. Da gibt es so viele Ansatzpunkte: z. B. in Regensburg das Konzept einer heilpädagogischen Tagesstätte für sozial und emotional belastete Vorschulkinder und die Zusammenarbeit unserer Weidener Außenstelle mit der dortigen Kinderklinik bezüglich der interdisziplinär geführten psychosomatischen Station. medbo-intern ist mir die weitere Vernetzung genauso wichtig: z. B. hinsichtlich der Jugendforensik mit der Forensik, aber auch bezüglich der Zusammenarbeit und des Austauschs zwischen den verschiedenen psychiatrischen Institutsambulanzen.

Synapse: Sie sind kommissarischer Ärztlicher Direktor – wieso dieses?

Rexroth: Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein eigenständiges Fachgebiet, auch in Forschung und Lehre, und nicht Tochterdisziplin der Erwachsenenpsychiatrie. Regensburg ist dabei eine von bundesweit vier medizinischen Fakultäten ohne einen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das KJP-Angebot in der Oberpfalz ist sehr gut ausge-

baut und wäre eine optimale Basis für die Verbindung von Versorgung und Lehre mit der Forschung. Auf die Initiative von Dr. Martin Linder hin bemüht sich der Bezirk daher sehr um die Verwirklichung eines Universitätslehrstuhls in Regensburg. Falls der Lehrstuhl geschaffen wird, wird der Lehrstuhl-Inhaber gleichzeitig Ärztlicher Direktor der dann Universitätsklinik für KJP am Bezirksklinikum sein. Der Zeitpunkt wäre hierfür jetzt günstig. Aber noch ist offen, was in Sachen Lehrstuhl passieren wird.

Synapse: Als Klinikleiter sind Sie auch Vorgesetzter einer recht großen Zahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Wie sehen Sie Ihre Führungsaufgabe?

Rexroth: Führung hat mehrere Dimensionen. Aber lassen Sie mich da beginnen, wo die MitarbeiterInnen der Klinik gerade stehen: An der Nahtstelle von der Ära Dr. Linder hin zu einer neuen Klinikleitung, die ggf. nur kurze Zeit im Amt ist. Da heißt es: Bewährtes bewahren und gleichzeitig den Raum für kreative Lösungen öffnen, den Geist der Klinik zu erhalten und miteinander eine gemeinsame Kultur zu entwickeln. Ein wesentlicher Teil meiner Führungsaufgabe ist, dafür Sorge zu tragen, dass jeder im Team gut arbeiten

kann, gemäß seinen Stärken und Talenten, und dass sich jeder in seinem Arbeitsumfeld möglichst wohl fühlt. Zu meiner Führungsaufgabe gehört auch, die MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen in ihrer jeweils eigenen beruflichen Entwicklung zu unterstützen und fachlich bestmöglich zu qualifizieren. Im medbo-Kontext kommt hinzu, dass wir als KJP die künftigen Kollegen der Jugendforensik mitqualifizieren werden. Zu einer Führungsaufgabe gehört aber auch der Blick nach vorne, die „Strategie“: Bei medbo wird intensiv am Thema Stellenbeschreibungen gearbeitet – da heißt es auch bei uns, schon heute im Blick zu haben, welche Anforderungen an eine Aufgabe morgen gestellt werden könnten. Nicht zuletzt heißt Führung auch einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung für den klinischen Betrieb zu übernehmen: Durch Qualitätsmanagement zum Beispiel oder auch durch die Einführung von Kennzahlen und Management-Informationssystemen. Führung bedeutet aber nicht zuletzt: ein spannendes, weites Feld mit vielen interessanten Möglichkeiten für alle im Team.

Synapse: Danke für das Gespräch, Dr. Rexroth! Viel Freude und viel Erfolg für Sie und die KJP!

Dr. med. Christian Rexroth

- Geboren 1972 in Nürnberg, verheiratet
- 1991 – 2000: Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- Promotion 2001 an der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Kranke am Universitätsklinikum Erlangen
- Facharztweiterbildung u. a. am Universitäts- und am Bezirksklinikum Erlangen
- Seit 2005 in verschiedenen Funktionen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJP) am Bezirksklinikum Regensburg, zuletzt als Oberarzt und Leiter der Institutsambulanz Regensburg
- Seit 1.10.2011 kommissarischer Ärztlicher Direktor der KJP Regensburg
- Weiterbildung Psychotherapie u.a. bei der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, München, und der Münchner Arbeitsgemeinschaft Psychoanalyse (MAP)



niedergelassenen Ärzten und nicht zuletzt mit den Familienangehörigen. „Je besser das Netzwerk der psychiatrischen Einrichtungen in der Region ausgebaut wird, desto besser werden die jungen Patienten therapiert werden können“, so Häupl.

Die Realisation dieser Tagesklinik war nur durch das große Engagement vieler Beteiligten möglich. Besonders bedankten sich Häupl und Löffler bei Oberbürgermeister Wolfgang Dandorfer, der der Ambulanz und der Tagesklinik für Kinder- und Jugendliche von Anfang an mit großer Sympathie

begegnete und diesen optimalen Standort und die Kooperation mit der Städtischen Klinik ermöglichte. Auch der Chef der Kinderklinik, Dr. Andreas Fiedler, stand bei den Planungen hilfreich zur Seite.

Häupl bedankte sich auch beim den Mitarbeitern der medbo und ganz besonders beim Team in Amberg für die umfangreichen und nicht immer einfachen Vorarbeiten.

„Ich wünsche den zukünftigen Patienten, ihren Familien und dem Team alles Gute, viel Freude und viel Erfolg für ihre Arbeit miteinander“, so Häupl. (SKR)

Endlich psychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche in Amberg Institutsambulanz in Amberg schließt Versorgungslücke

Die Eröffnung einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz in Amberg neben den schon bestehenden dezentralen Angeboten in Weiden und Cham macht deutlich, dass Bezirk und medbo konsequent ihr Ziel verfolgen, den Einwohnern der Oberpfalz flächendeckend eine wohnortnahe psychiatrische Versorgung anzubieten. Gerade für psychisch kranke Kinder- und Jugendliche ist die Sicherheit, die ihnen ihre vertraute Umgebung gibt, wichtig für einen positiven Krankheitsverlauf. Die ohnehin durch die Erkrankung eines Kindes belastete Familie wird nicht durch weite, zeitaufwändige Wege zum passenden Therapieangebot noch mehr belastet.

Im Stadtgebiet Amberg und dem angrenzenden Landkreis Amberg-Sulzbach leben rund 29.000

Kinder und Jugendliche. Aktuellen Studien zufolge leidet etwa eines von zwanzig Kindern irgendwann im Verlauf seiner Kindheit oder Jugend an fachärztlich behandlungsbedürftigen Erkrankungen wie ADHS, Autismus, Tics, Essstörungen oder Depressionen und Psychosen. Der Bedarf nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche ist sehr hoch, das zeigt die Nachfrage in den Ambulanzen in Weiden und Cham.

Bislang fehlten in Stadt und Landkreis Amberg adäquate Angebote für die betroffenen Kinder und ihre Familien, sowohl im ambulanten wie auch im teilstationären Sektor. Nachdem der Krankenhausausschuss des Bezirks bereits 1999 beschloss, diese Versorgungslücke zu schließen, hatte die Krankenhausplanungsbehörde entschieden, dass zunächst Weiden eine KJP-Tageskli-

nik mit Ambulanz erhalten sollte, weil die Versorgungslücke dort noch dramatischer war als in Amberg. Die Einrichtung hier kann nun von den Erfahrungen in Weiden und Cham profitieren.

Bezirkstagspräsident Franz Löffler richtete bei der Einweihung der Ambulanz zwei Wünsche an den Leiter, Oberarzt Dr. Christian Rexroth, und sein Team: „Füllen Sie diese Räume mit dem positiven Geist, der auch ihre Ambulanz in Regensburg beseelt, und machen sie ihre Arbeit transparent, stellen sie Öffentlichkeit her, sorgen sie für Aufklärung und Information, so dass noch bestehende Vorurteile gegenüber psychisch kranken Kindern abgebaut und diese wieder in die Gemeinschaft integriert werden können.“

Mit Dr. Christian Rexroth als Leiter dieser Ambulanz und später

der Tagesklinik wurde ein erfahrener Jugendpsychiater für Amberg gewonnen. Er wird zunächst mit einem kleinen Team aus 4-5 Mitarbeitern seine Arbeit beginnen und voraussichtlich 2011 in die Tagesklinik an der Städtischen Klinik umziehen können. Sein Team wird dann aus ca. 20 Mitarbeitern bestehen und 12 Kinder tagesklinisch und etwa 300 ambulant betreuen.

Kurt Häupl betonte die Wichtigkeit der Vernetzung der verschiedenen Angebote und Hilfen für Kinder und Jugendliche. Die Arbeit der Ambulanz und der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche wird eng verzahnt sein mit dem Städtischen Klinikum St. Marien, sowie auch mit den bereits bestehenden Einrichtungen vor Ort, wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Suchtberatungsstelle, den Schulen und Schulpsychologen, dem Jugendamt, den





Einweihung der
Tagesklinik in Cham
Räume mit Flair



Ein neues Angebot der KJP Tigerlilly und ihre Freunde

Von Dr. Christiane Bormann-Kischkel und Diana Frischholz

Bei der offiziellen Eröffnung war die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Cham bereits fast „ausgebucht“. Zwei Gruppen von je sechs Kindern werden tagsüber betreut, die Dauer der Behandlung richtet sich dabei nach der Schwere des Einzelfalls, durchschnittlich sind es 30 bis 60 Tage. „Wir rechnen mit 50 stationär und 600 bis 800 ambulant behandelten Kindern pro Jahr“, so Dr. Martin Linder, Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) am Bezirksklinikum.

Hinter diesen trockenen Zahlen stecken Kinder und ihre Familien. Und die ersten Kinder, die kamen, wollten unbedingt wilde Tiere und Dschungel um sich haben. Da die Pflege der gewünschten Fauna und Flora etwas zu aufwändig gewesen wäre, bemalten die Kinder die Wände der zwei Stockwerke liebevoll mit entsprechenden Motiven. Damit ergaben sich schnell die Namen für die beiden Kindergruppen: die Afrika- und die Asiengruppe.

Auch wenn es laut stellvertretendem Landrat, Michael Dankerl, „viele Hürden zu überwinden“ gab, befindet sich nun in Cham, wie auch in Weiden, eine „Außenstelle“

der KJP. Schon im Herbst letzten Jahres hatte im ehemaligen Schwesternwohnheim des Kreiskrankenhauses Cham die KJP-Ambulanz vorläufig den Betrieb aufgenommen, im Januar kam die Tagesklinik dazu. Über 300 Familien haben seitdem Rat gesucht und gefunden.

Dr. Fried Seier, Prokurist der medbo, begrüßte die zahlreichen Ehrengäste und die Mitarbeiter der Tagesklinik. Seier betonte die gute Zusammenarbeit von Stadt, Landkreis und Bezirk, ohne die ein solches Vorhaben nicht zustande gekommen wäre. Bezirkstagspräsident Rupert Schmid stellte heraus, wie wichtig und richtig die Entscheidung war, eine „Filiale“ in Cham zu errichten, denn „diese Region ist schon so lange unterversorgt gewesen. Das wohnortnahe Angebot der Klinik entlastet die Kinder und ihre Familien, denn der weite Weg nach Regensburg ist jetzt nicht mehr nötig“, so Schmid.

Den kirchlichen Segen spendeten Pfarrer Josef Triebenbacher und Pfarrerin Jutta Störch. Sie umschrieb die Therapeuten als den „verlängerten Arm Gottes“, der die jungen Patienten wieder zurück ins Leben führe.

Ein zwölköpfiges, multiprofessionelles Team unter der Leitung von Oberärztin Bettina Hallermann kümmert sich um die kleinen Patienten. Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialpädagogin, Ergotherapeutin, Motopädin, Musiktherapeutin und Logopädin sorgen für eine dichte therapeutische Tagesstruktur. Pflege- und Erziehungsdienst sorgen für eine liebevolle therapeutische Atmosphäre und unterstützen die Kinder im Alltag. Wer also wegen emotionalen, Verhaltens-, Aufmerksamkeits-, Aktivitäts-, Tic- oder Anpassungsstörungen in die Einrichtung kommt, befindet sich in besten Händen.

Die (Um-)Baukosten für die Einrichtung beliefen sich auf 1,1 Mio. Euro für die Klinik und 200.000 Euro für die interne Schule für Kranke, wovon ca. 1 Mio. Euro an Fördermitteln vom Freistaat und ca. 300.000 Euro vom Bezirk übernommen wurden. Dass das Geld richtig investiert war, konnten die Besucher bei der anschließenden Besichtigung mit eigenen Augen sehen.

Die KJP-Tagesklinik und Ambulanz in der Holzstraße 1 in Cham ist unter +49 (0) 9971 / 76655-9500 oder klinik-kjp-cham@medbo.de zu erreichen. (NEC)

Im Keller der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erblickte ein neues Kind das Licht der Welt: Das ambulante Angebot wurde erweitert um die Spezialambulanz für Kinder im Kindergartenalter. Für Kinder mit Entwicklungs- und/oder Verhaltensstörungen wird dort eine intensivierte Diagnostik angeboten. Die so gewonnenen Befunde sollen Eltern und Mitarbeitern von Kindergärten, schulvorbereitenden Einrichtungen und Jugendamt helfen, mit den Problemen dieser Kinder besser umzugehen. Neben der Behandlung der aktuellen Schwierigkeiten dient dies auch der Prävention von Sekundärerkrankungen wie emotionalen Störungen aufgrund nicht oder nicht rechtzeitig erkannter kinderpsychiatrischer Erkrankungen. Auch der Verlauf bereits bestehender Erkrankungen wie Frühkindlicher Autismus, Sprachentwicklungsstörungen, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens kann so durch eine frühzeitige und adäquate Förderung moderiert und gemildert werden.

An diesem Ziel arbeiten gemeinsam Diana Frischholz, Karin Heinzl und Evi Reitzer-Dorn, Mitarbeiterinnen des Erziehungs- und Pflegedienstes, sowie Rosemarie Schmötzler, Dr. Sabine Schneble und Dr. Christiane Bormann-Kischkel. Er-

gotherapie und Sprachdiagnostik werden von Cathrin Thanner und Inga Peicher abgedeckt. In intensiven wöchentlichen Gesprächen sind auch die Eltern in diese Arbeit eingebunden und erfahren so, angeleitet durch die Mitarbeiterinnen der Spezialambulanz, Hilfestellung für die Bewältigung schwieriger Situationen zu Hause.

Für etwa acht bis zwölf Wochen besucht ein Kind montags bis freitags von 8:00 bis 11:30 Uhr diese Gruppe. Gemeinsam mit drei bis vier anderen Kindern verbringt es den Vormittag. Morgen- und Abschlusskreis, ein gemeinsames Lied, Finger- und Bewegungsspiele, Einzelbetreuung und natürlich auch Freispielzeit schaffen eine Tagesstruktur. Lieder, Spiele und Bastelarbeiten beziehen sich auf ein wöchentliches Thema, etwa Piraten

oder Bauernhof. Darüber hinaus wird der Tagesablauf eines jeden Kindes sehr individuell von seinem Förder- und Anleitungsbedarf bestimmt. Und dabei spielt auch die Tigerlilly eine wichtige Rolle!

Dr. Christiane Bormann-Kischkel war bis 2015 Leitende Psychologin Diana Frischholz ist Sozialpädagogin der KJP am Bezirksklinikum Regensburg





Aus dem KJP
Leistungsspektrum

Autismus bei Kindern und Jugendlichen – Teil 1

Dr. Christiane Bormann-Kischkel

Autismus ist eine tiefgreifende, viele Lebensbereiche umfassende und nicht heilbare Entwicklungsstörung. Ihre Leitsymptome zeigen sich meist bis zum 36. Lebensmonat eines Kindes. In dieser und der nächsten Ausgabe widmet sich SYNAPSE dieser Störungsgruppe, an der etwa ein Prozent der Bevölkerung ein Leben lang leidet.

Den Autismus“ gibt es nicht. Experten sprechen von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), die durchaus heterogene Erscheinungsbilder beschreiben. Viele der Verhaltensauffälligkeiten gerade beim (früh-)kindlichen Autismus sind zudem nicht ASS-spezifisch, sondern können auch bei anderen Störungen auftreten: Seien es Lese-/Lernstörungen, Bindungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

ASS sind organisch bedingte Störungen, die nicht psychogen verursacht, sondern erblich veranlagt sind. Symptomatisch handelt es sich um Auffälligkeiten bei der gegenseitigen sozialen Interaktion, bei Kommunikation und Sprache, sowie um repetitive, restriktive und oft stereotypische Verhaltensmuster der Kinder.

Bei vielen Kindern bestehen zusätzliche psychiatrische oder neurologische Erkrankungen wie Epilepsie, Störungen der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, Phobien, Tic- und Zwangsstörungen sowie depressive Störungen vor allem bei jungen Erwachsenen mit guter Intelligenz.

Gestörte emotionale Wahrnehmung

Bereits von den ersten Lebenswochen an spielt der emotionale Austausch zwischen Säuglingen und ihren Eltern eine wesentliche Rolle für ihre Entwicklung. Bei vielen ASS-Kindern ist dieser emotionale Ausdruck

eingeschränkt. Häufig sind es Auffälligkeiten in der sozio-emotionalen Kommunikation, die die Eltern als erstes irritieren, ohne dass sie es immer recht in Worte fassen können. Diese Kinder lächeln ihre Eltern nicht an, recken ihnen nicht die Ärmchen entgegen, sind entweder extrem ruhig und genügsam, oder übererregbar und untröstlich.

Im Verlauf der normalen Entwicklung lernen Kinder, anhand des mimischen Ausdrucks der Eltern deren Aufmerksamkeit zu lenken, oder sie orientieren sich auch mit ihrem eigenen Verhalten daran. Wenn die Mutter neuen, angstauslösenden Gegenständen gegenüber gelassen und sicher ist, erkunden die Kinder diese sehr viel schneller, als wenn die Mutter ängstlich gegenüber dem fremden Objekt reagiert (social referencing).

All diese Hilfsmittel stehen den autistischen Kindern mit diesem Defizit nicht oder weniger zur Verfügung. In einer Unzahl von Experimenten ist beschrieben worden, dass autistische Kinder den emotionalen Ausdruck anderer Menschen nicht oder schlechter verstehen als andere Kinder mit vergleichbarem Entwicklungsstand. Sehr viele Arbeiten gibt es hierbei zum Verständnis des mimischen Ausdrucks. Aber auch die Zuordnung von stimmlichen emotionalen Äußerungen oder emotionalen Begriffen zu entsprechenden Abbildungen ist beeinträchtigt. Gesten und Körperhaltungen werden von diesen Kindern ebenfalls nicht so gut erkannt.

Verhaltensprobleme im Alltag

Dabei handelt es sich nicht um einen „Alles-oder-Nichts“-Prozess. Einfache Emotionen wie Zorn, Trauer, Freude werden zumindest von den Kindern mit einer besseren kognitiven und sprachlichen Entwicklung erkannt, komplexere Emotionen wie Stolz oder Scham sind jedoch auch für sie schwieriger.

Es gibt Hinweise, dass die Kinder mit Autismus, wenn sie Emotionen erkennen, dies doch mit anderen Prozessen tun. Der emotionale Ausdruck ist für sie häufig weniger relevant als andere Aspekte. Gibt man ihnen zum Beispiel drei Foto-Karten vor, von denen sie zwei auswählen sollen, bevorzugen einige von ihnen jene zwei Karten, auf denen das gleiche Gesicht abgebildet ist. Andere, vor allem die nicht-sprechenden Kinder, wählen zwar die Karten mit der gleichen Emotion, vergleichen sie aber anhand der Öffnung der Mundpartie. Sie können diese Bilder auch nicht der entsprechenden emotionalen Lautäußerung zuordnen, so dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass sie die Mimik des Gesichts verstanden haben. Sie haben sich an Einzelmerkmalen orientiert, aber die Gestalt und den Inhalt nicht wahrgenommen.

Diese umfassende Schwierigkeit, soziale Signale angemessen zu beachten, zu verstehen und darauf zu reagieren, erklärt manche Verhal-

Fortsetzung auf Seite 20

Multiaxiale Diagnostik nach ICD 10:

- Achse I: Kinderpsychiatrische Diagnose
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: Körperliche Symptomatik
- Achse V: Psychosoziale Umstände
- Achse VI: Ausmaß der globalen Beeinträchtigung



Fortsetzung von Seite 18

tensprobleme im Alltag. Bei ironischen Äußerungen widersprechen sich emotionaler Ausdruck und semantischer Inhalt. Wenn diese Kinder nur beachten, was gesagt, und nicht wie es gesagt wird, missverstehen sie zwangsläufig solche Aussagen. Das kann durchaus schwerwiegende Folgen haben. So wird berichtet, dass ein Arbeitgeber ziemlich erbost einen jungen Mann mit Autismus auf einen Fehler hingewiesen und ihm gedroht hatte, wenn er das nochmal mache, könne er ein blaues Wunder erleben. Der junge Mann hat den gleichen Fehler prompt nochmal begangen in Erwartung dieses zitierten blauen Wunders.

Mögliche Ursachen

Es gibt Hinweise auf gestörte hirneurophysiologische Entwicklungsabläufe bei ASS-Patienten: ein schon lange bekanntes Phänomen ist bei jungen Kindern ein zu großer Kopfumfang, der sich aber mit dem Alter wieder verliert. Gleichzeitig gibt es aus neuroanatomischen Untersuchungen Hinweise darauf, dass Prozesse der Spezialisierung und Vernetzung von Nervenzellen in den ersten Lebensjahren nicht in gleicher Weise stattfinden wie bei ungestörten Kindern. Diese Spezialisierungsvorgänge bedeuten, dass bestimmte Bahnungen sich ausbreiten und andere Nervenfasern, die nicht benötigt werden, wieder abgebaut werden. Grob vereinfacht könnte man sagen, dass bei den autistischen Kindern zu viele Gehirnzellen da sind, die aber nicht in die notwendigen Spezialisierungen eingebaut werden.

Mittlerweile gibt es mittels bildgebender Verfahren auch viele Hinweise, dass bei erwachsenen Menschen mit Autismus jene Teile vom Hirn nicht oder weniger aktiv sind, mit denen wir im weitesten Sinn soziale Verhaltensweisen verarbeiten. Das bedeutet, dass diese Menschen andere Bereiche ihres Gehirns einsetzen, um diese Informationen zu verarbeiten, diese Zonen dafür jedoch nur bedingt geeignet sind. Dies alles sind sehr span-

nende Befunde, aber sie sind immer noch sehr unspezifisch und im Einzelfall zu ungenau, als dass man sie zu diagnostischen Zwecken heranziehen könnte.

Erblichkeit

Aus Familienuntersuchungen ist bekannt, dass das Risiko, an einer autistischen Störung zu leiden, bei Geschwistern autistischer Kinder gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht ist. Auch bei eineiigen Zwillingen ist die Konkordanz höher als bei zweieiigen Zwillingen. Man geht davon aus, dass verschiedene Anlagen oder Dispositionen vererbt werden, die als „Verhaltensphänotyp“ häufiger bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten auftreten können, ohne dass diese an einem autistischen Syndrom leiden. Aus genetischen Analysen von betroffenen Familien leitet man ab, dass Abweichungen an mindestens drei bis vier unterschiedlichen Genen auftreten müssen, um dieses Störungsbild zu verursachen.

In verschiedenen Untersuchungen wurde auch die Ortung auf bestimmten Chromosomen versucht, aber hier sind etwa zehn verschiedene Chromosomen ins Spiel gebracht worden. Trotz der wissenschaftlichen Fortschritte ist eine Heranziehung der einzelnen Erkenntnisse zu diagnostischen Zwecken im Einzelfall oder etwa zur genetischen Beratung noch nicht möglich.

Multiaxiale Diagnostik

Sowohl die Tatsache, dass ein Kind sich entwickelt, wie auch seine Einbindung in unterschiedliche Lebensbereiche wie Familie, Schule oder die Gleichaltrigengruppe erfordert eine umfassende Beschreibung eines Kindes. Deshalb werden in der Kinderpsychiatrie mehrere Beschreibungsdimensionen oder Achsen verwendet. Die klassischen Untersuchungsmethoden sind dabei neben dem Gespräch mit dem Kind selbst die Beschreibung der Entwicklungs-

geschichte durch die Eltern, die körperliche, neurologische und psychologische Untersuchung, die Verhaltensbeobachtung des Kindes. Auch die Stellungnahmen der Lehrer etwa in den Zeugnissen oder auch in der direkten Beobachtung sind wichtig.

Achse I: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ASS)

Für die Diagnose des Autismus ist die erste Achse relevant, auf der die kinderpsychiatrische Diagnose im engeren Sinn abgebildet wird. Nach der ICD 10 wird zwischen dem „Frühkindlichen Autismus“ und dem „Asperger Syndrom“ differenziert. Beide unterscheiden sich deutlich in der Ausprägung der Symptomatik in den ersten fünf Lebensjahren. Ein weiterer Unterschied besteht in der intellektuellen Begabung. Da es im lebenslangen Verlauf aber zu einer Angleichung in der Symptomatik kommt, wird in der neuen Version der DSM-V nur noch die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung vergeben. Eine Diffe-

renzung nach dem Ausmaß der intellektuellen Beeinträchtigung erfolgt hier innerhalb der diagnostischen Kategorie. Ob eine entsprechende Veränderung auch im ICD 11 realisiert werden wird, bleibt abzuwarten.

Manchmal ist durch die Entwicklungsgeschichte und die Beobachtung des Kindes recht schnell

klar, ob bei ihm die Diagnose eines frühkindlichen Autismus zutrifft. Manchmal ist das Bild aber auch sehr komplex, so dass man, um ganz sicher zu gehen, einige spezifische Untersuchungsmethoden durchführen muss. Als sogenannter „Gold-Standard“ gelten ein sehr umfangreiches Elterninterview und eine ebenso aufwändige Verhaltensbeobachtung des Kindes.

Störungsspezifische Diagnostik: ADI-R, ADOS

Diese Instrumente wurden von internationalen Forschergruppen im Rahmen genetischer Untersuchungen von autistischen Störungen entwickelt. Für den internationalen Vergleich dieser Daten war es erforderlich, sicher zu stellen, dass überall die gleichen Diagnosekriterien verwendet wurden. Die Durchführung dieser Interviews und vor allem der Verhaltensbeobachtung, des ADOS, ist nicht leicht und muss in speziellen Ausbildungskursen erlernt werden.

Dr. Christiane Bormann-Kischkel war bis 2015 Leitende Psychologin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg



Autismus – Teil 2

Psychologische Theorien und Erklärungsmodelle

Dr. Christiane Bormann-Kischkel

In Teil 1 der SYNAPSE-Serie zu Autismus-Spektrum-Störungen bei Kindern ging es um die Beschreibung der Störungsbilder und deren Diagnose. Teil 2 beschäftigt sich mit möglichen Therapieansätzen, die den Kindern und Jugendlichen zu einem halbwegs normalen Alltag verhelfen sollen.

Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) können hören, sehen, schmecken, fühlen, aber sie haben Schwierigkeiten, diese Wahrnehmungseindrücke in der gleichen Weise wie wir zu verarbeiten. Daher verstehen sie die Welt um sie herum häufig anders als wir. Seit den 1970er Jahren gibt es in der psychologischen Fachliteratur unzählige Ansätze, diese Andersartigkeit der kognitiven Prozesse experimentell zu beschreiben und im Rahmen einer oder mehrerer Theorie zu erklären. Diese Theorien liefern zwar keine Erklärungen für die Ursachen der Störung, wohl aber Erklärungen für spezifische Verhaltensweisen der Kinder und sind so von großer Bedeutung für den Umgang mit ihnen. In einem zweiten Schritt sind solche Modelle hilfreich, zum Beispiel bei Studien mit bildgebenden Verfahren theoriegeleitet nach spezifischen strukturellen und/oder dynamischen Unterschieden auf organischer Ebene zu suchen. Neben psychologischen Therapien sind natürlich auch medikamentöse Behandlungen in Betracht zu ziehen. Zu beachten ist hier, dass sich die Indikation aus der symptomatischen Behandlung spezifischer Probleme (etwa Aufmerksamkeitsstörungen, Aggressive Verhaltensweisen, Zwänge, Depressionen) ergibt. Eine medikamentöse Behandlung der Kernstörung ist derzeit nicht möglich.

Gestörtes soziales Verständnis

Die soziale Interaktion zwischen Eltern und ihren Kindern unterstützt und fördert die emotionale und kognitive Entwicklung. Dies beginnt prak-

tisch mit dem ersten Lebenstag der Kinder. Zwischen den Merkmalen elterlicher Äußerungen und den Reaktionen von Säuglingen bestehen extrem gute Feinabstimmungen, die in angeborener Weise das Verhalten von beiden regulieren. Wichtige Mittel dabei sind der mimische und vokale emotionale Ausdruck. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass viele Kinder mit ASS Schwierigkeiten haben, die emotionalen Signale anderer Menschen zu beachten, zu erkennen oder intuitiv zu verstehen. Werden basale Gefühle wie Freude, Angst, Wut häufig noch erkannt, so wird es schwieriger bei komplexen Emotionen wie beispielsweise Stolz, Verlegenheit, Scham.

Im nächsten Entwicklungsschritt geht es um die Fähigkeit, sich in andere hineinversetzen zu können, Empathie für andere zu zeigen: beides sind Fähigkeiten, die autistischen Menschen schwer fallen. Unter dem Begriff „Theory of Mind“ (ToM) versteht man das Verständnis, dass andere Menschen mit Absichten, Wünschen, Vorstellungen oder Wissen ausgestattet sind, die von den eigenen mentalen Inhalten abweichen können. Diese Fähigkeit entwickelt sich bei Kindern ab dem dritten bis vierten Lebensjahr. Entwicklungspsychologische Vorbedingungen zur Entwicklung einer ToM

sind die gemeinsam gerichtete Aufmerksamkeit (joint attention) und die Fähigkeit zur Imitation. Beide entwickeln sich vor dem Ende des ersten Lebensjahres, in beiden Bereichen zeigen viele autistische Kinder noch lange Zeit Defizite.

Durch das mangelnde Verständnis der Gefühle anderer Menschen wirken Kinder mit ASS häufig

Gedankenexperiment „Theory of Mind“ (ToM): Smarties-Packung

Wenn eine geschlossene Smarties-Packung beim Schütteln klappert, gehen Sie davon aus, dass Smarties drin sind. Beim Öffnen sehen Sie aber, dass Bleistifte in der Packung sind. Sie schließen die Packung wieder und fragen jemanden anders, der den Inhalt nicht gesehen hat, was darin sei. Was wird er Ihnen antworten? Wenn Sie eine ToM haben, werden Sie voraussagen, dass er „Smarties“ sagt. Wenn Sie keine haben, werden Sie „Bleistifte“ sagen. Warum ist das so? Wenn Sie über eine ToM verfügen, verstehen Sie, dass der andere nicht das Gleiche wissen kann wie Sie, denn er hat den Inhalt der Schachtel nicht gesehen.

Ohne ToM gehen Sie davon aus, dass es keinen Unterschied gibt zwischen dem, was Sie wissen, und dem, was ein anderer weiß.



unhöflich, rüde oder gefühllos (was sie aber nicht sind!). Im realen Leben wird man nicht nach dem Inhalt von Smarties-Schachteln gefragt (siehe Kasten), aber manchmal nach seinem Namen. Ein recht kluger Junge, der ins Gymnasium ging, beantwortete diese Fragen nicht nur nicht, sondern er ignorierte den Fragenden auch völlig. Nach dem Grund gefragt, antwortete er: „Ich weiß doch, wie ich heiße“. Er ging davon aus, dass der andere das auch wisse und fand das Ganze zu dumm, um darauf zu antworten.

Auch das häufig beobachtete Unverständnis indirekter Äußerungen wird so verständlich. Die Frage: „Kannst du mir sagen, wie spät es ist?“ wird nur mit einem „Ja“ beantwortet, weil die eigentliche Absicht des Fragenden, in höflicher Weise die Uhrzeit zu erfahren, nicht verstanden wird. Solche Fertigkeiten können und müssen geübt werden. Aber es zeigt sich oft, dass die spontane Übertragung in den Alltag nicht einfach ist.

Schwache zentrale Kohärenz

Mit dem Begriff der „zentralen Kohärenz“ wird die Tatsache bezeichnet, dass unsere kognitiven Prozesse darauf ausgelegt sind, Einzelheiten schnell in einen gesamtheitlichen Zusammenhang zu integrieren. Das Modell der schwachen zentralen Kohärenz besagt, dass autistische Kinder diesen Gesamtzusammenhang nicht erkennen oder ihn vernachlässigen, dafür aber Details umso genauer beachten. Interessanterweise gibt es einige Aufgaben, bei denen diese Vernachlässigung der zentralen Kohärenz von Vorteil ist. So ist eine schwache zentrale Kohärenz von Vorteil, etwa beim Mosaiktest, einem Bestandteil vieler Intelligenztests. In der Tat sind Kinder mit ASS hier etwa gleich gut oder sogar besser als vergleichbar intelligente Kinder ohne ASS.

Mit diesem Modell lässt sich die Schwierigkeit autistischer Kinder ganz gut zusammenfassen, die „den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“.

Details werden von ihnen außerordentlich schnell und genau erfasst, aber der inhaltliche Kern nicht. Es wird möglicherweise deutlich, wie schwer es für diese Kinder ist, ein Bild zu beschreiben oder eine komplexe Situation zu erfassen, wenn alles für sie nur aus Details besteht, die keinen Zusammenhang ergeben.

Exekutive Dysfunktion

Exekutive Funktionen bezeichnen eine Gruppe kognitiver Strategien, mit denen wir unser Handeln planend an Veränderungen in der Umwelt anpassen können. Vorausplanen und Flexibilität sind wesentliche Voraussetzungen für exekutive Funktionen. Diese Fähigkeiten werden mit unterschiedlichen Tests untersucht. Ein sehr anspruchsvoller Test ist der „Turm von Hanoi“. Die Aufgabe besteht darin, in möglichst wenigen Zügen unterschiedlich große Plättchen von einem Stab auf ei-

Fortsetzung von Seite 23

nen anderen zu transportieren, wobei man nur immer ein Plättchen auf einmal bewegen und nur ein kleineres auf ein größeres legen darf (siehe Bilder Seite 38). Solche Aufgaben erfordern sehr viel Planung, vorausschauendes Denken und Flexibilität, weil zwei Regeln gleichzeitig beachtet werden müssen.

Auch bei diesen Denkstrategien sind die Leistungen von Kindern mit ASS schlechter als die anderer Kinder. Jeder, der den Alltag mit autistischen Kindern kennt, weiß, wie schwer es ihnen fällt, mehrere Teile einer Handlung in die richtige Reihenfolge zu bringen, oder auch wie schwierig die Änderung gewohnter Routinen ist. Eine Mutter berichtete einmal, dass ihre 16jährige Tochter, Gymnastin mit Asperger-Syndrom, zu Hause



Diese Andersartigkeit wird meistens als defizitär erlebt. Besonders gravierend ist dies in der Pubertät, in der durch die entwicklungsbedingte Lösung von den Eltern ein Schutz wegfällt, der in der Gruppe der Gleichaltrigen in der Regel nicht gegeben ist. Viele Menschen mit Asperger Syndrom erleben die Welt als chaotisch, unvorhersehbar und deshalb auch bedrohlich. Ein Junge, der Signale der nonverbalen Kommunikation nicht verstand, war der Meinung, andere Menschen könnten zaubern, da sie stets mehr wüssten als er, auch wenn er das gleiche gehört hatte wie sie.

Eine Therapie muss immer eine gute Psychoedukation von Eltern, Lehrern und der Betroffenen selbst beinhalten. Das Ziel wird nie eine vollständige „Normalisierung“ sein können, sondern bei allen ein Verständnis für die Einschränkungen zu entwickeln.

Effektive Therapiekomponenten

„Die“ Autismus-Therapie gibt es nicht. Therapeutische Ansätze müssen sich immer am Alter, am Problem und an den Interessen des Kindes orientieren. Generell hat sich in vielen Untersuchungen ein klar strukturiertes, am Verhalten orientiertes Vorgehen als effektiv erwiesen. Hierfür stehen viele zertifizierte therapeutische Programme zur Verfügung. Dies sollte aber nicht zu einer rigiden Applikation von Verhaltensvorschriften führen. Die folgenden Therapiepunkte sollten als Orientierungshilfen und nicht als Handlungsanweisungen verstanden werden:

- Orientierung am Entwicklungsstand
- Aufbau von Interaktions- und Kommunikationsstrategien (verbal, Gebärden, Bildkarten)
- Förderung des sozialen Verhaltens und der Spielaktivitäten mit Gleichaltrigen
- Stereotypen und Rituale als Motivations- und Belohnungspotential einsetzen
- Nötige Freiräume und Entlastungen schaffen
- Partnerschaftliche Einbeziehung der Eltern
- Erarbeitung eines Störungsverständnisses

Eine Inklusion in entwicklungs-gemäße soziale und schulische Zusammenhänge ist anzustreben, muss aber die individuell nötigen Freiräume gewähren können. Eine besondere Herausforderung stellen jene Kinder und Jugendlichen dar, die in ihren eigenen Interessen deutlich zufriedener sind und Förderung oder soziale Interaktionen mit anderen vermeiden. Hier ist es nötig, zunächst gegen den scheinbaren Willen des Kindes seine Interessen sehr behutsam auszudehnen, und so seine Erfahrungswelt zu vergrößern. Diese Anpassung muss für jedes Kind und für jeden Jugendlichen neu geschaffen werden: eine immer wieder neue, die Kreativität und Fantasie, aber auch die eigene Persönlichkeit herausfordernde Aufgabe.

Dr. Christiane Bormann-Kischkel war bis 2015 Leitende Psychologin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg



Psychoedukation

Trotz der sozialen Naivität bemerken vor allem Kinder und Jugendliche mit Asperger Syndrom häufig, dass sie anders sind als andere Menschen.

Musiktherapie kann in Psycho- und in ressourcenorientierte Therapien geordnet werden. Sie arbeitet mit verschiedenen aktiven Methoden des Musik-„Machens“ sowie rezeptiven Techniken. Hierzu gehören Musikimagination, Fantasiereisen, der Einsatz von Märchen, Objekten und Bildern. Der Musiktherapeut ist nicht nur Musiker, sondern verfügt über profundes psychologisches Wissen.

In einer Klinik, die ganz neu aufgebaut wird, ein nicht so bekanntes Therapieverfahren zu etablieren, ist eine spannende Aufgabe. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) am Bezirksklinikum Regensburg wurde 1993 mit einer Station eröffnet. 1995 wurde das stationsübergreifende Therapeutenteam durch die Musiktherapie ergänzt. Heute ist die Musiktherapie aus der KJP nicht mehr wegzudenken.

Das Besondere in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist deren natürliche Lebendigkeit, die eine ganz besondere Ressource darstellt. Sie findet ihren Ausdruck durch Klingeln, Malen, Schreiben, Spiel mit Objekten und Bewegung. In der gesunden körperlich-geistigen-seelischen Entwicklung ist ein offenes Zugehen auf die unterschiedlichen Ausdrucksmedien normal. Hier liegen die Ansätze, um die Patienten ganzheitlich zu fördern beziehungsweise die Entwicklungsstörungen zu diagnostizieren und Veränderungen zu erreichen. Spaß und Freude stehen immer an erster Stelle.

Musik ist eine „besondere Helferin“. Klang verbindet Menschen sofort. Speziell in der Musiktherapie kommen durch die Aspekte Geräusch, Klang, Melodie, Rhythmus, Harmonie, Disharmonie Gefühle zum Klingen. Dabei spielt die Entwicklungsgeschichte der Menschheit eine große Rolle. Musik wird durch den Gehörsinn schon während der Schwangerschaft aufgenommen und kann sich durch ihre Aspekte in verschiedenen, auch den für Emotionen zuständigen Hirnarealen abbilden.

Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg Musik – Die besondere Helferin

Rosa Büchele

Fortsetzung von Seite 25

Jedes Instrument besitzt besondere Eigenschaften, die je nach emotionaler Entwicklungsstufe und Therapiephase bedeutsam wird. So können die Patienten durch das Instrument in seiner Größe, Form, seiner Spielart, seinem Klang, seiner Kraft und Lautstärke angesprochen werden. Die Momente, in denen Instrumentenwahl, Spielintensität und die Entwicklung in einer Improvisation stimmig sind, erzeugen sich eine besondere Atmosphäre.

Musiktherapie ist Psychotherapie

Grundlage jeder Psychotherapie ist, verloren gegangenes Urvertrauen wahrzunehmen, die Folgen, die sich im Verhalten widerspiegeln, zu erkennen und im Kontext der Lebensumstände verstehen zu lernen. Ziel ist, die innere und äußere Lebenssituation so zu gestalten, dass Veränderung stattfinden kann. Musik wirkt durch die Entwicklung des Gehörs weit in die vorsprachliche Zeit. Sprache wird in ihrer emotionalen Aussage aufgenommen. Erlebnisse, Atmosphäre und Qualität der Bindung werden aufgenommen und sind lebenslang präsent.

Durch den aktiven Umgang mit Musik in einer Improvisation oder rezeptiv in einer Musikimagination können auch sehr frühe Defizite und Störungen wieder erlebbar und dadurch therapeutisch bearbeitet werden.

Musikimprovisation als zentrales Element

Die zentrale Intervention der aktiven Musiktherapie ist die Musikimprovisation. Sie kann durch das Kind alleine, mit dem Therapeuten oder in der Gruppe, aus dem Moment oder durch ein Thema aus dem Therapieprozess heraus entstehen. In der Improvisation können diese Themen wahrnehmbar werden. Im Gegensatz zur verbalen Kommunikation geschehen Klänge gleichzeitig. Sie erscheinen nicht als „meine“ und „deine“ Musik, sondern greifen wie Gefühle, Stimmungen und Atmosphären ganz natürlich ineinander, werden ganzheitlich aufgenommen. Für diese Art des Musizierens und das Verstehen

dessen, was psychodynamisch geschieht, braucht der Therapeut eine besondere Form, die sogenannte „frei flottierende Aufmerksamkeit“.

Durch dieses aktive intuitive Geschehen tauchen bei den Patienten oft Ressourcen auf, die zuvor nie als solche erkannt wurden, etwa zu erleben, musikalisch zu sein, etwas gestalten, sich konzentrieren, sich und anderen zuhören und seine Gefühle ausdrücken zu können. Dies wirkt sich direkt auf das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen aus. Die Erfahrung, dass jede Nuance der psychischen Energie in der Musik durch die Auswahl der Instrumente und der Spielweise gespiegelt wird, gibt die Sicherheit, dass jede Form der inneren Energie, also auch Wut, erlaubt ist und dass jeder Ausdruck Musik bleibt.

Die Improvisation findet nicht nur in der Musik statt, sondern auch im Verbalisieren des Geschehenen. Dadurch wird das Erlebte therapeutisch nutzbar. Die „Fremdsprache“ Musik und die vom Therapeuten erkannte Psychodynamik zu übersetzen, fordert seine Kreativität. Vor allem Geschichten, Bilder, Transfer in den Alltag, zum Therapiethema passende Märchen helfen beim Übersetzen und können so auf altersadäquate Weise zum Verstehen beitragen. Die Vorstellung, die Musik sei ein Detektiv, der etwas sichtbar macht, was nicht offensichtlich ist, hilft, von der Wahrnehmung zum Erkennen und zum Verstehen intrapsychischer Vorgänge zu kommen.

Häufig bewerten Kinder und Jugendliche ihre Musik. Um auch hier einen spielerischen, kreativen Umgang zu vermitteln, können durch Interventionen, die immer erst in die Phantasiewelt führen, andere Begriffe und Bilder für „gut“ oder „schlecht“ gefunden werden. Eine Musikimprovisation als Filmmusik zu betrachten, lässt die eigene Person erst in den Hintergrund treten, um sie dann durch Übertragung auf sich selbst wieder in den Vordergrund zu rücken. Im „narrativen“ Erzählen zeigen sich die psychischen Themen der Patienten sehr deutlich. Sie können vor allem emotional wahrgenommen und vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte verstanden werden.



Ressourcenorientierte Musiktherapie

Neben der tiefenden Musiktherapie spielt die ressourcenorientierte Musiktherapie eine wichtige Rolle. Spaß und Freude, Erleben von Selbstwirksamkeit sind ein wichtiger Motor in der Entwicklung zu einer gesunden Persönlichkeit. Das Erlernen eines Instrumentes hilft vielen Kids, nach dem Klinikaufenthalt diese Ressource weiter zu entwickeln. Die häufig gemachte Erfahrung, „unmusikalisch“ zu sein, wird durch den andersartigen Umgang, in dem mit den kleinsten erlernten musikalischen Bausteinen improvisiert wird, positiv verändert.

Der Musiktherapeut

Musik zu machen gehört zum Menschsein. Sie auf einer therapeutischen Ebene anzuwenden, setzt anderes Wissen voraus als ein Berufs- oder Hobbymusiker benötigt. Neben dem musiktheoreti-

schen Wissen, das in der Analyse einer Improvisation beim Erfassen von Phänomenen helfen kann, ist vor allem das Wissen über Beziehungsgestaltung wichtig: ob Motive sich entwickeln oder unverbunden aneinandergereiht werden, ob die Dynamik einförmig ist, ob und wie auf Mitspieler reagiert wird, ob sich jemand begleiten lässt, ob jemand die Führung übernimmt, ob Phrasierung vorhanden ist und wie ein Schlusspunkt gefunden wird.

Der Musiktherapeut muss einerseits theoretisches Basiswissen haben (etwa Entwicklungspsychologie, Emotionstheorie, Bindungstheorie, Integrative Therapie, Musiktheorie, Psychopathologie). Andererseits muss er wach sein für Übertragungsphänomene, die durch Selbsterfahrung und Supervision erlebt und verstanden werden. Er arbeitet mit einem „leeren“ Kopf und gleichzeitig „theoriegeleitet intuitiv“.

Sternstunden jedes Musiktherapeuten sind, wenn in Improvisationen die Persönlichkeit, Psychopathologie und Bindungsstruktur eines Kindes oder Jugendlichen für alle Anwesenden unmittelbar greifbar wird.

Die Entwicklungspsychologie ist vor allem in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen enorm wichtig. Unter den neueren Entwicklungspsychologen spielt Daniel Stern eine zentrale Rolle. Er teilt die Grundfähigkeiten der Beziehungsgestaltung in Modi ein. Die Art und Weise der Beziehungsaufnahme, die sich in der Musik oder im freien Spiel darstellt, kann zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) (Schumacher, Calvet-Kruppa) in einer prozessualen Diagnostik genutzt werden.

Dieses theoretische Wissen findet ihren direkten Niederschlag in den musikalischen Interventionen, die dem erkannten Modus entspre-

chen. Es kann ein emotionales „Nachnähren“ stattfinden, indem dieser Modus lange Zeit mit dem Patienten musikalisch auskostet wird, bis von ihm ein Weitergehen in den nächsten Modus angeboten wird. Ein solches Angebot kann auch vom Therapeuten in Form einer „musikalischen Provokation“ gegeben werden. Ob der Zeitpunkt für eine Veränderung passt, zeigt sich in der nach wie vor stattfindenden Musikimprovisation. So kann einerseits die in der früh-kindlichen Entwicklung vermisste Feinfühligkeit, andererseits Abgrenzung, Ablösung hin zur Selbständigkeit erlebt und ausprobiert werden. Bei anderen Therapiethemen können andere Theorien zum Tragen kommen.

Rosa Büchele war von 1995 bis 2014 Musiktherapeutin in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg

Warum Rituale für Kinder so wichtig sind Nikolaus, Christbaum und Gute-Nacht-Geschichte

Dr. Christian A. Rexroth

Plätzchenbacken, Kalendertürchen öffnen und Weihnachtslieder singen: Die Advents- und Weihnachtszeit ist voller Brauchtum. Neben der Lebensfreude, die solche Traditionen und Rituale vermitteln, sind sie aber auch für das Großwerden der kleinen Menschen wichtig.

Unter einem Ritual versteht man eine kulturell eingebundene beziehungsweise bedingte Interaktion mit der Umwelt, die sich im Sinne eines „gelernten Tuns“ als geregelter Kommunikationsablauf beschreiben lässt. So beschreiben es zumindest Experten. Für Kinder ist allerdings erstmal eines wichtig: Rituale müssen Spaß machen, damit man sie immer wieder machen möchte – und ohne Mama, Papa, Geschwister und Freunde als Mitmacher geht gar nichts. Das Miteinander zählt hier. Und das gilt für den Spiele-Abend genauso wie für das Kuseln vor dem Einschlafen.

Rituale finden sich in unterschiedlichsten sozialen Zusammenhängen: In der Familie, in der Schule oder später in der „Clique“. Sie haben neben der Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung und des Gruppenzusammenhalts auch eine identitäts- und sinnstiftende Funktion: Sie vermitteln dem Kind Halt und Orientierung und sind insgesamt Ausdruck des menschlichen Selbstbewusstseins.

Rituale vereinfachen die Bewältigung komplexer sozialer Situationen. Sie zeigen uns, wie man richtig und konstruktiv miteinander umgeht, wie man sich durchsetzt oder sich fügt und Rollen akzeptiert. Rituale führen in gewisser Weise zu routinierten Abläufen, die eine große Bedeutung bei Kindern und Jugendlichen haben, jedoch auch für Erwachsene wichtig sind. Ein Beispiel: Zur Begrüßung reichen wir uns als Kinder und als Erwachsene die Hand und signalisieren damit, dass wir offen für den anderen sind und „friedliche Absichten“ haben. Im Rahmen der Entwicklung eines Menschen wirken Rituale damit prägend auf die Ausbildung von Persönlichkeit und Charakter.

Rituale: Schon bei den ganz Kleinen ganz groß

Entsprechend dem Fürsorgebedarf ist der äußere Rahmen umso wichtiger, je kleiner ein Kind ist. Bereits im Säuglingsalter geben Fingerspiele, Singen und Vorlesen das Gefühl von familiärer Zugehörigkeit und Geborgenheit. Bei Kleinkindern finden ritualisierte Handlungen in Form von zum Beispiel Tischgebeten, Geburtstagsfeiern oder auch Gute-Nacht-Geschichten, dem Klassiker unter den Alltagsritualen bei Kindern, Bedeutung. Auch alltägliche Verrichtungen der Hygiene, wie etwa Händewaschen und Zähneputzen, gehören zu solchen ritualisierten Handlungen.

Kinder brauchen einen geregelten, rhythmischen Tagesablauf. Für dessen Ablauf bilden Rituale das Gerüst. Es gibt wissenschaftliche Studien, die die Bedeutung von Ritualen für die psychische und physische Gesundheit der Kinder hervorheben. Beispielsweise bringen unregelmäßige Bettgehzeiten den natürlichen Tag-Wach-Rhythmus des Kindes durcheinander. Dieser „Schlafentzug“ kann die Gehirnentwicklung und damit die Fähigkeit beeinträchtigen, das eigene Verhalten zu steuern. Im schlimmsten Fall entwickelt das Kind Verhaltensstörungen.

Andererseits sind regelmäßige und ungestörte Mahlzeiten mit der Familie ein „Anker“ im Tagesab-

lauf von Kindern und damit ein wesentlicher Schutzfaktor im Hinblick auf die Entwicklung von Übergewicht. Nebenbei vermitteln Zusammenkünfte der Familie, wie gemeinsame Mahlzeiten, als „Familienkonferenz“ neben Austausch auch Sicherheit und Ruhe.

Aus Kindern werden Jugendliche

Bei Mädchen und Jungen spielen Übergangsriten für den Eintritt in die Lebenswelt von Frauen und Männern eine wesentliche Rolle und dienen der Handlungsorientierung. Rituale sind auch von Bedeutung in der Schulpädagogik, insbesondere in der Grundschule, um den Unterricht aufzufrischen und lebendig zu strukturieren.

Rituale haben natürlich auch in der Welt der Erwachsenen einen festen Stellenwert. Zu nennen sind beispielsweise Feiern im familiären und gesellschaftlichen Rahmen, die lebenszyklisch oder auch ereignisbezogen vorkommen (etwa Geburt, Konfirmation/Kommunion, Heirat).

Die Medizin kennt ebenfalls degenerierte Rituale beispielsweise in Form von Zwangshandlungen. Die Betroffenen praktizieren hier Zwangsrituale gegen ihren Willen. Sie haben etwa den Zwang zum wiederholten Händewaschen oder müssen sich ständig überzeugen, dass Elektrogeräte ausgeschaltet und die Haustüre auch wirklich verschlossen sind.

Darüber hinaus haben Rituale auch struktur- und bedeutungstiftende Kraft in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Das ist für Menschen wichtig, die sprichwörtlich durch eine Krankheit aus dem Leben gefallen sind: hier ist die Aufgabe, neue oder verloren gegangene Alltagsrituale aufzubauen – Krippenspiel und Gute-Nacht-Rituale inklusive.

Dr. Christian A. Rexroth ist kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg





Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bindungsstörungen

Dr. Simon A. Meier

Frühe Bindungserfahrungen mit den Eltern prägen die sozio-emotionale Entwicklung eines Menschen nachhaltig und haben langfristige und deutliche Auswirkungen auf seine seelische Gesundheit.

Sich beispielsweise in Lebenskrisen Unterstützung aktiv einzuholen oder sie zulassen zu können, hängt ebenso in entscheidender Weise davon ab, welches interne Arbeitsmodell von Beziehungen erlernt worden ist, wie das Selbstwirksamkeitserleben in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben aufgestellt ist. Die Bindungsentwicklung ist somit immer unabdingbar mit der Autonomieentwicklung verknüpft.

Organisierte Bindungsmuster können dabei für ein Individuum einen protektiven Faktor darstellen (sicher-autonomes Muster) oder nicht (unsicher-vermeidendes beziehungsweise unsicher-ambivalentes Muster). Wenn diese stabilen und funktionierenden Strategien vorübergehend zusammenbrechen (etwa nach einem unverarbeiteten Trauma eines Elternteils) oder längerfristig versagen und dies folglich zu einer Bindungsdesorganisation mit Rollenkehr beziehungsweise Bestrafung und Kontrollausübung gegenüber einer Hauptbezugsperson führt, entsteht ein deutliches Emotionsregulationsdefizit, beziehungsweise eine emotionale Dysregulation. Dies kann einen bedeutsamen Risikofaktor für die psychische Gesundheit darstellen.

Bindungsstörung: Schwerwiegende psychische Erkrankung

Bindungsstörungen gemäß der ICD-10 oder der DSM-V stellen, weit über das Phänomen der Bindungsdesorganisation hinaus, eine der schwerwiegendsten psychischen Erkrankun-

gen des Kindes- und Jugendalters dar. Sie sind kontextübergreifende, tiefgreifende Beziehungsstörungen, die sowohl kognitive Fähigkeiten, als auch sozio-emotionales Verhalten und die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinträchtigen.

Als Begleiterkrankungen von Bindungsstörungen treten fast immer Aufmerksamkeitsstörungen, sehr häufig Sozialverhaltensstörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Teilleistungsstörungen sowie teilweise pseudoautistische Verhaltensweisen auf. Aufgrund der vielfältigen Komorbiditäten von Bindungsstörungen mit deren häufig „überschattenden“ Symptomen (etwa Aufmerksamkeitsstörung) bedarf es, neben umfangreicher und spezifischer Erfahrung auf diesem Gebiet, zusätzlicher gezielter und fundierter Methoden in der Diagnostik.

Hierzu zählen insbesondere eine altersangemessene und fundierte Bindungsdiagnostik, Verfahren zur Einschätzung der Persönlichkeitsentwicklung, der Emotionswahrnehmung, der vorliegenden Emotionsregulationsstrategien, sowie störungsspezifische Interviews und Fragebögen. Diese umfangreichen Untersuchungen können in allen Institutsambulanzen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie durchgeführt werden.

Perspektivenplanung

Neben der Diagnostik bieten die Institutsambulanzen ein umfassendes Angebot zur Therapie- und Perspektivenplanung für Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen, in Absprache mit ihren sorgeberechtigten Eltern, an. Dies beinhaltet sowohl einen patienten- und einen familienzentrierten therapeutischen Ansatz,

wie auch den Einbezug von Leistungen der Jugendhilfe.

Ein langfristig tragfähiger und Halt vermittelnder Lebensmittelpunkt, der die hohen alltäglichen Belastungen im Umgang mit den strukturell tiefgreifend gestörten Patienten immer wieder aushalten und abfedern kann, stellt dabei eine zentrale Säule der Behandlung dar. Durch Konstanz, Verlässlichkeit und Beständigkeit, die über neue, stabile Beziehungserfahrungen vermittelt werden, kann sich die Häufigkeit und Intensität der emotionalen Ausbrüche und aggressiven Durchbrüche deutlich reduzieren lassen.

Doch auch die Helfersysteme stoßen dabei immer wieder an ihre Grenzen. Deshalb wurde nun in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg eine neue Therapiegruppe (PEGAB – Psychoedukativ orientierte Therapiegruppe für Angehörige von Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen) für Angehörige wie etwa Adoptiv- und Pflegeeltern, sowie Mitarbeiter aus der Jugendhilfe (etwa Heimerzieher, Erziehungsbeistände), die in ihrer täglichen Arbeit Patienten mit Bindungsstörungen versorgen, ins Leben gerufen. Hierbei erfolgt neben der Vermittlung von spezifischem Störungswissen eine sehr praxisnahe Beratung anhand videogestützter Fallarbeit und Hausbesuchen. Wissenschaftlich evaluiert wird dieses neue und bisher weltweit einzigartige störungsspezifische Gruppentherapiekonzept durch den Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

*Dr. phil. Simon A. Meier ist
Diplom-Psychologe an der
Institutsambulanz der Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie am
Bezirksklinikum Regensburg*

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Schritte auf dem Weg, wieder gesund zu werden

Petra Ebertseder

Oft fängt es ganz harmlos an, mit der Vorgabe, gesünder zu essen, mehr Obst, weniger Zucker, wie die Ernährungsberater gerade Familien mit Kindern so ans Herz legen: Anorexie und Bulimie bei Kindern und Jugendlichen.

Auch aus Spiel, Sport und Spaß wird bei der hohen Leistungsbereitschaft der Kinder (und den Erwartungen von Eltern und Trainern) manchmal ein Regime aus Disziplin und Fettverbrennung. Und dann vergehen oft viele Wochen und Monate, in denen die Familie ums Essen diskutiert, mit Bitten und Forderungen der Eltern, mit Heimlichkeiten und Verweigerung bei den Kindern.

Individuelle Faktoren wie geringes Selbstwertgefühl oder Hang zum Perfektionismus, genetische Anlagen, ein Schlüsselerlebnis oder auch nicht, das omnipräsente Erfolgsrezept „Schlank-Sein“, Hungern als Versuch, sich abzuheben, besonders zu sein oder zumindest zu werden, als Lösungsversuch für familiäre Konflikte - verschiedene Faktoren spielen zusammen. Fast immer gerät die Familie aus den Fugen. Familien übrigens mit immer jüngeren Kindern, die an einer Anorexie erkranken, vor der Pubertät, manchmal sogar schon Zehnjährige.

Ambulanz für Essstörungen

Manche Familien führt der Weg, gesund zu werden, in die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Oft ist dies nicht die erste Anlaufstelle, sondern der Besuch erfolgt auf Empfehlung von Kinderärzten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Hier kann bei einem sehr kurzfristigen Termin eine erste Klärung erfolgen, ob zum Beispiel eine körperliche Stabilisierung in einer Kinderklinik nötig ist. Bei und nach einer ausführlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik können Weichen gestellt werden für ambulante oder stationäre Behandlung vor Ort oder in speziellen, überregionalen Behandlungszentren.

Ambulante Behandlungen (etwa in einer spezialisierten Gruppe für Jugendliche mit Essstörung) haben den Vorteil, dass die Kinder und Jugendlichen in ihrem häuslichen Umfeld (Familie, Schule, Freundeskreis) verbleiben können. Sie ist nur möglich, wenn die Jugendlichen körperlich stabil sind und eine gewisse Gewichtsgrenze nicht unterschreiten. Es bedeutet eine hohe Herausforderung für die Familien, zu Hause mit Essensplä-

nen zu hantieren, ohne sich noch mehr in Konflikte um das Essen zu verstricken.

Stationäre Behandlung

Im stationären Behandlungssetting ist es oft viel leichter für die Jugendlichen, sich an Essensvorgaben zu halten. Alle sitzen im gleichen Boot, die Vorgaben kommen von Profis, es geht dann nicht auch noch um Autonomie und Rollenkonflikte bei der Frage, wieviel Butter auf das Brot soll.

Gemeinsam ist bei ambulanter und stationärer Behandlung das Ineinandergreifen verschiedener Therapiebausteine. Dazu gehören neben der Aufklärung über die Erkrankung mit allen Höhen und Tiefen ganz maßgeblich anfangs die Ernährungstherapie, der Aufbau einer guten Essensstruktur und einer ausreichenden Kalorien-Zufuhr für eine regelmäßige Gewichtszunahme. Mit den Jugendlichen wird in kleinen Schritten eine Annäherung an ein gesundes Gewicht erarbeitet, mit dem der Körper die Entwicklungsaufgaben (Wachstum, Pubertätsentwicklung etc.) leisten kann.



Einzelpsychotherapie oder die Behandlung in homogenen Kleingruppen, Kunsttherapie und Körperarbeit dienen auch zur nicht-sprachlichen Bearbeitung von Themenkomplexen und der Körperschemastörung, zum Aufbau von Selbstwert und alternativen Lösungswegen.

Die Einbeziehung der Familie ist umso wichtiger, je jünger die Betroffenen sind. Dabei kann es neben einer klaren Anleitung für gemeinsame Mahlzeiten auch um Konfliktlösestrategien, um offene oder unausgesprochene Werte und Erwartungen gehen, um Kontrolle und Autonomie. Zusammen mit den Jugendlichen und ihren Familien wird ein Behandlungsplan anhand des therapeutischen Bedarfs und der individuellen Möglichkeiten entwickelt. Schritte auf dem Weg, wieder gesund zu werden.

Petra Ebertseder ist Sozialarbeiterin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg



Schulvermeidendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen:

Schule – Nein danke!?

Dr. Stephanie Kandsperger, Dr. Christian Rexroth

Seit zwei Monaten verweigert die 9-jährige Theresa den Schulbesuch gänzlich. Die Schulsozialarbeiterin hatte eine Erziehungsberatung empfohlen, die auch einen Vertrag zum Schulbesuch beinhaltete - jedoch ohne Erfolg. Über zwei Jahre hinweg mehren sich nun die Fehltag in der Schule. In der Vorgeschichte war Theresa häufig krank, weswegen es anfänglich zu unregelmäßigem Schulbesuch kam. Immer wieder holte ihre Mutter sie wegen Bauchschmerzen von der Schule ab. Theresa schläft bei ihren Eltern im Bett und äußert große Sorge um ihre Eltern, v. a. über ihre Mutter, der etwas passieren könnte, während sie in der Schule ist...

Schulvermeidung ist ein Symptom, keine Krankheit an sich. Bei einem erheblichen Anteil von schulvermeidenden Kindern und Jugendlichen bestehen psychische Störungen. Das Symptom besteht im Fernbleiben vom Unterricht. Die Gründe sind meist vielschichtig. Im Allgemeinen werden drei Formen unterschieden. Zum einen differenziert man Schulschwänzen ohne Angstsymptome und angstbedingte Schulverweigerung. Letztere lässt sich weiter unterteilen in Schulängste (Leistungsängste, soziale Ängste) und Trennungsängste (Angst vor der Trennung von Bezugspersonen). Die Trennungsangst ist auch das Problem von Theresa im oben genannten Fallbeispiel.

Die Häufigkeit stark ausgeprägten schulvermeidenden Verhal-

tens wird bei Schulkindern in Deutschland auf etwa 5 bis 10 % geschätzt. Schulvermeidung findet sich häufiger bei Jugendlichen als bei Kindern. Im Kindesalter dominiert die angstbedingte Schulverweigerung, während sich ab dem beginnenden Jugendalter das Spektrum der Störungen deutlich erweitert. Es ist von einem höheren Anteil von Jungen gegenüber Mädchen auszugehen. Wichtig ist auch, dass von diesem Phänomen keine Schulform ausgenommen ist!

Schulvermeidendes Verhalten ist oftmals als Reaktion auf Überforderungen im schulischen, gleichaltrigen und familiären Kontext zu verstehen, die vor dem Hintergrund

individueller Vulnerabilität entstehen. Viele Schulvermeider weisen eine von Misserfolgen geprägte Schulkarriere auf. Ferner bestehen bei den Betroffenen oft Auseinandersetzungen zu Gleichaltrigen bzw. Klassenkameraden. Bei den familiären Belastungsfaktoren sind als Beispiele körperliche und psychische Erkrankungen der Eltern, aber auch Arbeitslosigkeit, erzieherische Schwierigkeiten usw. zu nennen. Liegen dann noch schulische Leistungsprobleme bzw. eine Überforderung bei schulischen Leistungsanforderungen vor, kann es zum Fernbleiben vom Unterricht kommen. Dann sind meist rasch und auf mehreren Ebenen eine zügige Unterstützung des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Eltern,

KJP-Fachtagung „Schulvermeidendes Verhalten“ am 9./10. November 2012 in Regensburg

Schulvermeidendes Verhalten ist das Thema einer zweitägigen Fachtagung, die am 9. und 10. November 2012 im Institut für Bildung und Personalentwicklung (IBP) der medbo stattfindet.

Die Fachtagung dient der Information, der Vernetzung und der Weiterbildung. Hochkarätige, teils international renommierte Referenten aus unterschiedlichen Bereichen wie Jugendhilfe, Krankenversicherung, Polizei, Psychologie, Schule und Schulberatung tragen zum Thema bei.

Die Fachtagung wird seitens der Bayerischen Staatsministerien des Innern, des Kultus und des Sozialen unterstützt, was die Bedeutung des Themas unterstreicht.

Sie interessieren sich für die Tagung und möchten rechtzeitig ein Programm? Bitte senden Sie uns eine Email an Event@medbo.de mit dem Betreff „Schulvermeider“ und Ihrer Post-Adresse.

Sie möchten sich an die Schulvermeider-Ambulanz wenden?

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am medbo
Bezirksklinikum Regensburg
Schulvermeider-Ambulanz
Dr. Stephanie Kandsperger
Vitusstr. 3 | 93053 Regensburg
Tel. +49 (0) 941/941-0

aber auch eine Beratung der Schule sowie ggf. auch unterstützende Jugendhilfemaßnahmen erforderlich.

Aufgrund der häufig chronisch verlaufenden Entwicklung ist eine möglichst frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik zu empfehlen. Darunter verstehen wir eine Untersuchung im multiprofessionellen Team einer Praxis oder Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, teils auch Sprach- oder auch Ergotherapeuten von unterschiedlichen Richtungen her die individuelle Problemlage des Kindes bzw. Jugendlichen und seine familiäre sowie weitere soziale und schulische Umgebung beleuchten.

Wird im Rahmen der Diagnostik festgestellt, dass eine Indikation zur Behandlung besteht, können eine Erziehungsberatung, schul- und familienzentrierte Methoden, Angebote der Jugendhilfe, übende Verfahren oder auch aufsuchende pädagogische Maßnahmen die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ergänzen. Vorrangiges Behandlungsziel ist es, dass das Kind bzw. der Jugendliche den Schulbesuch wieder möglichst rasch aufnehmen und damit eine weitere Verfestigung der Sympto-

matik und der sie bedingenden Ursachen vermieden werden kann.

In ungünstigen Fällen werden Jugendliche erst nach monatelanger, ja teils sogar jahrelanger Schulvermeidung erstmals kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt. Hintergrund ist dann oft eine Eskalation im familiären Rahmen, wenn die Eltern an den Grenzen ihrer Möglichkeiten angelangt sind. Dann kann eine teil- oder auch eine vollstationäre Behandlung erforderlich sein, um die weitere Diagnostik durchführen und die idealerweise ambulante Weiterbehandlung planen zu können.

Dass sich schulvermeidendes Verhalten unabhängig von den zugrunde liegenden Störungen oder Krankheiten auf die Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ungünstig auswirkt, liegt auf der Hand. Nicht nur die schulisch-berufliche, sondern vor allem auch die emotionale und soziale Entwicklung kann dann stark beeinträchtigt sein und ein Teufelskreislauf in Gang kommen.

Früh handeln: Die Regensburger Schulvermeider-Ambulanz

Um den stetig steigenden Anmeldungen von schulvermeidenden Kindern und Jugendlichen zu begegnen und die zeitliche Maßgabe einer möglichst frühzeitigen Untersuchung zu gewährleisten, haben wir die „Schulvermeider-Ambulanz“ ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um ein spezialisiertes Behandlungsteam von zwei therapeutischen Mitarbeitern und einem Mitarbeiter des Sozialdienstes. Hier wird im Rahmen einer umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik erst eine grundlegende Klärung der Situation vorgenommen, auf der

eine erste Einschätzung alternativer Unterstützungsmöglichkeiten fußt. Bei Bedarf und im Einvernehmen mit den Eltern kann ein Kontakt mit der betreffenden Schule oder auch mit dem zuständigen Jugendamt hergestellt werden, insbesondere wenn ambulante oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen notwendig erscheinen. Aber auch pädagogische Mitarbeiter können z. B. als Schulwegbegleiter aktiv werden.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund der gesellschaftlichen Dimension des Themas feststellen: Schulvermeidung geht alle etwas an! Die Jugendhilfe, medizinische Versorgungseinrichtungen, darunter in erster Linie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Schulen, aber auch die Polizei – alle sind hier gleichermaßen gefordert, neue Wege in der Unterstützung und Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu gehen. Nicht selten verursacht die Symptomatik Hilflosigkeit, weil sich die Betroffenen durch ihr Vermeidungsverhalten ja eben den etablierten Angeboten weitgehend entziehen. Daher ist hier ein Richtungswechsel angezeigt, in dem nicht nur die Kooperationen der Sektoren und Einrichtungen untereinander weiter verbessert, sondern auch entsprechend übergreifende Unterstützungs- und interdisziplinäre Behandlungsangebote formuliert und entsprechend umgesetzt werden.

Dr. Christian Rexroth ist Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg. Dr. Stephanie Kandsperger ist Leitende Oberärztin der KJP und verantwortlich unter anderem für die Schulvermeider-Ambulanz



„BATMAN“-Gruppe bietet Bewegungs- und Aufmerksamkeitstraining

Fledermäuse und Skorpione in der KJP Amberg

In ihrem nunmehr fast zweijährigen Bestehen konnte die Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Amberg ihr Spektrum erweitern. Neben der Diagnostik und psychotherapeutischen Einzelbehandlungen von Kindern und Jugendlichen fanden weitere spezifische Angebote einen festen Raum. Dank der personellen und räumlichen Erweiterung, die auch einen großzügigen Bewegungsraum umfasst, finden mittlerweile mototherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen, Kindergruppen mit psychoedukativ-psychotherapeutischem Ansatz und eine Elterngruppe statt.

Beginnen haben wir im Frühjahr 2010 mit der „BATMAN“-Gruppe. Das Konzept für das verhaltenstherapeutisch orientierte „Bewegungs- und Aufmerksamkeitstraining mit ADHS-Kindern“ (kurz: BATMAN) mit begleitender Elternberatung hat sich in Regensburg bewährt. Symbol der Gruppe ist die Fledermaus. Acht Kinder zwischen sieben und zwölf Jahren treffen sich zehn Mal. Sie lernen geschicktes und planvolles Handeln entsprechend der Fledermaus und zugleich „Starksein wie Batman“. Jede Einheit beinhaltet einen Teil mit schulähnlichem Material

und Spielen sowie einen Psychomotorikteil. Hier können die Kinder anhand von Bewegungsaufgaben die zuvor theoretisch behandelten „Tipps und Tricks“ für ein gezieltes und strukturiertes Vorgehen miteinander und in Bewegung einüben – der Spaß bleibt nicht außen vor!

Die Kinder, die seit Herbst 2010 die Gruppe zur Förderung ihrer sozialen Kompetenz besuchen, wählten den Skorpion als Gruppentier. Hier gilt es, sich beim Rollenspiel „aus dem Panzer zu trauen“. Da braucht es beim Nachdenken und Rätselraten auch Köpfchen, und bei Kooperationsspielen kommt man eben gemeinsam am besten vorwärts. In freien Spielphasen lernen die „Skorpione“ auch sorgsam miteinander umzugehen und ihre Stacheln angemessen einzusetzen. In einer Gruppe von sechs Kindern zwischen acht und 14 Jahren geht es auch um heikle Themen, wie das Erkennen von Gefühlen, das NEIN-Sagen, um den Aufbau und

die Pflege von Freundschaften und um den Umgang mit Konflikten. Begleitend zu den zehn Einheiten findet eine Beratung der Eltern statt, die hier Unterstützung für die Übersetzung von Zielen aus der Gruppe in das häusliche Umfeld finden.

Ergänzend zu den derzeit zwei Mal jährlich startenden Kindergruppen bieten wir seit Ende November 2010 in 14-tägigem Rhythmus auch eine halboffene Elterngruppe an. Sie dient als Plattform zum gegenseitigen Austausch und als Chance, auch zu selbst gewählten Themen gegenseitigen Rat und fachliche Unterstützung einzuholen. Die Eltern können nach sechs Einheiten weitermachen oder aufhören – andere Eltern rücken dann nach. Konkrete Erziehungsfragen und die Entdeckung der Sonnenseiten ihrer Kinder bestimmen erfahrungsgemäß die Gespräche.

Das Team der
Institutsambulanz Amberg

Jan liebt farbenfrohe Fledermäuse



Ein gelungener Skorpion von Nico



In den Osterferien fand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg ein dreitägiges Projekt statt. Emil Jesse, der in Wien Kunst und im besonderen Graffiti studiert, leitete uns Jugendlichen der Stationen 2 und 3 an, um den Billardraum neu zu gestalten.

Nach dem Kennenlernen erhielten wir eine Hinführung zum Thema Graffiti. Danach wurde jeder aufgefordert Skizzen zu zeichnen, um ein Gefühl für diese besondere Kunst zu bekommen. Vielen von uns fiel das sehr leicht und so hatten wir schon bald einen großen Bestand an Zeichnungen. Diese fand Emil so gut, dass wir sie alle verwenden konnten.

Auch die kleinen Patienten der Station 1 erhielten im Rahmen der therapeutischen Ferienfreizeit eine Einführung in die Graffitikunst. Mit großer Begeisterung lernten sie Schatten und Tiefen zu erzeugen und ihren Kunstwerken somit mehr Ausdruck zu verleihen. Die Meisterwerke zieren nun die Außentreppe zum kleinen Sportplatz der KJP. (AMO)

Am zweiten Tag ging es in den Billardraum, in dem wir zunächst erst einmal alles abkleben mussten. Schließlich bekam jeder von uns ein Stück Wand, auf dem er seinen Entwurf ausarbeiten konnte. Es hieß also: „Ran an die Pinsel und malen!“. Emil half uns dabei, indem er mit uns die Farben mischte, Fragen zur Maltechnik beantwortete und coole Musik abspielte. In dieser lockeren Atmosphäre gestaltete das Schwarz-Weiß-Team, bestehend aus E. und F., einen großen kunstvollen Baum und Diamanten. M. malte eine Mangafigur. M. und J. schrieben den Satz: „Love, Hope and Peace“ an die Wand und gestalteten ihn. Währenddessen bildete F. einen Elch und B. ein Mosaikgebilde ab. E. und eine Betreuerin malten einen Stern und verzieren ihn. J. schrieb „crazy“ und schmückte es künstlerisch aus. Sogar Emil machte mit und bildete einen exotischen Fisch ab. Am dritten Tag, nachdem wir unseren Graffitis den Feinschliff gegeben hatten, kamen die Betreuer und bestaunten unser fertiges Werk. Auch wir Jugendlichen sind richtig stolz auf unseren neu gestalteten Billardraum.

Bianca (16 J.)



Kreatives Malprojekt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Crazy Graffiti



Seit sieben Jahren bietet die Institutsambulanz der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie die „Gruppe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit/ohne Hyperaktivität“ an.

Die pädagogische Unterstützung ist die Basis jeder Behandlung eines Kindes mit AD(H)S. Gegebenenfalls bedarf es darüber hinaus noch pharmakologischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung.

Das ADHS-Kind, das sich beim Erlernen von angemessenem sozialen und kommunikativen Verhalten, von Problemlösungsstrategien sowie der Organisation komplexer Handlungen schwer tut, braucht kundige, pädagogisch versierte Eltern. Durch den sicheren, unterstützenden Umgang mit dem Kind ergibt sich gleichzeitig auch eine Entlastung für die Eltern. Bislang erhielten Eltern von Kindern mit AD(H)S Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind im Rahmen einer Elterngruppe, die sich über 11 Abende erstreckte. Um die Familien zeitlich und organisatorisch zu entlasten, haben wir die Form verändert und zwei unabhängige Gruppenmodule entwickelt.

In Modul 1 wird das Syndrom erklärt und durch spezielle Übungen das Verstehen des Kindes unterstützt. Wissen über den Stand der Forschung, die besondere Problematik für Lernen und Schule sowie die Prognose des Syndroms für das Jugendlichen- und Erwachsenenalter wird vermittelt. Der Schwerpunkt in Modul 1 liegt in der Vermittlung der Grundzüge einer hilfreichen Pädagogik. Möglichkeiten zur Umsetzung im Familienalltag werden aufgezeigt, konkrete Anregungen gegeben. Modul 1 findet einmal im Quartal statt.

Für Eltern, die eine intensivere Auseinandersetzung und individuelle Unterstützung für den Umgang mit ihrem ADHS-Kind suchen, bieten wir Modul 2 an. An 6 Abenden in 14-tägigem Abstand werden hier die Wirksamkeit des elterlichen Verhaltens betrachtet und Anregungen zu Veränderung und Planung des elterlichen Handelns für die einzelne Familie entwickelt. Die Umsetzung der Anregungen aus der Gruppe bleibt die „Hausaufgabe“ der Eltern.

Anmeldung über die Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie:
+49 (0) 941 / 941-4001 oder -4004

Maria Kohlert ist freie Mitarbeiterin der KJP am Bezirksklinikum Regensburg



Angebot für Patienteltern
in neuer Form

ADHS-Elterngruppe

Maria Kohlert

Kooperation der Erwachsenen- und Kinder- und Jugend-psychiatrischen Ambulanzen Regensburg

Koordinierte Behandlung psychisch kranker Eltern und Kinder

Simone Hauser, Dr. Stephanie Kandsperger, PD Dr. Berthold Langguth

Der 7-jährige Peter wird aufgrund von massiven Verhaltensproblemen in der Schule und zu Hause (Verdacht auf Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Bereits im Erstgespräch deutet sich an, dass Peters alleinerziehende Mutter emotional sehr stark belastet ist.

Nachdem die Mutter signalisiert, dass sie über therapeutische Unterstützung dankbar wäre, wird eine gemeinsame Fallkonferenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der Erwachsenenpsychiatrie für die beiden anberaumt. Gemeinsame Fallkonferenzen der KJP und der Erwachsenenpsychiatrie für Eltern-Kind Paare sind ein wesentlicher Teil des seit Anfang 2013 bestehenden Kooperationsprojektes der Erwachsenen- und Kinder- und Jugend-psychiatrischen Ambulanzen am Bezirksklinikum Regensburg.

Dieses Projekt wurde ins Leben gerufen, da psychische Erkrankungen eine hohe Belastung für die Angehörigen darstellen und dabei die Kinder psychisch kranker Eltern sowie die Eltern psychisch kranker Kinder besonders betroffen sind. In vielen Fällen führt dies dazu, dass die Belastung bei den betroffenen Angehörigen ebenfalls zu einer psychischen Erkrankung führt.

Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, dass es sich hier nicht um Einzelfälle handelt, sondern um ein sehr häufiges Problem. So leben etwa 50% der psychiatrisch behandelten Kinder und Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil, und es wird geschätzt, dass über drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland mindestens ein Elternteil mit psychischer Erkrankung haben. Um dieser Situation gerecht zu werden, ist es von größter Bedeutung, sich der Gefährdung der betroffenen Eltern beziehungsweise Kinder bewusst zu werden, damit sie einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden können.

Vernetzte Hilfsangebote

Die Kombination mit weiteren Hilfsangeboten ist hierbei oft unabding-

bar. Häufig können nur die Elternteile oder nur die Kinder in Behandlung kommen. Ein erster wichtiger Schritt besteht darin, mögliche psychische Störungen bei den mitbetroffenen Angehörigen (Kinder beziehungsweise Eltern) zu erkennen und hier ein niedrighwelliges Angebot zur Diagnostik und Behandlung zu schaffen.

Im Bereich der medbo besteht seit Jahren mit Station 27 am Bezirksklinikum Regensburg ein spezialisiertes Versorgungsangebot für suchtkranke Mütter mit kleinen Kindern. Darüber hinaus zeigte sich jedoch ein großer Bedarf in der Koordination der Hilfsangebote für Kinder und Eltern mit psychischer Erkrankung. Zu diesem Zweck wurde eine enge Kooperation zwischen den psychiatrischen Institutsambu-

lanzen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert. Weiter wurde der Kontakt mit Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gesucht und eine Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern (KUP-KE)“ im Rahmen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Regensburg ins Leben gerufen. Ziel ist die bessere Vernetzung bestehender Hilfsangebote und der Aufbau neuer Angebote.

Konkrete Hilfsangebote

Ein wesentlicher Aspekt der Kooperation sind regelmäßige gemeinsame Terminangebote für Eltern und Kinder. Für jeden dieser Termine werden ein Kind und ein Elternteil eingeladen. Zur Untersuchung und

Exploration des betroffenen Kindes und des betroffenen Elternteils stehen Mitarbeiter der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung. Nach Ermessen der beteiligten Experten kann die Untersuchung und Exploration entweder getrennt oder auch gemeinsam erfolgen. Im Anschluss daran wird der Fall gemeinsam mit den Patienten besprochen und ein Behandlungsplan entwickelt.

Von großer Bedeutung bei der gemeinsamen Besprechung sind die beteiligten Sozialdienste der Erwachsenenpsychiatrie und KJP, da die Kooperation mit Hilfsangeboten außerhalb der Klinik für die weitere Behandlung und Versorgung oft sehr bedeutsam ist. Häufig bestehen

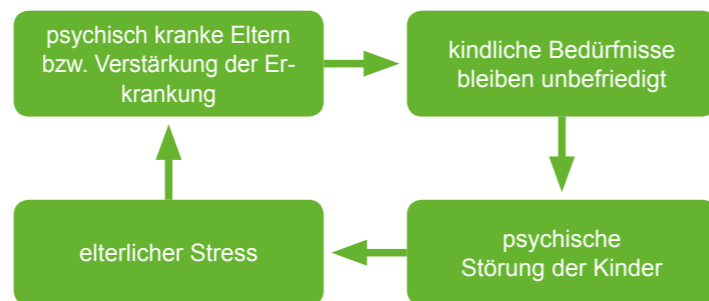
von Seiten der Betroffenen jedoch Berührungsängste und Misstrauen. So trauen sich psychisch kranke Eltern häufig nicht, Hilfsangebote des Jugendamtes anzunehmen, da die (unberechtigte) Sorge besteht, dass das Jugendamt die Kinder wegnehmen würde. Sobald jedoch eine stabile therapeutische Beziehung und ein direkter Austausch mit den Kinder- und Jugendhilfestellen bestehen, gelingt es leichter, diese Ängste zu entkräften und den Kontakt zu bahnen und zu begleiten.

Über die gemeinsamen Termine hinaus besteht ein reger, unkomplizierter und direkter Austausch. Darüber können schnell gegenseitig Termine vereinbart und Informationen ausgetauscht werden, so dass die Behandlung der psychisch belasteten oder erkrankten Eltern und Kindern sowohl innerhalb der medbo als auch mit den anderen Hilfsangeboten besser koordiniert werden kann.

Und so ging es mit Peter und seiner Mutter weiter:

Im Fall von Peter und seiner Mutter wurden im Rahmen der gemeinsamen Fallkonferenz die Therapieangebote der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie abgestimmt. Für Peter und seine getrennt lebenden Eltern wurde ein familientherapeutisches Angebot in der KJP etabliert. Bei Peter selbst sollte nach Sicherung der Diagnose neben einer ergotherapeutischen Behandlung auch ein medikamentöser Behandlungsversuch erfolgen. Der Mutter wurde eine Verhaltenstherapie nahegelegt. Da Peter noch eine dreijährige Schwester hat, wurde darüber hinaus der Kontakt zu KoKi (Koordinierende Kinderschutzstelle) hergestellt und zur weiteren Unterstützung ein Erziehungsbeistand vorgeschlagen. Dank dieser Maßnahmen konnte die Situation rasch und nachhaltig entspannt werden.

Simone Hauser ist Psychologin in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) am Bezirksklinikum Regensburg, Dr. Stephanie Kandsperger ist Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Bezirksklinikums, PD Dr. Berthold Langguth ist Chefarzt der PIA Regensburg



Regelkreis der psychischen Überlastung im Eltern-Kind-Verhältnis

Kunst im therapeutischen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ich mal anders!

Stefanie Schrödinger

Kinder und Jugendliche können im künstlerischen Ausdruck eine Plattform finden, ihre Befindlichkeit und ihre Sehnsüchte auszudrücken und zu gestalten. Mit der Betonung auf Freude und Spaß kann es möglich werden, sich der Welt aus einem anderen und völlig neuen Blickwinkel zu nähern. Kunst kann paradoxe Lösungen herausfordern und erlauben, die Grenzen des Alltäglichen zu überschreiten.

Große Leinwände, herrlichste Farbe und eine reichliche Auswahl an Malwerkzeug – so startete ein dreitägiges Projekt mit sieben jungen Patienten der Kinderstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg. Unter dem Titel „Ich-mal-anders“ hatte das Thema durchaus zwei Seiten. Zum einen bot es den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, sich einmal anders zu se-

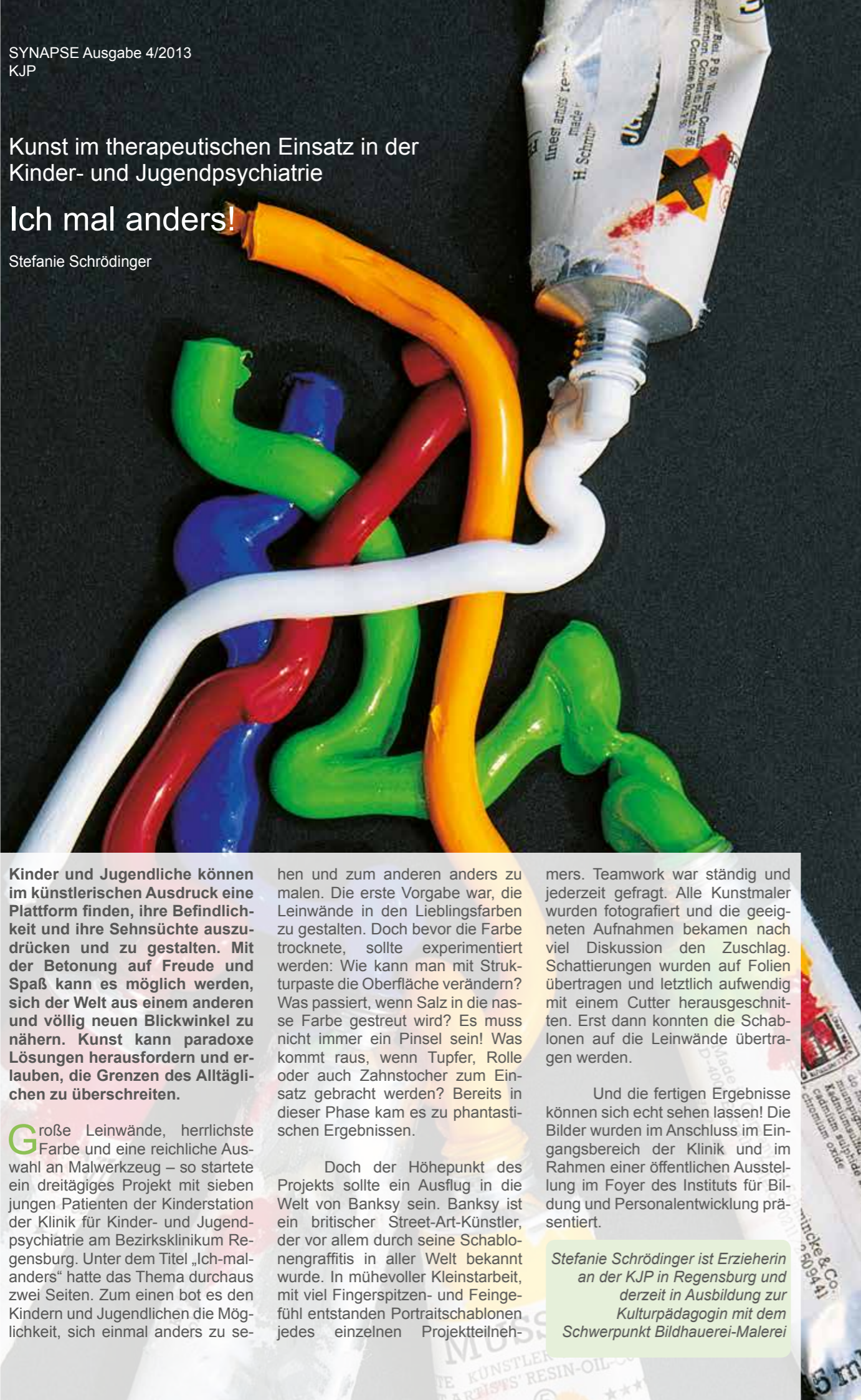
hen und zum anderen anders zu malen. Die erste Vorgabe war, die Leinwände in den Lieblingsfarben zu gestalten. Doch bevor die Farbe trocknete, sollte experimentiert werden: Wie kann man mit Strukturpaste die Oberfläche verändern? Was passiert, wenn Salz in die nasse Farbe gestreut wird? Es muss nicht immer ein Pinsel sein! Was kommt raus, wenn Tupfer, Rolle oder auch Zahnstocher zum Einsatz gebracht werden? Bereits in dieser Phase kam es zu phantastischen Ergebnissen.

Doch der Höhepunkt des Projekts sollte ein Ausflug in die Welt von Banksy sein. Banksy ist ein britischer Street-Art-Künstler, der vor allem durch seine Schablonengraffiti in aller Welt bekannt wurde. In mühevoller Kleinstarbeit, mit viel Fingerspitzen- und Feingefühl entstanden Portraitschablonen jedes einzelnen Projektteilneh-

mers. Teamwork war ständig und jederzeit gefragt. Alle Kunstmalerei wurden fotografiert und die geeigneten Aufnahmen bekamen nach viel Diskussion den Zuschlag. Schattierungen wurden auf Folien übertragen und letztlich aufwendig mit einem Cutter herausgeschnitten. Erst dann konnten die Schablonen auf die Leinwände übertragen werden.

Und die fertigen Ergebnisse können sich echt sehen lassen! Die Bilder wurden im Anschluss im Eingangsbereich der Klinik und im Rahmen einer öffentlichen Ausstellung im Foyer des Instituts für Bildung und Personalentwicklung präsentiert.

Stefanie Schrödinger ist Erzieherin an der KJP in Regensburg und derzeit in Ausbildung zur Kulturpädagogin mit dem Schwerpunkt Bildhauerei-Malerei



Es gibt kein wirksames Arzneimittel ohne Nebenwirkungen!

Kinder-AGATE gegründet

Prof. Dr. Ekkehard Haen

Arzneimittelrisiken, die von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, von zu hohen oder auch von zu niedrigen Wirkstoffkonzentrationen ausgehen, gehören zum Alltag einer jeden Arzneimittelanwendung. Ein vollständiges Nutzen-Risiko-Profil der in Deutschland angewendeten Medikamente gibt es aber nicht. Zwar müssen seit 1978 neue Medikamente ihren Nutzen, das von ihnen ausgehende Risiko und ihre Produktqualität nachweisen, bevor sie für den Gesundheitsmarkt zugelassen werden. Im Vergleich zu der Zahl der möglichen Anwender ist aber die Zahl der Personen, die in diesen Studien das neue Medikament ausprobiert haben, vergleichsweise klein. Seltene Risiken, auch die sich erst im Laufe der Zeit einstellenden Risiken bei lang dauernder Einnahme, können nicht abschließend beurteilt werden. Der Stellenwert einzelner, auch leichter Arzneimittelrisiken kann nur durch eine laufende Beobachtung der Arzneimittelanwendungen im Alltag beurteilt werden. Für das Kindes- und Jugendalter gilt dies in besonderem Maße, da bis vor kurzem Medikamentenstudien an Kindern völlig verboten waren. Die auf den Erfahrungen der Erwachsenenmedizin basierende Anwendung von Medikamenten bei Kindern ist angesichts der völlig anderen Größenverhältnisse, dem ganz anderen Stoffwechsel und den möglichen Risiken für den noch wachsenden Organismus bis heute ein „Blindflug“.

Unter Führung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat sich in den letzten Jahrzehnten langsam ein Pharmakovigilanzsystem entwickelt, das versucht, diese Situation zu verbessern (Übersicht in Arzneiverordnung in der Praxis, Band 32, Sonderheft 1, April 2005). Hierzu gehört die AGATE (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psy-

chiatrischen Erkrankungen, www.amuep-agate.de), in dem sich ausgehend von Bayern flächendeckend alle psychiatrischen Versorgungskrankenhäuser zusammengeschlossen haben, um die Arzneimittelanwendung in ihren Häusern effektiver und sicherer zu machen. Dieses Projekt ist in der Medizin einzigartig, etwas Vergleichbares gibt es in keiner anderen Arzneimittel anwendenden Disziplin. Es funktioniert ausschließlich durch das Eigenengagement der Mitarbeiter der angeschlossenen Kliniken. Dadurch arbeitet es völlig unabhängig, ohne jegliche finanzielle Unterstützung aus öffentlicher Hand, auch nicht von der pharmazeutischen Industrie.

Auf Initiative des Direktors der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirksklinikum Regensburg, Dr. Martin Linder, trafen sich Anfang 2008 Vertreter von sieben bayerischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirksklinikum Regensburg, um das Programm der AGATE auf die Altersgruppe ihrer Patienten auszuweiten. Organisiert durch die Klinische Pharmakologie der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg (Prof. Dr. Dr. Ekkehard Haen) werden künftig alle schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen (SUAW) aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie dokumentiert, in einer eigenen Datenbank gespeichert und an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weitergemeldet. In einem zweiten Schritt wird dann auch das Verordnungsverhalten dokumentiert, außerdem ist beabsichtigt, in gezielten Beobachtungen einzelne Fragestellungen zur Abklärung von Arzneimittelrisiken im Kindes- und Jugendalter zu untersuchen.

Prof. Dr. Ekkehard Haen ist Leiter der Klinischen Pharmakologie am Bezirksklinikum Regensburg





Die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) erfordert immer eine Multiprofessionalität wie auch ein multimodales Vorgehen. Da die Patienten in der Regel noch nicht volljährig sind, müssen die sorgeberechtigten Eltern mit der Untersuchung und Therapie einverstanden sein. Im Miteinander mit den Eltern unterstützen die Behandler im therapeutischen wie auch im pädagogischen Dienst die Familien bei der Suche nach jeweils individuellen Lösungswegen aus den – zur Vorstellung führenden – Krisensituationen.

Dazu erheben sie in der Anamnese die biographischen und die Entwicklungsdaten des Kindes, holen aber auch Informationen über das familiäre, schulische und weitere Umfeld der jungen Patienten ein. Verhaltensbeobachtungen des Kindes/Jugendlichen während der Diagnostik und Therapie gehören ebenso zum Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie die Beobachtungen von Eltern-Kind-Interaktionen.

Letztere führt das KJP-Team im teilstationären Setting in Form von Hospitationen eines oder beider Elternteile in der Tagesklinik

durch, zumeist in spezifischen Situationen (zum Beispiel Hausaufgaben, Mahlzeiten), welche im häuslichen Umfeld wiederholt zu Spannungen führen. Therapeutisch wird das Medium der videogestützten Eltern-Kind-Interaktions-Beobachtung genutzt. Die Beobachtungen werden nach Auswertung der Aufnahmen in einem weiteren Termin mit den Eltern und gegebenenfalls dem Jugendlichen besprochen.

**Eltern-Kind-Projekt:
Gartenarbeit der anderen Art**

Um den Focus nicht immer rein auf eine einzelne Familie zu legen, gestaltet das KJP-Team sogenannte Eltern-Kind-Interaktionen, die einerseits das Miteinander der Eltern mit ihren Kindern fördern, andererseits zu einem gewissen Zusammenhalt der Eltern untereinander führen.

„Wir verschönern unseren Garten der Tagesklinik“ – zu diesem Motto fanden sich zum Beginn der Sommerferien die Kinder und Jugendlichen der Chamer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie deren Eltern zu einer gemeinsamen Interaktion ein.

Im Mittelpunkt dieser Aktion stand die Stärkung der Beziehung

zwischen Kind und Eltern durch gemeinsame Aktivitäten, hier in Form der Gestaltung eines gemeinsamen Kunstwerkes und der geteilten Freude am Tun. Die Eltern nahmen sich für die Kinder intensive Zeit und lernten so den momentan therapeutisch-pädagogischen Lebensraum der Kinder und Jugendlichen näher kennen.

Mit Bleistift, Pinsel und Malkittel ausgestattet, gestaltete jedes Team – Kind mit Mama und/oder Papa – zu Beginn der Aktion kreative Kunstwerke aus Holz. Es entstanden Katzen, Fische, Drachen, Zwerge oder Häuser: der Phantasie wurden keine Grenzen gesetzt. Nach einer kleinen, gemeinsamen Stärkung war jeder mit Spaß bei den Gruppenspielen dabei, dort wurden Kräfte gemessen und der Zusammenhalt gestärkt. Als Erinnerung an die gemeinsam erlebte Aktion konnte jedes Team ein kleines, selbstgestaltetes Andenken aus Holz mit nach Hause nehmen. Der kunterbunte Zaun des Chamer KJP-Gartens ist nun ein echter Blickfang!

Dr. Bettina Hallermann leitet die KJP-Tagesklinik Cham, Sabine Kies ist Stationsleiterin der KJP-Tagesklinik Cham

Kinder- und Jugendpsychiatrie Ambulante soziale Kompetenzgruppe für Jugendliche

Martina Jäger, Barbara Wirth

„Kann ich meine eigenen Interessen, Bedürfnisse und Gefühle offen ausdrücken und angemessen durchsetzen?“: Mit diesen und ähnlichen Fragestellungen beschäftigt sich einmal wöchentlich eine Stunde lang eine Gruppe von acht Jugendlichen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg.

Die beiden Gruppenleiterinnen Barbara Wirth und Martina Jäger führen seit Frühjahr 2013 im regelmäßigen Turnus ein neu konzipiertes ambulantes Angebot mit 12- bis 16-jährigen Jugendlichen durch. In jeweils zehn Trainingseinheiten werden themenzentriert die sozialen Fähigkeiten gefördert und gestärkt. Das

Training gibt Jugendlichen Hilfestellung, um alltägliche Situationen, die sie in Schule, Familie und in der Gesellschaft erleben, gut zu bewältigen.

Die jungen Teilnehmer sind reguläre Patienten in der Regensburger KJP-Ambulanz. Bei ihren Ambulanzterminen kann sich der Bedarf nach sozialem Kompetenztraining in der Gruppe heraus kristallisieren. Mit unterschiedlichen Methoden, wie etwa Schnitzeljagd, Rollenspielen, Kooperationsspielen in der Turnhalle oder Interviews mit Gruppenpartnern, werden Themen der Jugendlichen mit Spaß und/oder der nötigen Ernsthaftigkeit bearbeitet. Die eigene Reflexion und das Feedback an die Teilnehmer sind ein wichtiger Bau-

stein. Die Jugendlichen der Gruppe bringen unterschiedliche Lernfelder mit, die sie zu Beginn selbst formulieren. Beeindruckend ist zu beobachten, wie sich die Gruppenmitglieder, im Rahmen eines klaren Konzepts, in kurzer Zeit wohlfühlen und zu einer Gemeinschaft zusammenwachsen. Begleitend zum Gruppenangebot wird in Gesprächen der Kontakt und der Austausch mit den Eltern/Sorgeberechtigten gepflegt.

Martina Jäger ist Erzieherin, Barbara Wirth ist Erzieherin und systemische Paar- und Familientherapeutin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg

Eltern-Kind-Arbeit an der KJP-Tagesklinik in Cham

Dr. Bettina Hallermann, Sabine Kies



Regensburg aus dem Blickwinkel unserer Jugendlichen – ein Projekt der Sozialen Kompetenzgruppe zum Thema Selbst- und Fremdwahrnehmung

Regensburg im „Spiegelbild“

Jenny Hauk

Jeder Mensch nimmt seine Umwelt je nach Kontext, Bedürfnissen, Ethik- und Moralvorstellungen etc. anders wahr. Einen ganz besonderen Blick auf die Welt haben unsere Jugendlichen mit ihren speziellen Krankheitsbildern, die sie hier in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigen. Diese ganz individuelle Sicht auf die Dinge wurde in der Sozialen Kompetenzgruppe in den letzten Wochen betrachtet. Dabei stellten sich die Jugendlichen die Fragen, wer sie innerlich und äußerlich sind, wie sie von Anderen erlebt werden und wie sie ihre Mitpatienten in der Gruppe wahrnehmen. Aus diesen Überlegungen heraus fotografierten die

Jugendlichen als Mittel des künstlerischen Ausdrucks Spiegelbilder der Regensburger Wahrzeichen. Diese Fotos symbolisieren somit den jeweiligen Schwerpunkt und bringen die Selbst- und Fremdwahrnehmung des Jugendlichen zum Ausdruck.

Die Soziale Kompetenzgruppe wird geleitet von MitarbeiterInnen des Erziehungs- und Pflegedienstes der Jugendlichenstation 3 der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie ist ein Angebot für eine Gruppe von maximal fünf Jugendlichen der Stationen 2 und 3 und findet einmal wöchentlich für eine Stunde statt, wobei jedes The-

ma ausführlich in drei bis vier Gruppensitzungen behandelt wird.

„Nichts bewahrt uns so gründlich vor Illusionen, wie ein Blick in den Spiegel.“

Aldous Huxley

Ziele des Trainings sind Anbahnung bzw. Förderung

Das Training dient

- der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- dem Erkennen und dem Ausdruck von Gefühlen
- dem Einfühlungsvermögen (Perspektivenübernahme)
- der Selbstmanagementstrategie
- der Kommunikationsfähigkeit
- dem Kooperationsvermögen und der Teamfähigkeit
- der Selbstkontrolle und Selbststeuerung
- der sozialkompetenten Konfliktlösung
- dem Umgang mit Misserfolgen
- der Kritik- und Selbstkritikfähigkeit
- der Akzeptanz von Lob und Kritik
- dem Realitätsbezug
- der Selbstsicherheit
- der Aufmerksamkeit und Ausdauer
- der Lern- und Leistungsmotivation

Jenny Hauk ist Mitarbeiterin im Pflege- und Erziehungsdienst an der KJP Regensburg



Station 25 i - für die Allerkleinsten, das Insektenhotel der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen eines Projekts trauten sich zwei Kinder unserer Kinderstation an den Bau eines Insektenhauses.

Diese künstlich geschaffene Nist- und Überwinterungshilfe findet seit den 90er Jahren zunehmend Verbreitung. Zunächst vorwiegend zu Beobachtungszwecken genutzt, spielen die Insektenhäuser

heutzutage eine wichtige Rolle im Naturschutz. Durch den Einsatz von Pestiziden und dem Wunsch der Menschen nach „aufgeräumten“ Landschaften sind natürliche Lebensräume für viele Insekten nur noch eingeschränkt vorhanden.

Nicht nur in der freien Natur, sondern auch in unserem Klinikgarten sollen zukünftig viele Nützlinge

wie Hummeln, Wildbienen und Ohrwürmer das natürliche Gleichgewicht bewahren helfen.

Wir möchten uns auf diesem Wege noch mal herzlich bei den Mauern bedanken, die uns beim Aufstellen tatkräftig unterstützt haben.

Stefanie Schrödinger ist Erzieherin an der KJP Regensburg

Die Psychomotorik-Gruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in Weiden

Rambazamba

Stefanie Piehler und Nicole Schreiber

„Rambazamba“... ertönt es regelmäßig aus der Turnhalle von fünf Kindern und zwei Erwachsenen, die sich an den Händen halten, gemeinsam in die Höhe springen und damit den Startschuss für ein experimentierfreudiges Miteinander geben.

Rambazamba“ nennen wir die Psychomotorik-Gruppe der KJP Weiden, die eine Außenstelle der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg ist. Die Psychomotorik-Gruppe wird im Rahmen des multidisziplinären Behandlungskonzeptes sowohl in der Tagesklinik als auch in der Institutsambulanz seit ca. eineinhalb Jahren angeboten. Auf dem Hintergrund des in dieser Region nur sehr begrenzten Behandlungsangebots und dem Bestreben, das Therapieangebot ständig zu erweitern, bieten wir in unserer Ambulanz immer wieder Gruppen für Kinder bzw. Jugendliche und auch deren Eltern an. Beispielhaft berichten wir hier nun über die Psychomotorik-Gruppe. Die Psychologin Nicole Schreiber und die Ergotherapeutin Stefanie Piehler leiten diese Gruppe.

Der Begriff Psychomotorik kennzeichnet die funktionelle Einheit psychischer und motorischer Vorgänge, die enge Verknüpfung des Körperlich-Motorischen mit dem Geistig-Seelischen. Ziel psychomotorischer Förderung ist es, die Eigentätigkeit des Kindes zu fördern und es zum selbstständigen Handeln anzuregen. Durch Erfahrungen in der Gruppe hat es auch die Möglichkeit, seine sozialen Fertigkeiten, etwa Kooperations-, Kommunikations- und Kritikfähigkeit, zu erweitern. Somit soll über die Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit beigetragen und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Gleichzeitig soll natürlich auch eine Bearbeitung motorischer Schwächen und Störungen ermöglicht werden. Teilnehmen kön-

nen entsprechend Kinder mit unterschiedlichsten Störungsbildern, die von einer Kleingruppe in Bezug auf die genannten Ziele profitieren. Dabei bilden Kinder mit der häufig vorkommenden Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom) und Kinder mit Problemen im Sozialverhalten zur Zeit einen Schwerpunkt.

Die Gruppe findet wöchentlich statt, eine Therapieeinheit dauert 60 Minuten. Die Gesamtdauer ist für das einzelne Kind je nach Zielsetzung verschieden, im Schnitt nehmen die Kinder ca. ein halbes Jahr an der Gruppe teil.

Um den Kindern Struktur und Sicherheit zu vermitteln, wird die Stunde jeweils nach einem festgelegten Ablauf gestaltet. Die Regeln für die Gruppe (wie „tu keinem weh“) werden am Anfang gemeinsam mit den Kindern entwickelt. Zu Beginn der Stunde treffen wir uns auf einer Matte („Ruheinsel“). Jeder hat hier die Gelegenheit, den anderen etwas über die Ereignisse der vorangegangenen Tage einschließlich der momentanen Stimmung mitzuteilen. Anschließend eröffnen wir die gemeinsamen Aktivitäten mit dem oben beschriebenen Ritual. Danach haben die Kinder die Möglichkeit, mit einem meist vorgegebenen Alltagsmaterial, wie Bierdeckeln, Mülltüten oder Toilettenpapier frei zu experimentieren. Sollte sich über das eigene Ausprobieren bereits jetzt ein Gruppenprozess beispielsweise im Sinne einer gemeinsamen Spielidee entwickeln, greifen wir das Thema der Kinder auf und modifizieren den von uns geplanten Ablauf. Sind die Kinder noch nicht in der Lage, entsprechende Absprachen zu treffen, werden von uns Vorschläge zur Spielgestaltung mit dem vorgegebenen Material eingebracht. Mit dem Fortschreiten der Gruppenstunden und damit der Fähigkeiten der Kinder zu einem sozialen Miteinander werden von uns auch Angebote zu gemeinsamen gestalterischen Aktivitäten (zum Bei-

spiel das Bauen von Haus oder Raumschiff aus Schaumstoffelementen) vorgeschlagen. Hierbei ist uns besonders wichtig, dass nicht nur das Bauwerk, sondern auch das Miteinander etwa in Form von Absprachen Wertschätzung erfährt.

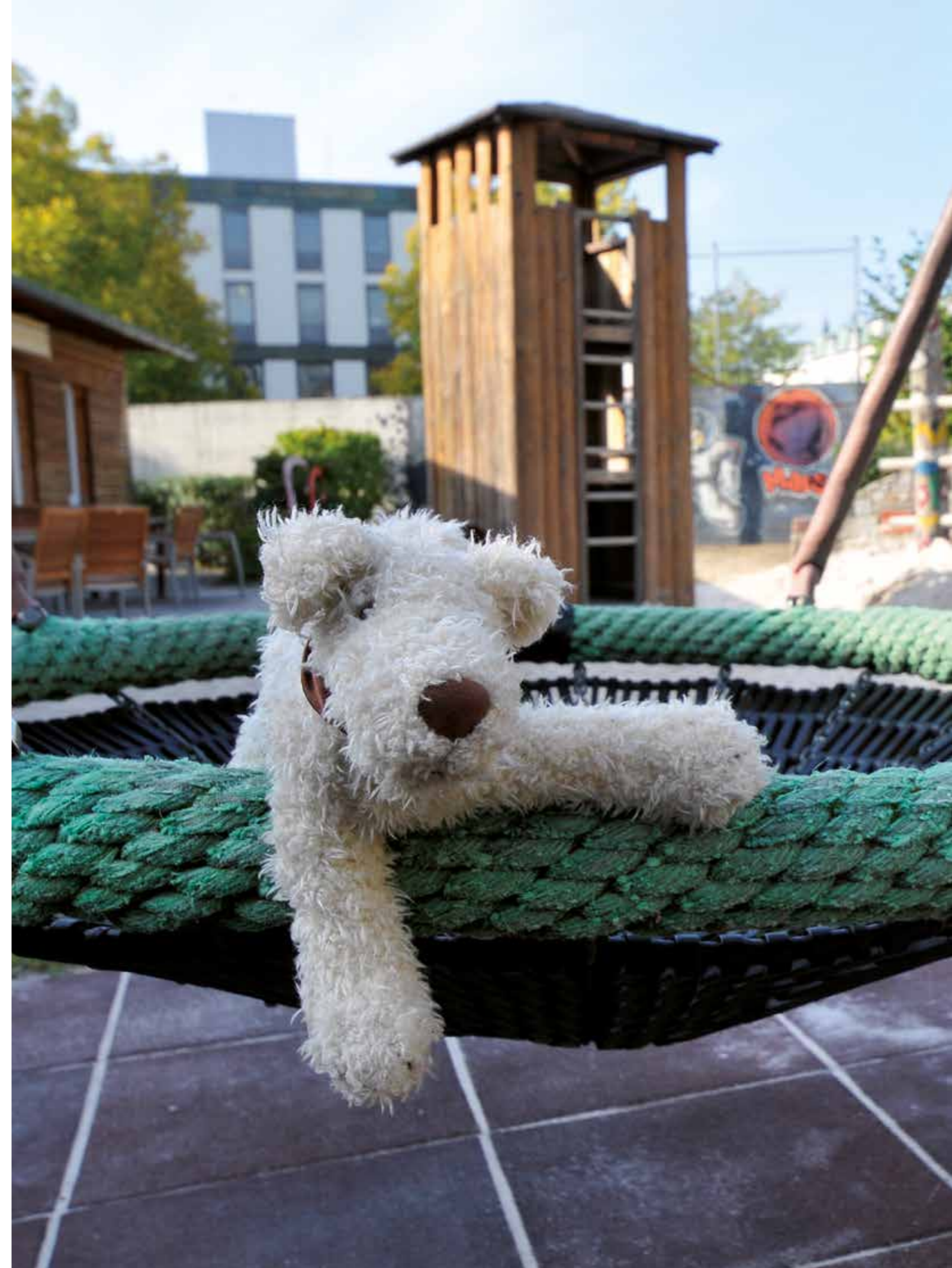
Nach dieser gemeinsamen Aktivität sollen die Kinder die Gelegenheit haben, wieder zur Ruhe zu kommen. Entsprechend bieten wir in dieser Entspannungsphase Phantasiereisen, Massagen oder Spiele an. Am Ende der Stunde treffen wir uns wieder auf der „Ruheinsel“. Dort geben wir den Kindern die Möglichkeit, die einzelnen Elemente der Stunde zu reflektieren.

Zusätzlich zur Arbeit mit den Kindern werden von uns die Eltern eng miteinbezogen. Sie sind zur ersten Gruppenstunde eingeladen, um den Kindern den Einstieg zu erleichtern. Bei einem gesonderten Elterntreffen informieren wir sie über Inhalte und Ziele. Zusätzlich gibt es nach jeder Gruppenstunde bei Bedarf die Möglichkeit für einen kurzen Austausch.

Wir hoffen, einen Einblick in unser Konzept der Psychomotorik-Gruppe gegeben zu haben, die von den Kindern seit über einem Jahr mit Freude und Begeisterung – und mit Erfolg – angenommen wird.

Neben dieser Gruppe bieten wir in der Ambulanz immer wieder auch mehr verhaltenstherapeutische bzw. psychoedukative Gruppen, bisher mit Schwerpunkt ADHS, für Kinder wie auch für Eltern an. Auf dem Hintergrund der bisherigen positiven Erfahrungen und des großen Bedarfs sind wir bestrebt, unser Angebot an Gruppen auch in Zukunft zu erweitern.

Stefanie Piehler ist Ergotherapeutin und Nicole Schreiber ist Psychologin in der KJP-Tagesklinik Weiden



Ein Ferienprojekt der Musik- und Kunsttherapie

Die vier Elemente in Ton und Gips

Rosa Büchele

In Zusammenarbeit von Kunst- und Musiktherapie entstanden in einem Ferienprojekt Tonmasken. Jeweils eine Woche konnten sich die Jugendlichen jeden Vormittag als Künstler betätigen. Im letzten Jahr beschäftigten wir uns mit Masken aus Ton.

Die Jugendlichen der Station 25 c bekamen als Motto „Die vier Temperamente“, die Jugendlichen der Station 25 b das Motto „Die vier Elemente“. Durch Musik und Fantasie-reisen konnten sie sich mit deren Geschichte und Charaktereigenschaften vertraut machen. Die Gestaltungsideen realisierten die Jugendlichen anschließend mit Ton.

Als Erstes wurde eine Maske aus Gipsbinden vom eigenen Gesicht hergestellt und danach mit flüssigem Gips ausgefüllt. Dieses feste Gipspositiv ermöglichte einerseits ein problemloses Gestalten der Tonmaske, und andererseits blieben die Grundzüge des Gesichts erhalten und gaben der Maske ihre Grundform.

Exemplarisch zeigen wir Fotos der Masken zum Thema „Die vier Elemente“. In der Geschichte, die eine Jugendliche zu ihrer Maske schrieb, können die Themen und ihr persönlicher Prozess nachempfunden werden.

Rosa Büchele war bis 2014 Kunst- und Musiktherapeutin an der KJP Regensburg



Die vier Elemente und seine Elementarwesen: Eine fantastische Geschichte

Vor langer, langer Zeit, da die wilden Götter noch auf der Erde weilten, schufen Thor, der Donnerer, Odin, der Allsehende, Freyja, die Schöne, aber auch Loki, der Heimtückische, eine Insel.

Hoch drohend, schaurig und düster ragte sie aus dem stahlgrauen Nordmeer hervor. Sie war das Zentrum der Welt, der Mittelpunkt allen Daseins. In ihr waren alle die vier Naturgewalten, die vier Elemente vereint. Von dort aus zogen Stürme in die Welt um ihren verheerenden Zorn kundzutun, aber auch die Sonne trat ihren warmen Weg an, ihre golden glänzende Schönheit zu zeigen. Die Wogen und Wellen des Wassers flossen nicht zu ihr hin, sondern wanderten von ihr fort in die Weiten des Ozeans. Die Winde des Nordens, des Ostens, des Westens und auch des Südens umwehten sie mal in mörderischer Geschwindigkeit, mal als bloßer Lufthauch und über allem lag ein schauriger Farbglanz am sonst so grauen Himmel des Nordens.

Dies ganze Geschehen bestimmten ihre geisterhaften Bewohner: die Gnome der Erde, die Drachen des Feuers, die Nymphen des Wassers und die elfenhaften Geister der Luft. Alle besaßen sie die gleiche Macht, die Macht, in Einklang miteinander zu leben. Doch seit nicht allzu langer Zeit lagen sie in argem Zwist miteinander, so sehr, dass die sieben Weltmeere in gigantischem Getöse über ihre Ufer traten und das Land fortnahmen, so sehr, dass die Erde bebte und zitterte und das Feuer aus den Untiefen der Welt schoss, um die grünen Wälder zu verschlingen,

so sehr, dass die Winde in großer Wucht durch die Lüfte schossen und sich zu bedrohlichen Wirbeln zusammenschlossen. Und das alles, weil der hinterhältige Gott Loki einen unbeschreiblich schönen Schatz auf die Insel warf, um den ein Krieg entbrannte.

Die Menschen indessen suchten Schutz auf den Bergen, doch selbst dort waren sie nicht sicher vor den Gewalten der Luft. Sie suchten Schutz in den Höhlen, doch dort fand sie die kochende Wut des Feuers. Sie retteten sich in die Täler, doch dort wurden sie von den entfesselten Gewalten der Erde heimgesucht. Selbst an Bächen und Rinnsalen dachten sie, ertränkt zu werden. Nirgendwo fanden sie Sicherheit und die Menschheit drohte auszusterben.

Doch noch lange war die Hoffnung nicht verloren, denn eine kleine Gruppe junger Helden erklärte sich bereit, zum mächtigsten Punkt der Erde, der Elementarinsel, zu reisen, um die Geister zu besänftigen. Sie waren die besten und stärksten, weisesten und geschicktesten Krieger ihrer Länder. Alican, der Araber, der weiseste Mann der Welt aus dem Süden, Dimitri, der geschickteste der Menschen aus dem Osten, Oliver, der beste seiner Art aus dem Westen und Emund, der stärkste von allen aus dem Norden.

Die Könige ihrer Länder erklärten sie für verrückt und begannen bereits ihre Begräbnisse vorzubereiten und neue Männer für ihre Frauen zu finden. Doch mit Leichtigkeit kämpften sie sich mit Weisheit, Kraft und Gewandtheit durch sämtli-

che Gefahren, durch Stürme, Erdbeben, Feuer und Fluten, bis sie nach langer Reise endlich den gesuchten Ort, die Weltherrscherin, Insel der Elemente genannt, erreichten. Der Himmel über ihren Köpfen leuchtete schaurig rot, dann grün um anschließend in leuchtendes Blau überzugehen und über dem leuchtenden Horizont tobte die Schlacht. Nie hatten die vier Helden solche Stürme, solche Feuer, solche Beben oder solche Fluten miterlebt! Gigantische Kugeln aus brennendem und glühendem Gestein wälzten sich qualmend über dem Boden und versengten alles Leben. Ganze Bäume flogen durch die Lüfte und erfassten beim Aufprall, nicht ohne eine Vielzahl von Leben mit sich zu reißen. Wellen so hoch wie Berge brachen brausend übers Land und gewaltige Schlammlawinen rollten donnernd die Hügel hinab.

So sehr tobte der Krieg, dass selbst diese wunderbaren Helden Angst zu spüren bekamen. Doch ihr fabelhafter Mut und der unermüdlige Tatendrang überwogen und sie stürzten sich in den unglaublichen Kampf. Sie kämpften bis zur farbigen Abenddämmerung, bis sie endlich schwer verwundet den höchsten Gipfel erreicht hatten – das nämlich war ihr Plan gewesen.

Emund erhob so laut es ging seine Stimme: „Hört her ihr Geister der Lüfte, des Wassers, des Feuers und der Erde!“ brüllte er über das Getöse hinweg und schlagartig wurde es still. „Hört her, was ich euch kundzutun habe!!!“ Aus dem Kriegsgewühl heraus, unten am Fuß des Berges, lösten sich zuerst die Scharen rabenschwarzer Drachen, in deren Augen feuriges Rot brannte und deren Flügel aus Flammen waren. Dann klein gewachsene Wesen, fast wie aus Stein, mit braunen borstigen Haaren. Nach ihnen tauchten aus dem Wasser wunderschöne Frauen, halb Fisch halb Mensch, mit hellblauer Haut und meerblauem, wallend langem Haar und zuletzt senkten sich zarte, beinahe durchsichtige, elfengleiche Frauengestalten, so schön wie ein junger Morgen aus den Lüften herab. Alle sahen in erwartungsvollem Grimm zu den Helden hinauf. „Ihr Herrscher der Elemente,“ erfasste Emund wieder das Wort, „ihr bestimmt über die Natur, über die Gezeiten, die Winde, das

Feuer, über alles! Ihr habt die Macht über das Leben der Menschen und der Tiere, ihr seid die Könige! Als solche ist es an euch, die Verantwortung zu tragen und alles Geschehen ins Rechte zu lenken!“

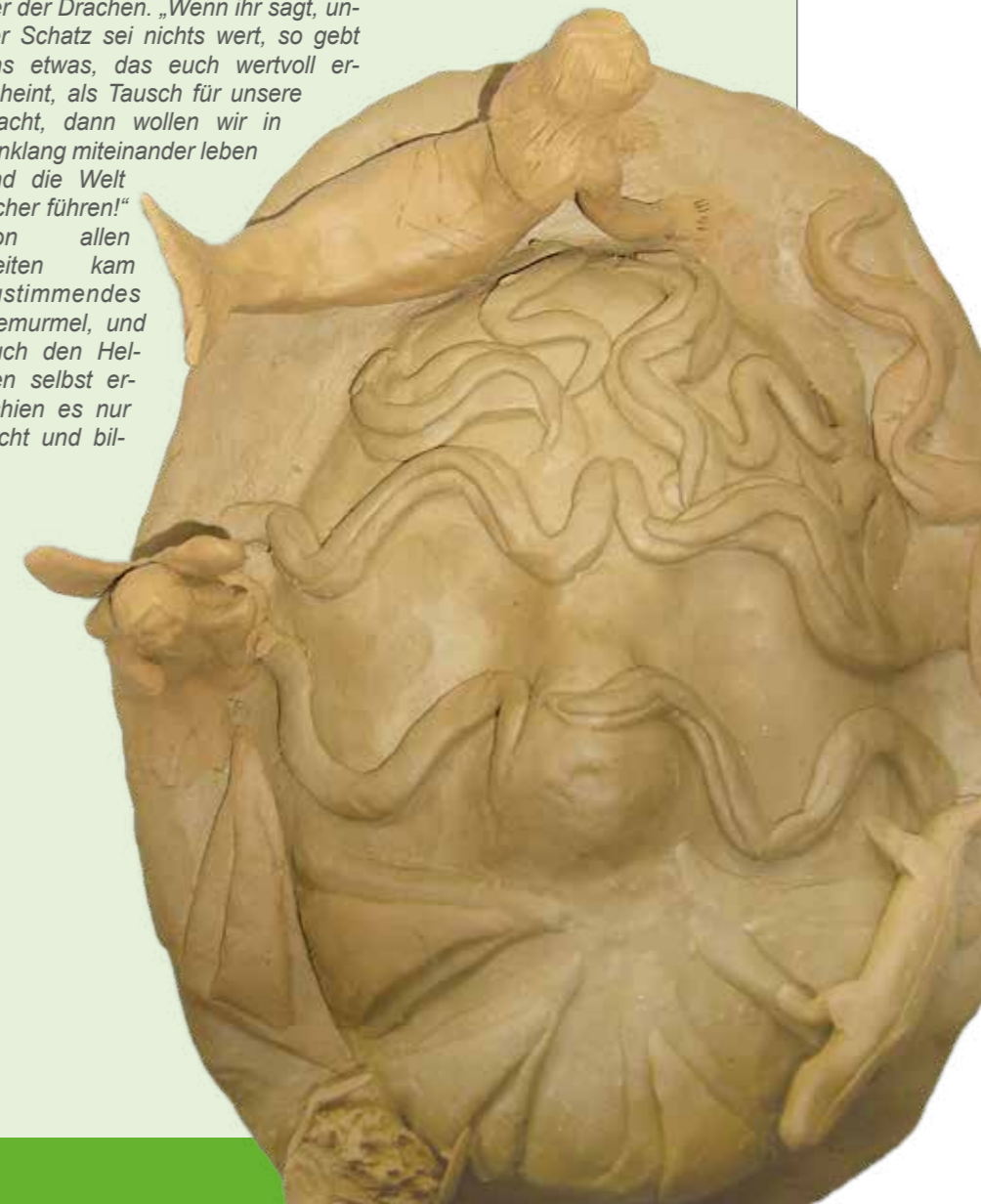
Überraschte Stille beherrschte nun die Versammelten und nun ergriff Alican der Weise das Wort: „In letzter Zeit habt ihr, ihr allein die Welt und ihre Bewohner ins Unheil gestürzt und eure Pflichten als Herrscher vernachlässigt! Und das alles wegen eines zweifelhaften Schatzes, den der Heimtückischste von allen euch gesandt hat! Durchschaut ihr denn nicht seine List? Seid ihr wirklich so sehr Opfer des fragwürdigen Schatzes, des Schatzes, der die Macht ist?“ Jetzt war es Scham, die in den Gesichtern der Betroffenen zu lesen war, nur das Feuer fand als erstes die Beherrschung wieder und fiel in arge Wut: „Wer sagt uns, dass ihr die Wahrheit sprecht?“, knurrte einer der Drachen. „Wenn ihr sagt, unser Schatz sei nichts wert, so gebt uns etwas, das euch wertvoll erscheint, als Tausch für unsere Macht, dann wollen wir in Einklang miteinander leben und die Welt sicher führen!“

Von allen Seiten kam zustimmendes Gemurmel, und auch den Helden selbst erschien es nur recht und bil-

lig. So ergriff Emund zuerst das Wort: „Von mir sollt ihr meine Stärke bekommen, denn sie ist das Wertvollste, was ich zu nennen weiß!“ Darauf kam Alican zu Wort: „Von mir erhaltet ihr meine Weisheit, denn nichts erscheint mir kostbarer als sie!“ Auch die Helden, die sich bisher zurückgehalten hatten, traten vor, und Dimitri sprach: „Meine Geschicklichkeit soll eure sein, denn nichts Besseres weiß ich zu nennen!“ Auch Oliver trat vor: „Und meine Begabungen sind die euren, denn nichts ist mir wertvoller!“ Einstimmig nahmen die Geister diese Gaben als das Wertvollste der Welt an und schlossen Frieden miteinander.

Was mit den Helden geschah, die ihre Seelen für die Menschheit opferten, hat man nie erfahren, doch noch heute loben Lieder der ganzen Welt ihre Tapferkeit.

Kathrin
eine junge Patientin



Mein medbo Tag in der Tagklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg:

Raufen nach Regeln

Auf einer dicken Sportmatte in der Turnhalle der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Regensburg balge ich mich mit einer Achtjährigen um einen Medizinball. Eine Minute muss ich durchhalten: Ich bin „Schatzwächter“ und darf den Ball nicht verlieren. Sie ist der „Dieb“ und macht mir die Sport-Hölle heiß. Ein kleiner Bub ist Schiedsrichter und achtet auf Fairplay: kein Ziehen am Pulli, nicht ins Gesicht fassen, bei Stopp aufhören. Sie gewinnt – und ich bin völlig fertig.

Heute bin ich bei der KJP-Tagklinik in Regensburg eingeladen. Auf Station 25 D. Hier sind derzeit acht Kinder im schulpflichtigen Alter bis etwa zwölf Jahre in Behandlung. Tagklinik: Das heißt, dass die Kinder morgens in die Klinik kommen und diese um 16:00 Uhr wieder verlassen. Aber jetzt am Vormittag sind noch gar keine Kinder zu entdecken, denn sie sind in der „Schule für Kranke“, einer besonderen Schule für junge Patienten am Bezirksklinikum.

Dr. Christiane Bormann-Kischkel, die leitende Psychologin der Tagklinik, erwartet mich schon und stellt mir meinen Tagesplan vor. Um mich auf die Begegnung mit den Kindern vorzubereiten, bekomme ich von ihr einen Überblick, unter welchen Symptomen und Störungen die Kinder leiden.

Grundsätzlich gilt: Kinder in der Tagklinik zeigen in der Regel mehrere Verhaltensauffälligkeiten und haben häufig multiple psychiatrische Diagnosen: ADHS und ADS sind bei den meisten Kindern zwar mit von der Partie, aber auch Angststörungen und Traumatisierungen, emotionale und soziale Entwicklungsdefizite, Depressionen, Autismus-Störungen und alle Formen von



Lernschwächen und Sprachstörungen sind vertreten. Nicht jedes Kind, aber doch einige von ihnen stammen aus einem belasteten familiären Umfeld. Manche von ihnen haben schon Dinge erlebt, die man keinem Menschen wünscht – erst recht keinem Kind.

Aber was ihnen allen gemeinsam ist: Sie müssen mit den ganz einfachen Regeln menschlichen Zusammenlebens vertraut gemacht werden. Mit einer Tagesstruktur zum Beispiel. Deswegen bekomme ich einen Tagesplan mit fast halbstündlich wechselnden Terminen. Der erste Termin: Kennenlernrunde mit mir. Und da sitzen sie: Fünf Buben und drei Mädchen auf bunten Sofas gemeinsam mit Stationsleiter Dieter Doll und der Kinderkrankenschwester Sabine Zorn. Da es Montag ist, dient das Gespräch der Wochenvor-

bereitung: Ein neues Kind wird zur Gruppe stoßen, und die Kinder wissen schon Bescheid. Ein Mädchen hat ebenfalls einen großen Tag: Nach fünf Monaten tagklinischer Behandlung wird sie jetzt erstmals wieder am Schulunterricht in ihrem Heimatort teilnehmen. Für sie ist es ein erster Schritt zurück in ein Leben ohne Netz und doppelten Boden.

Jedes Kind stellt sich vor: Wie alt es ist, seinen Namen natürlich und seine Hobbys. Alle spielen sie gerne Fußball und fahren gerne Rad. Das klingt so normal. Aber ein kleines Mädchen traut sich kaum, den Mund auf zu machen. Sie kann keinem in die Augen schauen. Herr Doll fordert sie sanft auf, mich anzuschauen, wenn sie mit mir spricht. Sie kann nicht. Ein anderer Junge kann der Unterhaltung kaum folgen. Wie ich später erfahre, ist er ein nor-

ein anderes Kind Grenzen überschreitet.

Dass das gar nicht so einfach ist, erlebe ich beim gemeinsamen Mittagessen. Hier hat Heilerzieher Marco Lemanska mit den Kindern vereinbart, dass drei Minuten geschwiegen wird, nachdem das Essen verteilt ist. Dazu benutzt er sogar eine Stoppuhr. Ich selber finde es übrigens recht herausfordernd, drei Minuten überhaupt nichts zu sagen. Aber das Erstaunliche ist, dass die Kinder die Regel wie selbstverständlich einhalten. Zumindest heute.

Die Grundregeln der Kommunikation

Dann ist Sport angesagt. Die Gruppe entscheidet hier demokratisch: Jägerball und das oben schon beschriebene Schatzwächterspiel. Vier Erwachsene begleiten die Kinder in die kleine Turnhalle: Herr Doll, eine Erzieherpraktikantin, eine Erzieherin – und ich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet ein multiprofessionelles Team, das die Kinder aus verschiedenen Blickwinkeln beobachtet und gemeinsam behandelt: Ärzte, Psychologen, Ergo-, Sprach-, Musiktherapeuten, pädagogisches und pädagogisches Fachpersonal. Und auch externe Partner, die vor allem im Nachgang der Behandlung die Kinder und ihre Familien weiter begleiten, Lehrer und Jugendämter zum Beispiel. Der gemeinsame Sport ist für die Kinder nicht nur wichtig, um einfache kindliche Energie und auch Aggressionen abzubauen. Der Gruppensport zeigt den Betreuern, wie die Kinder sich in der Gemeinschaft verhalten: Ob sie faire Regeln akzeptieren und anwenden, ob sie mit Erfolg und Misserfolg klar kommen, ob sie sich integrieren und wie sie sich grundsätzlich entwickeln. Im Spiel spiegelt sich das Leben. Und die Turnhalle füllt sich mit Kinderlachen.

Zum Abschied schenkt mir Herr Doll ein Kärtchen, auf dem vier kleinformatige Kinderzeichnungen zu sehen sind: „Das passt in jede Tasche und in jedes Leben.“ Wie für mich gemacht: Es zeigt die vier Grundregeln erfolgreicher Gesprächsführung: Leise sein, andere ausreden lassen, ruhig sitzen bleiben und zuhören. Passt! (RNE)



mal intelligenter Junge. Aber sein Gehirn kann komplexe Satzstrukturen nicht entschlüsseln. Also achte ich darauf, kurze, eindeutige Sätze zu formulieren.

Vereinbarungen treffen und einhalten

In der Runde werden viele scheinbar banale Dinge besprochen: Wer deckt den Tisch fürs Mittagessen? Wer räumt ab und welche kleinen Aufgaben können sonst noch erledigt werden? Für die rechtzeitige und ordentliche Erfüllung von kleinen Pflichten gibt es Belohnungsstempel. Herr Doll zeigt mir eine Pinnwand mit vielen Blättern, Kinderfotos und Tabellen. In den Tabellen sind Stempel mit „Super“ oder „Gut gemacht!“ drauf. „Belohnung ist ein einfaches und sehr wirksames Mittel, Kinder mit Regeln und Struk-

turen vertraut zu machen. Wir haben dazu einen Schrank voller Kleinigkeiten, die die Kinder eintauschen können – seien es Seifenblasen, ein Matchbox-Auto oder 15 Extra-Minuten Gameboy-Spielen“, erklärt mir Herr Doll. „Viele der Kinder kennen Lob und Ermunterung nicht. Sie fühlen sich als Versager in der Schule oder auch in ihren Familien. Manche versuchen, Fehler und Defizite ihrer eigenen Eltern auszugleichen, übernehmen die Elternrolle – und schaffen das natürlich nicht. Diese Kinder brauchen einfach viel Bestätigung in ihrem Kind-Sein.“ Dabei komme es auch darauf an, dass die Kinder ihre Ziele und Aufgaben freiwillig vereinbaren. Das kann das tägliche Zähneputzen sein oder die Einhaltung der Verhaltensregel in der Gruppe, die am schwersten fällt. Andere ausreden lassen zum Beispiel oder die Stopp-Regel, wenn man selbst oder



KJP-Veranstaltungen



Großes KJP-Symposium
in Regensburg:

Vernetzung von Krankenversorgung und Forschung

Der Bezirk Oberpfalz und die Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (medbo) luden Ende November 2011 zu einem hochkarätigen Symposium nach Regensburg. Thema des Tages: Chancen für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen durch die Vernetzung von Versorgung und Forschung. Anlass war die Verabschiedung des langjährigen Ärztlichen Direktors der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Dr. Martin Linder.

Wie erfolgreich die fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit von Grundlagenforschung, Versorgungsforschung und Therapie sein kann, zeigte Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne von der Ludwig-Maximilians-Universität München am Beispiel der Lese- und Rechtschreibstörung. Die biochemische Separierung und Entschlüsselung von Genen und DNS-Bausteinen (Desoxiribonukleinsäuren), umfangreiche neurologische Studien zur Hirnfunktion in verschiedenen Altersklassen und die Untersuchung der funktionellen Auswirkungen führten zu der Entwicklung von Behandlungsprogrammen, die schon lange vor Schulbesuch einsetzen und Fehlentwicklungen bereits verhindern sollen. Dieses Wissen muss nun allerdings nicht nur in den Pra-

xen und Kliniken, sondern auch bei Erziehern und in Schulen vorliegen und umgesetzt werden.

Frau Prof. Dr. Michaele Noterdaeme, Ärztliche Direktorin der KJP am Josefinum in Augsburg, berichtete über die Entwicklung der Diagnosestellung am Beispiel der Autismus-Spektrum-Störung. Ursprünglich als gesonderte Störungen sind unter diesem Sammelbegriff zusammengeführt worden: z. B. das Asperger- und das Kanner-Syndrom. Kinder mit Asperger-Syndrom sind in aller Regel normal intelligent, z.T. gekoppelt mit außergewöhnlichen Inselbegabungen, und in erster Linie durch ein engeres Spektrum an intuitiven und emotionalen

Affekten geprägt, was dazu führt, dass die Kinder „seltsam“ wirken. Das Kanner-Syndrom, der frühkindliche Autismus i.e.S., hingegen geht in der Regel einher mit starken kognitiven Störungen. Diese Zusammenführung der Diagnosen wird von manchen betroffenen Patienten bzw. deren Eltern und den Leistungsträgern (bisher unterschiedliche Zuständigkeiten) kritisch gesehen. Auffallend ist eine starke Zunahme der diagnostizierten Fälle, die man nur teilweise durch bessere Diagnostik erklären kann.

Mit den „Tellerrändern“ der KJP beschäftigte sich der Vortrag Prof. Dr. Franz-Joseph Freisleders, Ärztlicher Direktor der Heck-

scher-Kliniken München: Der Frage des Übergangs von klassischer KJP zur Erwachsenen-Psychiatrie (Stichwort: Adoleszenz), der besonderen Herausforderung von Sucht- und Auto-Agressions-Themen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Notwendigkeit eigener jugendforensischer Einrichtungen zu Resozialisierung und Therapie jugendlicher Straftäter.

Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen müssen ganzheitlich betrachtet werden, so Prof. Dr. Andreas Warnke, KJP-Chef an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Die Überalterung der Gesellschaft, das weitgehend ersatzlose Aussterben der Großfamilien-Netzwerke, neue Formen von „Familie“ wie Alleinerziehende und sich ständig neu formierende Patchwork-Familien mit den komplexesten Strukturen machen das Aufwachsen heute zum

Martinus. Er schilderte die Anfänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich erst Ende der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts von der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinderheilkunde ablöste: Mit der Mönchner, damals noch privaten, Heckscher-Klinik als erster einschlägigen Einrichtung. Das heute flächendeckende KJP-Angebot, das über die Bezirke eingerichtet sei, mit der Strategie des Ausbaus der gemeindenahen Versorgung über Ambulanzen und Tageskliniken sei ein Gewaltakt ohne gleichen und eine wirkliche Erfolgsstory – die allerdings darin münden müsse, dass KJP-Themen auch und gerade an Universitätsstandorten noch stärker beforscht und mit mehr eigenen Lehrstühlen ausgestattet werden sollten.

Höhepunkt des Tages war die Vorstellung der Festschrift für Dr.



Festschrift:

Christian Rexroth (Hg.)
Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern
Entwicklungen – Gegenwart – Perspektiven.

1. Auflage 2011
349 Seiten mit 50 Abbildungen,
gebunden
49,90 € [D]
ISBN 978-3-89971-919-2
V&R unipress

Der Abschied fällt Dr. Martin Linder sichtbar schwer.



Martin Linder, die vom Herausgeber Dr. Christian Rexroth, kommissarischer Ärztlicher Direktor der Regensburger KJP, vorgestellt und Dr. Linder überreicht wurde: Es handelt sich um die erste umfassende Anthologie im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie im bayerischen Raum (siehe Kasten). Neben den Vorworten des Bezirkstagspräsidenten der Oberpfalz, Franz Löffler, und des medbo-Geschäftsführers Kurt Häupl zur Lebensleistung Dr. Linders trugen fast sämtliche Lehrstuhlinhaber und KJP-Klinikchefs Bayerns sowie namhafte Vertreter der Disziplin Fachartikel bei.

(RNE/AMA)

Bezirkstagspräsident Franz Löffler verabschiedet persönlich Dr. Martin Linder.



Abenteuertrip. „Da haben Sie ein Kind nach Suizidversuch vor sich, bei dem eine Legasthenie diagnostiziert ist. Dann werfen Sie einen Blick auf die Familienstruktur, und sehen eine suchtkranke Mutter, einen abwesenden psychotischen Vater, einen Stiefvater, der sich gerade von der Mutter trennt, und Großeltern mit Schlaganfall und Parkinson – was ist da zu behandeln?“

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern war Thema des Nestors der bayerischen KJP, Prof. emer. Dr. Joest



Großer Beifall für die Leistungen des Kollegen Dr. Martin Linder.

Hochkarätig besetztes Symposium zum 10-jährigen Bestehen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Zappelphilipp-Syndrom – Diagnose und Therapie

Uli Beer

Der 24. Mai war ein Tag der Information, aber auch der Selbstdarstellung, an dem die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) des Regensburger Bezirksklinikums ihr zehnjähriges Bestehen feiern konnte. Chefarzt Dr. Martin Linder und seine MitarbeiterInnen hatten allen Grund, ihre Erfolgsbilanz in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken. Man nahm den Tag aber auch zum Anlass eines mit fast 400 Personen sehr gut besuchten Symposiums und beschäftigte sich mit Diagnose und Therapie hyperaktiver und aufmerksamkeitsgestörter Kinder.

Der kleine Florian (Name geändert) wies alle Symptome dieser kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung auf. Schon als Dreijähriger war er sehr lebhaft und impulsiv und das Zappelphilipp-Syndrom führte schon damals dazu, dass er den Kindergarten verlassen musste. In der Grundschule hatten die Lehrer ihre liebe Not mit Florian, der nicht in der Lage war, dem Unterricht mit der

gebotenen Aufmerksamkeit zu folgen. Was tun? Es war ein langer Leidensweg, bis die richtige Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) gestellt wurde.

Zum Jubiläum der KJP (mit ihrer Außenstelle in Weiden und demnächst einer in Cham) beschäftigten sich namhafte Referenten vor fachkundigem Publikum mit Fällen wie dem des Florian. Der Geschäftsführer der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz Kurt Häupl hatte das Auditorium begrüßt, Chefarzt Dr. Martin Linder seine Einrichtung vorgestellt. Es folgten eine Reihe von Fachvorträgen, wobei die Referenten Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt aus Marburg, Prof. Dr. Klaus Lange (Universität Regensburg) und Dr. Michael Huss von der Charité in Berlin das Vormittagsprogramm bestritten. Auf großes Interesse stießen auch die Vorträge der KlinikmitarbeiterInnen, Oberarzt Hans Kiefl, Tagklinik Weiden, sowie Dr. Christiane Bormann-Kischkel und Dr. Elisabeth Fremmer-Bombik von der Klinik in Regensburg. Mehrere Workshops widmeten sich im weiteren Verlauf Fragen der Diagnostik und Therapie, boten damit eine Möglichkeit der Vertiefung und Erweiterung für die Teilnehmer.

Denn darauf hatte alle Referenten aufmerksam gemacht: Bei den geschilderten Verhaltensstörungen kommt man nur zu einer erfolgversprechenden Therapie, wenn die Symptome richtig erkannt werden – und zwar durch Beobachtung der jungen Patienten im Rahmen einer ausführlichen Diagnostik. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen in Gestalt erhöhter Ablenkbarkeit



und Reizoffenheit, motorische Unruhe wie in der sprichwörtlichen Zappelphilipp-Geschichte sowie erhöhte Impulsivität sind die wesentlichen Merkmale für ADHS-Erkrankungen. Unter ADS versteht der Fachmann Aufmerksamkeitsdefizitstörung – und die kann man in so manchem Schulzeugnis („Die verträumte Schülerin arbeitete meist langsam“) nachlesen.

Die Auftretenswahrscheinlichkeit für AD(H)S liegt zwischen drei und fünf Prozent, wobei Kinder von selbst hyperaktiven Elternteilen überproportional häufiger vertreten sind. Solche Erfahrungen stützen die Vermutung, dass Vererbung oft eine wesentliche Rolle spielt. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Regensburg nimmt zurzeit an einer Multicenter-Studie unter Federführung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg teil, um die Genetik des ADHS zu untersuchen. Dabei werden über 100 Familien mit mindestens zwei betroffenen Kindern, 25 davon aus der Regensburger Region, einbezogen.

Grundlage einer erfolgversprechenden Behandlung ist eine differenzierte Diagnostik. Die Diagnose kann letztendlich nur durch Beobachtung gestellt werden, wobei die Berichte des Kindes, der Eltern und der Lehrkräfte sehr wichtig sind. Natürlich gehört auch eine ausführliche körperliche und testpsychologische Untersuchung mit zur Diagnostik. Zudem muss eine genaue Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern erfolgen, denn nur dies ermöglicht eine erfolgversprechende Behandlung. So kann beispielsweise auch eine chronische Überforderung zu Unruhe und Unkonzentriertheit führen.

Grundlage der Behandlung ist die Aufklärung des Kindes, deren Eltern und der Lehrkräfte über die Symptomatik und ihre Ursachen. Der zweite Schritt sind Hilfen zur Bewältigung der Schwierigkeiten. Eine Hauptschwierigkeit des Kindes ist es, sich selbst Struktur zu geben. Somit ist es eine wesentliche Hilfe, Strukturen in kleinen Schritten aufzubauen und dabei schon kleine Erfolge

zu belohnen. Misserfolg und Tadel führen oft in einen Teufelskreis, den es in kleinen Schritten umzudrehen gilt. Stubenarrest mit Hausaufgabenzwang führt nur zu neuem Streit. Besser ist es, mit dem Schüler etwa eine Lernzeit von dreimal 20 Minuten pro Tag zu vereinbaren und eine Einhaltung dieses „Vertrags“ mit Gutscheinen zu belohnen. Solche verhaltenstherapeutischen Elemente bilden sowohl im ambulanten als auch im stationären Behandlungsetting wichtige Bausteine. Darüber hinaus kommt der Unterstützung der Eltern im Sinne Erlangung größtmöglicher erzieherischer Kompetenz große Bedeutung zu. Um eine bestmögliche Versorgung der jungen Patienten zu erreichen, ist auch die Zusammenarbeit zwischen den mit den Kindern und Jugendlichen befassten Institutionen und Berufsgruppen sehr wichtig.

Ein weiterer wichtiger Baustein im Behandlungsspektrum der KJP ist natürlich auch der Einsatz von Medikamenten, von denen man weiß, dass sie die Aufmerksamkeit

und Steuerungsfähigkeit der Patienten verbessern. Beim Regensburger Symposium wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine US-Studie nach zwei Jahren eingehender Beobachtung der Probanden ergeben hatte, dass die Kombination von Verhaltenstherapie und Medikamenteneinsatz die besten Erfolge zeitigt. Beim „medication-management“ geht es um das adäquate Präparat, die richtige Dosis und deren Verteilung über den Tag, also um eine „Feineinstellung“.

Wie man sieht, ist es Chefarzt Dr. Linder, seinen Mitarbeitern und Gastreferenten gelungen, für Aufklärung zu sorgen. Das Bezirksklinikum ist anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein weiteres Mal seinem Anspruch gerecht geworden, eine breite Öffentlichkeit mit Themen vertraut zu machen, die sich dem Laien nicht automatisch erschließen.

Uli Beer ist Mitarbeiterin im Pflege- und Erziehungsdienst der KJP Regensburg



Dr. Linder bei der Vorstellung der KJP

Fachöffentlichkeit begeistert über
KJP-Abend zum Thema:

Die Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie

Dr. Christian Rexroth

Für ihre erste Fachveranstaltung in diesem Jahr konnte die medbo-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) am Bezirksklinikum Regensburg einen ausgewiesenen Experten gewinnen. Gerhard J. Suess, Professor für klinische und Entwicklungspsychologie an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, hielt einen Vortrag zum Thema „Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie“. Das Interesse der Fachöffentlichkeit auf die Ankündigung des ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Abends war so groß, dass die Zahl der Anmeldungen die räumlichen Kapazitäten bei weitem überstieg. Ein zweiter KJP-Abend mit der gleichen Thematik wurde daraufhin Ende März abgehalten.

Professor Suess arbeitet erfolgreich seit Jahren mit dem wissenschaftlichen Hintergrund der Bindungsforschung insbesondere an der Verbindung zwischen Theorie und Praxis. Er setzt sich u. a. intensiv mit Themen wie dem Kinderschutz und der Erziehung in Krippe und Kindergarten auseinander.

Dass so viele Interessenten aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen auch weit über Regensburg hinaus den Weg zu uns gefunden haben, kann als Zeichen dafür gesehen werden, dass das Thema des Vortrages mittlerweile berufsgruppenübergreifend in einem breiten Fachpublikum angekommen ist. Die Bindungstheorie hat u. a. in unterschiedlichen klinischen Fächern, in der psychotherapeutischen Versorgung und der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, in der Arbeit mit auch psychisch belasteten Eltern sowie im Kinderschutz Einzug gehalten, und zwar schulenübergreifend. Die Bindungstheorie wurde von dem britischen Arzt und Psychoanalytiker John Bowlby 1969 begründet.

Sie stellt mittlerweile eine etablierte Disziplin in der Psychologie dar. Ihr Gegenstand ist der Aufbau und die Veränderung enger Beziehungen im Laufe des Lebens. Sie geht von dem Modell der Bindung der frühen Mutter-Kind-Beziehung aus und verbindet ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken. Bowlbys Theorie wurde von den bahnbrechenden Arbeiten von Mary Ainsworth empirisch belegt. Bereits in den 1970er Jahren wurden die Ergebnisse in Deutschland rezipiert. Eine Vorreiterrolle kommt hier Professor Klaus Grossmann zu, bis vor einigen Jahren Inhaber des Lehrstuhls für Entwicklungspsychologie an der Regensburger Universität, der gemeinsam mit seiner Frau Dr. Karin Grossmann auch zu den Gästen des KJP-Abends zählte.

Unterstützungsnetzwerk für Kinder

Wo heute nahezu allorts Betreuungsplätze für Kinder fehlen, der schulische Druck auf die Kinder nicht nur in den Familien spürbar ist, die Inanspruchnahme klinischer Einrichtungen und die Komplexität in Beratung und Behandlung steigt sowie sich die Wartezeiten für die betroffenen Familien immer ungünstiger entwickeln, ist die Vernetzung der bestehenden Ressourcen von besonderer Bedeutung. Um im Sinne der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien die bestehenden Ressourcen noch besser bündeln zu können, sollten wir vielleicht auch unser „Schnittstellendenken“ hin zu einer Haltung entwickeln, die bestehenden Nahtstellen besser zu verbinden. In diesem Sinne freue ich mich, dass es in Regensburg seit ca. einem Jahr eine fachübergreifende Arbeitsgruppe zum Thema „Kinder und psychisch kranke Eltern“ gibt mit Vertretern der Kinder- und Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie, der Ju-



Dr. Christian Rexroth

gendhilfe, der sozialpsychiatrischen Dienste und der Niedergelassenen, um nur einige zu nennen.

und stellt eine frühe Interventionsform dar zur Stärkung der Eltern-Kind-Bindung.

In jedem Fall stellt uns der Umgang und die Behandlung von denjenigen Kindern vor besondere Herausforderungen, deren psychosoziales Umfeld stark belastet ist, insbesondere wenn ihre Eltern selbst psychisch krank sind. Das gilt im Hinblick auf das Verständnis der Eltern-Kind-Beziehung für die Behandlung von Kindern im Vorschulalter im Besonderen. Die Indikation für auch bindungsbasierte frühe Hilfen wird immer häufiger gesehen, doch fehlt es auch hier an entsprechend ausgebildeten Fachkräften.

Die Studie konnte unter anderem signifikant nachweisen, dass die Bindungssicherheit der untersuchten Kinder zunimmt und sich zugleich auch der Bindungshintergrund der Beraterinnen, die das STEEP-Programm durchführten, verbesserte.

Angesichts der hohen Nachfrage konnten wir Herrn Professor Suess für eine zweite Auflage seines Vortrages in Regensburg gewinnen, die ebenso gut vom Fachpublikum angenommen wurde.

Multizentrische Interventionsstudie

Vor diesem Hintergrund stellte Professor Suess Daten einer multizentrischen Interventionsstudie zu Frühen Hilfen bei hoch belasteten jungen Müttern vor, die seit 2006 durchgeführt wird. Insbesondere beschäftigte sich der Vortrag mit Ergebnissen einer Follow-up-Untersuchung bei 4-6-jährigen Kindern, die seit Geburt bis zu ihrem zweiten Geburtstag im STEEP-Programm waren. STEEP bedeutet „Steps Toward Enjoyable Effective Parenting“. Dieses Programm ist von den Amerikanischen Forschern Martha F. Erickson und Byron Egeland entwickelt worden

Dr. Christian Rexroth ist kommissarischer Ärztlicher Direktor der KJP in Regensburg



Prof. Dr. Gerhard J. Suess



Sprachentwicklungsstörungen

Frühzeitig erkennen, frühzeitig behandeln?

Dr. Christiane Bormann-Kischkel

Auf großes Interesse stieß Anfang Januar 2005 der zweite Termin in der neuen Reihe kinderpsychiatrischer Abende, die jeweils am dritten Mittwoch zu Beginn jeden Quartals von 18.30 bis 20.00 Uhr stattfinden und vom Institut für Bildung und Personalentwicklung für die Regensburger Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie organisiert werden.

Prof. Hedwig Amorosa, Kinder- und Jugendpsychiaterin, hat die Erforschung und Behandlung kindlicher Sprach- und Kommunikationsstörungen in den Mittelpunkt ihres Berufslebens gestellt. Bis zum vergangenen Jahr leitete sie in München die Außenstelle für teilleistungs- und sprachentwicklungs-gestörte Kinder der Heckscher Klinik in Solln, die für viele Familien aus dem Münchner Raum zur Anlaufstelle wurde. Auch in Regensburg löste die

Referentin außerordentlich großes Interesse aus. Das Publikum aus Ärzten, Psychologen, Lehrern, Heilpädagogen und Logopäden u.a. zeigte einmal mehr die Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen durch die multiprofessionale Arbeitsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Durch ein Videobeispiel wurde deutlich, wie schwer es für ein Kind mit Sprachverständnisproblemen sein kann, eine einfache Aussage wie „stell dich auf den Stuhl“ zu verstehen und richtig zu befolgen. Ersatzstrategien wie das Orientieren an einem Signalwort (Stuhl) oder die Wahl einer plausibleren Verhaltensweise (sich auf den Stuhl setzen) zeigten, wie sehr solche Kinder ihre Defizite zu kompensieren versuchen. Vielen gelingt dies so gut, dass ihre Probleme lange nicht erkannt oder missverstanden werden, etwa als absichtliches Opponieren.

Auch die Fähigkeit des Kindes, Verständnis für abstrakt-symbolische Begriffe und Zusammenhänge zu entwickeln, ist beeinträchtigt, denn von früh an benutzen Eltern Sprache, um ihren kleinen Kindern die Welt zu erklären, sie anzuregen und anzuleiten oder ihr Spiel zu kommentieren. All dies wird aber nur bedingt, kurzfristig und mit großer Anstrengung von Kindern mit Sprachstörung verstanden.

Von Sprachentwicklungsstörungen sind ca. 10–15 Prozent aller Kinder betroffen, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Untersuchungen in betroffenen Familien haben gezeigt, dass eine genetische Veranlagung eine wesentliche Rolle bei den Ursachen spielt. Zweisprachigkeit kann zwar die Sprachentwicklung etwas verlangsamen, führt aber nicht zu einer manifesten Störung, wie sie auch eine bestehende Sprachentwicklungsstörung nicht

verschlimmert. An komorbiden Erkrankungen sind häufig ADHS, Leserechtschreibstörung, in der Folge auch internalisierende Störungen wie Ängste und Depressionen beschrieben. Auch hinter manchen aggressiven Sozialverhaltensstörungen stehen unerkannte Sprachstörungen.

Das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren und eine rechtzeitige Intervention helfen den Verlauf abzumildern und die Entwicklung betroffener Kinder zu unterstützen. Aus vielen Studien ist bekannt, daß ein Wortschatz von unter 50 Worten im Alter von 24 Monaten einen deutlichen Risikofaktor darstellt. Durch weiteres Zuwarten verstreiche jedoch häufig wertvolle Entwicklungszeit ungenützt. In München seien Eltern deshalb im Rahmen einer Gruppe angeleitet worden, in spielerischen, aber gezielten Interaktionen die kommuni-

kative Kompetenz ihrer kleinen Kinder zu verbessern.

Auch im Rahmen der Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden in den vergangenen Monaten wiederholt kleine Kinder mit Aufmerksamkeitsproblemen oder aggressiven Verhaltensweisen vorgestellt, hinter denen sich Sprachprobleme verbargen. Erfreulicherweise nahm sich Amorosa am Nachmittag auch noch Zeit, um einige schwierige Fälle mit den Mitarbeiterinnen der Spezialambulanz durchzusprechen. Hier wie auch bei ihrem Vortrag beeindruckte sie ihre Zuhörer wieder einmal durch ihre Fähigkeit, komplexe Sachverhalte aus wissenschaftlichen Publikationen in eine klare und deutliche Sprache über die Schwierigkeiten, die diese Kinder erleben, zu übertragen. Die rege Diskussion und der herzliche Beifall zeigten, dass sie verstanden worden war.

Dr. Christiane Bormann-Kischkel war bis 2015 Leitende Psychologin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg



Prof. Hedwig Amorosa

Integration unterschiedlicher Perspektiven

Heimversorgung von Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. Barbara Seidenstücker, Prof. Dr. Markus Enser,
Prof. Dr. Thomas Krause, Dr. Christian Rexroth

Die Arbeitsfelder von Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits sowie Jugendhilfe und Sozialer Arbeit beziehungsweise Sozialpädagogik andererseits liegen eng beieinander. Trotzdem finden sich im Versorgungsalltag wie auch im wissenschaftlichen Diskurs teils noch schwer überbrückbare Gegensätze. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosoma-

tik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg (KJP) und die Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (OTH Regensburg) tauschten sich im Rahmen einer Abendveranstaltung aus.

Zahlreiche Absolventen der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften arbeiten im Bereich der Jugendhilfe mit psychisch belasteten oder kranken Kindern und Jugendlichen. Zur gleichen Zeit stellen sich den KJP-Psychiatern und -Psychotherapeuten häufig Fragen nach geschlossener Unterbringung oder Fremdbetreuung von Kindern und Jugendlichen: Wie beispielsweise in einer stationären Jugendhilfe- beziehungsweise

Heimeinrichtung. Um beide Perspektiven für das betreffende Kind sowie dessen Eltern zu verbinden, ist Wissen und Können beider Fachdisziplinen notwendig. Im Herbst 2013 fand die erste gemeinsame Veranstaltung von KJP und OTH Regensburg zur Heimversorgung von Kindern und Jugendlichen: Eine interdisziplinäre Annäherung. Im Rahmen des bereits etablierten KJP-Abends am Bezirksklinikum Regensburg war es gelungen, den in-

ternational anerkannten israelischen Psychologen Dr. Yecheskiel Cohen einzuladen: Ein für beide Disziplinen spannender Gast.

Die zweite Geburt: Fallbeispiel integrierter sozialer und psychiatrischer Versorgung

In über 40-jähriger Entwicklungsarbeit hat der renommierte Psychoanalytiker Cohen ein individuelles und ganzheitliches Behandlungskonzept geschaffen, das angesichts seiner außergewöhnlichen Erfolgsquote international für Aufsehen und Bewunderung sorgt. „Jerusalem Hills Children's Home“ heißt der Ort, an dem 80 Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalt und Missbrauch, Vernachlässigung und Krieg geworden sind, auf liebevolle Weise „in ein neues Leben geboren“ werden.

Cohen konzipierte und leitete das Jerusalem Hills Children's Home über etwa 40 Jahre. Das Heimkonzept basiert auf einem psychoanalytischen, bindungsorientierten Konzept und verbindet psychologische, sozialpädagogische und kinderpsychiatrische Arbeit im Alltag für die traumatisierten und verhaltensauffälligen Kinder miteinander.

Der Vortrag Cohens wurde ergänzt durch die Vorführung des Films

Das Jerusalem Hills Therapeutic Center

Hier bekommen 80 Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalt und Missbrauch, Vernachlässigung und Krieg wurden, eine neue Chance. Es ist ein Auffangbecken für verwundete Seelen, die durch alle sozialen Netze und Institutionen gefallen sind und deren Wege unter normalen Umständen in der Psychiatrie oder im Gefängnis enden würden: Ein Kinderheim, das mittlerweile weit über die Grenzen Israels bekannt ist. Das besondere, ganzheitliche psychoanalytische Konzept der Einrichtung schafft es, dass etwa 70 Prozent der Kinder das Heim mit einer gesunden und entwickelten Persönlichkeit verlassen – eine Erfolgsquote, die unter Fachleuten weltweit für Staunen und Bewunderung sorgt.

Bis zu fünf Jahre werden die Kinder hier kontinuierlich behandelt. 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 bedeutungsvolle 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 maximale Freiheit ihre Probleme und Pathologien 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.

„Die zweite Geburt“, der das Jerusalem Hills porträtiert.

Annäherung zweier Disziplinen

Das Besondere an dem Konzept dieses kinder- und jugendpsychiatrischen Abends war die lebendige Kooperation zwischen KJP und der OTH. „Heimerziehung 2013: Fakten, Diskussionen, Trends“ lautete der Titel der Vorträge von Prof. Dr. Barbara Seidenstücker und Prof. Dr. Markus Enser von der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, die sowohl zu aktuellen Entwicklungen in der Heimversorgung sowie zur Ambivalenz stationärer Heimerziehung referierten. Moderiert wurde der Abend vom kommissarischen Ärztlichen Direktor der KJP, Dr. Christian Rexroth, der sowohl auf die gemeinsame Verantwortung der beiden Berufsgruppen bei der Be-

treuung der meist mehrfach beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen hinwies, als auch auf das aus unterschiedlichen Blickwinkeln getragene gemeinsame Ziel.

Von vielen Beteiligten war zu vernehmen, dass der Abend auf große Resonanz stieß. Insbesondere der interdisziplinäre Ansatz und die sich gegenseitig bereichernden Perspektiven weckten den Wunsch nach weiterer Kooperation der beiden Berufsfelder, die sich zwar disziplinär häufig noch gegenüber stehen, in der Versorgung der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern häufig jedoch viel näher sind.

Prof. Dr. Barbara Seidenstücker, Prof. Dr. Markus Enser und Prof. Dr. Thomas Krause lehren an der OTH, Dr. Christian Rexroth ist kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg



Fachtagung Schulvermeidung am 9. und 10. November 2012 in Regensburg

Symptom, nicht Krankheit

Dr. Christian A. Rexroth, Thomas Lustig

Die bayernweit erste Fachtagung zum Thema Schulvermeidung fand in der Fachöffentlichkeit ein sehr hohes Interesse. Bemerkenswert waren die hochrangige fachliche und politische Präsenz, die Beteiligung von drei bayerischen Ministerien sowie der Regierung der Oberpfalz. Unterstützt wurde die Fachtagung vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, der Regierung der Oberpfalz und der Katholischen Jugendfürsorge (KJF) der Diözese Regensburg.

Schulvermeidung ist ein Symptom, keine Krankheit. Die Häufigkeit wird auf etwa fünf bis zehn Prozent aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen geschätzt. Bei einem erheblichen Anteil von diesen Kindern und Jugendlichen bestehen psychische Auffälligkeiten oder Störungen. Das Symptom zeigt sich von der Verweigerung der Mitarbeit am Unterricht bis hin zum Fernbleiben von der Schule. Die Gründe sind meist vielschichtig.

Schulvermeidung findet sich häufiger bei Jugendlichen als bei Kindern. Im Kindesalter dominiert die angstbedingte Schulverweigerung, während sich ab dem Jugendalter das Spektrum der Störungen erweitert. Der Anteil von Jungen gegenüber Mädchen ist höher. Keine Schulform ist hiervon ausgenommen. Die Schüler leiden oftmals auch unter Ängsten und Depressionen sowie psychosozialen Belastungen im Umgang mit Familie oder Gleichaltrigen. Schulvermeidung kann auch als Reaktion auf Über- oder Unterforderungen in der Schule auftreten. Symp-

tome entstehen vor dem Hintergrund individueller Verletzlichkeit. Wie ihre Eltern kommen auch ihre Lehrkräfte mit diesen Schülern bisweilen an ihre Grenzen. Nicht selten entsteht bei allen Beteiligten ein Gefühl der Hilflosigkeit, weil sich die Schüler gerade durch ihr Vermeidungsverhalten den schulischen, medizinischen und Angeboten der Jugendhilfe entziehen.

Dass das Thema Schulvermeidung alle angeht, wurde auf der interdisziplinären Fachtagung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie am 9. und 10. November 2012 in herausragender Weise deutlich. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der medbo und die Regierung der Oberpfalz luden zum interdisziplinären Austausch an das Institut für Bildung und Personalentwicklung (IBP) des Bezirks Oberpfalz ein.

Ein multiprofessionelles Auditorium verfolgte die Beleuchtung des Themas aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Teilnehmer kamen bayernweit aus den großen Bereichen Gesundheitswesen, Schule und Justiz, aber auch von Beratungsstellen. Wissenschaftliche und Fachvorträge unter anderem des amtierenden Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Prof. Gerd Schulte-Körne aus München, wechselten mit Präsentationen bestehender Konzepte für die Versorgung von Schulvermeidern aus Essen, Nürnberg und Regensburg.

Höhepunkt der Fachtagung war der lebendige wie fundierte Vortrag des international renommierten Experten Prof. Haim Omer aus Tel Aviv, Israel. Omer stellte die „Neue

Autorität“ als eine grundlegende Haltung in erzieherischem und psychologisch-psychotherapeutischem Kontext dar und erläuterte dieses anschaulich mit konkreten Möglichkeiten in der Unterstützung der betreffenden Kinder und Jugendlichen wie auch ihrer Eltern und Schule. Die „Neue Autorität“ entsteht aus der Präsenz von eben diesen und einer sicheren Bindung, wozu Omer das Bild des Ankers veranschaulichend erläuterte.

Im Rahmen der Fachtagung konnte ein erst kurz zuvor ins Leben gerufenes, lokales Modellprojekt einem breiten Publikum vorgestellt werden. „Ich darf das“ ist ein schulisches Projekt des Sonderpädagogischen Förderzentrums Regensburg, der Jakob-Muth-Schule, in Kooperation mit der Regensburger Lernwerkstatt (KJF) und der Regensburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, das sich an Schülerinnen und Schüler der 8. und 9. Jahrgangsstufe wendet. www.lernwerkstatt-regensburg.de/ichdarfdas.htm

Besonders erfreulich war, dass sich im Rahmen der Fachtagung weitere neue und interdisziplinäre Impulse für die Verbesserung der Versorgung schulvermeidender Schülerinnen und Schüler in der Oberpfalz ergaben.

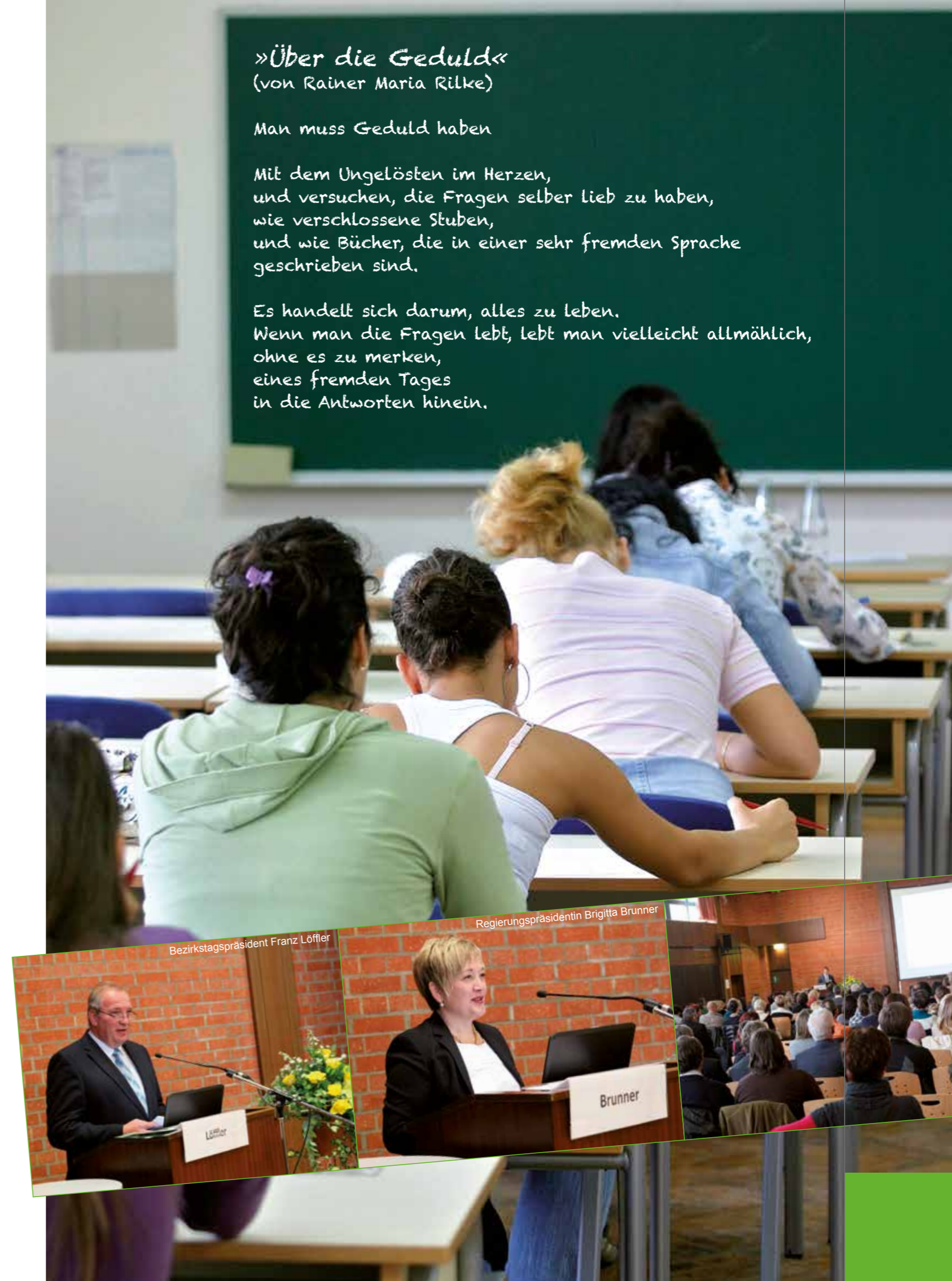
*Dr. Christian A. Rexroth
Kommissarischer Ärztlicher
Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie am
Bezirksklinikum Regensburg,
Sonderschulrektor Thomas Lustig
ist Referent im Sachgebiet
Förderschulen und Schulen für
Kranke der Regierung der
Oberpfalz*

»Über die Geduld«
(von Rainer Maria Rilke)

Man muss Geduld haben

Mit dem Ungelösten im Herzen,
und versuchen, die Fragen selber lieb zu haben,
wie verschlossene Stuben,
und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache
geschrieben sind.

Es handelt sich darum, alles zu leben.
Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht allmählich,
ohne es zu merken,
eines fremden Tages
in die Antworten hinein.



Regensburger Fachtagung „Frühe Hilfen“ 2015

Kooperativ Bindungen stärken und Kinder schützen

Dr. Christian Rexroth, Dr. Hermann Scheuerer-Englisch, Prof. Dr. Klaudia Winkler

Die Unterstützung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in schwierigen Lebenslagen dient der Minimierung von Gefährdungen und dem Schutz von Kindern. Als interdisziplinäre Aufgabe sehen sich die beteiligten Fachkräfte vor einer großen Herausforderung. Ihre Arbeit und die Organisation ihrer Unterstützung bedürfen eines tragenden Netzwerks. Die Regensburger Fachtagung „Frühe Hilfen“ brachte im April 2015 Partner und Experten an einen Tisch.

Seit einigen Jahren stehen die Kinder psychisch kranker Eltern verstärkt im Blickpunkt der Fachöffentlichkeit. Beispielhafte Projekte, die sich diesen Kindern zuwenden, deren Lebensbedingungen, Belastungen und Nöte erforschen, aber auch ihre Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten ausloten, sind mittlerweile bundesweit bekannt. Dabei hat sich der Fokus zunehmend von den Auswirkungen hin zur Förderung und Prävention dieser Kinder und deren Familien verschoben. Das feinfühlig elterliche Verhalten und eine gelingende Bindung stellen dafür die wichtigsten Faktoren zur positiven Entwicklung von Kindern dar. Der Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2007) belegt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder problematische Auffälligkeiten entwickeln, bei Familien in prekären Lebenslagen viermal größer ist als bei wenig belasteten Familien.

Alle Fachkräfte in Gesundheitswesen und Jugendhilfe, die mit Eltern und ihren kleinen Kindern zu tun haben, tragen insofern gemeinsam Verantwortung für den Aufbau eines breit angelegten Netzes von solchen sogenannten „Frühen Hilfen“.

Hilfe anbieten – so früh wie möglich

Zum Teil bleibt die Zuständigkeit zwischen den beteiligten medizinischen Fachbereichen (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hausärzte) in Zusammenarbeit mit der regionalen Kinder- und Jugendhilfe und den Sozialpsychiatrischen Diensten noch häufig dem jeweiligen individuellen Engagement auf lokaler Ebene überlassen – wenn auch mit teilweise sehr guten Ergebnissen.

Demgegenüber stellt sich fachlich weniger die Frage, welche Institution zuständig ist, sondern mehr, wie Angebote für psychisch kranke Eltern und deren Kinder aus den oben genannten Bereichen der medizinischen Versorgung, der Kinder- und Jugendhilfe und der psychosozialen Angebote miteinander besser verbunden werden können – und dass diese Hilfen möglichst zu einem „frühen Zeitpunkt“ im Leben der Kinder und deren Familien einsetzen. An diesem Punkt will ein Projekt ansetzen, das Kinder und deren psychisch kranke Eltern unter Einbeziehung außerfamiliärer Kinderbetreuung fördern soll.

Die Fachtagung „Frühe Hilfen“ im April 2015 brachte erstmals die wichtigsten Handlungspartner und Ideengeber zwei Tage lang in Regensburg an einen Tisch. Initiator war die medbo Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJP), der mit der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (OTH) und der Katholischen Jugendfürsorge Regensburg von Anfang an wichtige Kooperationspartner zur Seite standen. Dr. Christian Rexroth, Chefarzt

und Ärztlicher Direktor (komm.) der KJP leitet als Sprecher die Arbeitsgruppe „Kinder und psychisch kranke Eltern“ des Regionalen Steuerungsverbundes des Versorgungsgebietes Regensburg (PSAG), welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlichster Einrichtungen der sozialpsychiatrischen, medizinischen Versorgung und Jugendhilfe von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zusammen setzt und spiegelt damit den interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz bei dieser Thematik beispielhaft wider.

Mit dieser Fachtagung sollte auch Prof. Dr. Klaus E. Grossmann anlässlich seines 80. Geburtstages gewürdigt werden, der ein hoch anerkannter Lehrer und Förderer ist und den viele Fachleute aus dem wissenschaftlichen Diskurs kennen und schätzen gelernt haben.

Unterstützt wurde die Tagung nicht zuletzt durch die Bayerischen Staatsministerien für Gesundheit und Pflege sowie Arbeit und Soziales, Familie und Integration. Die Bundesinitiative Frühe Hilfen förderte überdies die Tagung großzügig.

Regensburger Partner: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Frühe-Hilfen-Engagement der Regensburger KJP kommt nicht von ungefähr, kommen seit einiger Zeit zunehmend auch Säuglinge in die KJP-Ambulanz. Deren Eltern machen sich häufig Sorgen um die Entwicklung ihrer Kinder, zum Beispiel in Bezug auf Schreien, Schlafen, Füttern, Anklammern, Kommunikation, Sprache, Trotz oder Spielunlust. Gerade Kinder im Altersbereich bis drei Jahre sind in besonderem Maße von der Versorgung ihrer Eltern abhängig. Wenn die Eltern beziehungswei-

se ein Elternteil durch eine psychische Erkrankung beispielsweise eine negative Haltung gegenüber dem Kind einnehmen, die Emotionen und Bedürfnisse ihrer Sprösslinge nicht adäquat wahrnehmen oder mit der Betreuung überfordert sind, dann kann sich das auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Häufig kommen auch noch weitere psychosoziale Belastungsfaktoren wie finanzielle Sorgen, partnerschaftliche Probleme oder Arbeitslosigkeit dazu. Deswegen ist es von enormer Wichtigkeit, den psychisch kranken Eltern(-teilen) und ihren Kindern rasch, kompetent und interdisziplinär im multiprofessionellen Team zu helfen und möglichst zeitnah darauf hinzuwirken, dass sich die Kinder gut entwickeln können. Gerade bei diesen ganz jungen Patienten ist eine schnelle und unkomplizierte Kooperation, wie die KJP sie mit den erwachsenenpsychiatrischen Kollegen, insbesondere mit der Psychiatrischen Institutsambulanz unter Leitung von PD Dr. Berthold Langguth, und der regionalen Jugendhilfe pflegt, von großer Wichtigkeit.

Regensburger Partner: Katholische Jugendfürsorge

Zweiter Partner ist die Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg, die als Teil der Jugendhilfe mit ihren zehn Erziehungsberatungsstellen (EB) in der Diözese Regensburg einen wesentlichen Fachberatungsdienst der Jugendhilfe und der psychosozialen Grundversorgung auch für

Fortsetzung auf Seite 71



Klaus und Karin Grossmanns Lebenswerk: Bindungsforschung

Zu Beginn der Siebzigerjahre begannen Klaus und Karin Grossmann als erste in Deutschland mit der Grundlagenforschung zur Entwicklung von Bindungen zwischen Eltern und Kind – zunächst in Bielefeld, ab 1978 an der Universität Regensburg. Sie fingen an, Kinder und ihre Familien von der Geburt bis ins Erwachsenenleben zu beobachten und waren bereit, tatsächlich langfristig zu dokumentieren, wie sich Menschen entwickeln. So wurde die Theorie von Anfang an von der Wirklichkeit des Beobachteten geprägt und nicht von den Wünschen der Forschenden selbst.

Der Ansatz, genau zu beobachten, auf den einzelnen Menschen zu schauen und ihn ganzheitlich wahrzunehmen, ist auch für die Praxis in der Jugendhilfe, sei es in der Beratung oder in den (teil-)stationären Hilfen, elementar.

Das Forscherehepaar Grossmann konnte auch für deutsche Familien nachweisen, dass die Bindungserfahrungen von Kindern mit den wichtigen Bindungspersonen die Grundlage für das (Ur-)Vertrauen in sich, in andere und die Welt darstellen. Klaus und Karin Grossmann haben die Bindungsforschung selbst und damit auch die Perspektive erweitert: So machten sie immer deutlich, dass gelingende Bindungen die Grundlage für das Lernen, eine gute Selbstständigkeit und die Autonomie des Kindes sind. Sie konnten zeigen, dass die Väter den Müttern gleichrangige Bindungspersonen sind und dass sie in der fachlichen Arbeit mit einbezogen werden müssen, um die kindliche Entwicklung zu fördern, vor allem um die Problemlösefähigkeiten der Kinder zu stärken.

Das Forscherehepaar legte auch besonderen Wert auf die Bedeutung der Sprache für die Bindungsentwicklung. Menschen verfügen über ein besonderes Bewusstsein: Erinnerungen und die Sprache geben einem Menschen die Möglichkeit, Vergangenes zu reflektieren, Aktuelles und Zukünftiges zu bewerten und sich selbst besser zu verstehen. Damit wird die Grundlage für die eigene innere Sicherheit gelegt. Für die praktische Arbeit bedeutet dies, Kinder, Jugendliche und Eltern anzuregen, miteinander zu reden, sich zu öffnen, sich wichtige Empfindungen mitzuteilen und sich auszutauschen. Die Bindungsforschung von Klaus und Karin Grossmann trifft das Herz dessen, was Menschsein ausmacht: Sie beleuchtet die Frage, was Eltern an Fürsorge und Liebe an ihre Kinder weitergeben. Sie gibt vielfältige Anregungen, was wie zu tun ist, um ängstigende und kränkende Erfahrungen in Familienbeziehungen zu beenden, negative Teufelskreise zu unterbrechen und Hoffnung und Zuversicht in menschlichen Entwicklungswegen zu säen. Daran mitzuwirken ist eine wundervolle Aufgabe von allen Fachleuten in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Medizin und Jugendhilfe.

(Quelle: Hermann Scheuerer-Englisch, Aktion Kontakte 2/2014)

Fortsetzung von Seite 69

(sehr) kleine Kinder und ihre Eltern anbietet. Die Eltern können sich unbürokratisch, freiwillig und für sie kostenfrei an eine EB-Stelle wenden, die es in jeder Kommune gibt.

Experten fordern vor allem früh ansetzende, auf eine Vertrauensbeziehung aufbauende Hilfen, die sich an gefährdete Familien wenden, ohne nur das Thema Kindeswohlgefährdung allein in den Fokus zu nehmen. Erziehungsberatung wendet sich in dieser offenen, niedrigschwelligeren Form an Eltern von Kleinkindern. Bei stark überforderten Familien ist ein besonderes Arbeitsbündnis von Hilfen nötig. Hier sind eine Früherkennung und Anbahnung von Hilfen durch die „natürlichen“ Anlaufstellen, etwa Geburtsklinik, Hebamme, Kinderarzt, Krippen und Tagesmütter sowie die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi) erforderlich. Die Erziehungsberatung stellt dann eine weitergehende intensive Hilfe zur Erziehung dar und ist häufig in der „zweiten“ Reihe für die pädagogisch-therapeutische Begleitung von Familien im Rahmen

des Gesamtnetzwerkes von „Frühen Hilfen“ zuständig.

Regensburger Partner: Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg

Auch die Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der OTH Regensburg ist Kooperationspartnerin der Fachtagung. Das Thema „Frühe Hilfen“ ist zum einen für Studierende der Sozialen Arbeit von großer Bedeutung, spielt aber auch im Rahmen von Forschungsschwerpunkten an der OTH eine wichtige Rolle. Das Besondere am Konzept dieser Fachtagung aus Perspektive der OTH war der interdisziplinäre Blick von Seiten der Pädagogik, der Psychologie, der Medizin (und hier insbesondere der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) und nicht zuletzt der Sozialen Arbeit auf das Thema Frühe Hilfen: Dieser Blick entspricht auf wissenschaftlicher Ebene gewissermaßen dem, was seit Inkrafttreten des Kinderschutzgesetzes im Jahr 2012 auch in der Praxis der Frühen Hilfen umgesetzt werden sollte beziehungsweise bereits umgesetzt wird.

Fazit

Die Fachtagung „Frühe Hilfen – Kooperativ Bindungen stärken und Kinder schützen“ setzte fachliche Impulse zur Umsetzung von Frühen Hilfen und Kinderschutz aus den verschiedenen Professionen, ermöglichte ein gegenseitiges Kennenlernen unterschiedlicher Ansätze und Kooperationsformen und unterstützte auf diese Weise die Entwicklung gemeinsamer Sichtweisen und die Organisation von funktionierenden Schnittstellen.

Dr. Christian A. Rexroth ist Chefarzt und Ärztlicher Direktor (komm.) der medbo Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Dr. Hermann Scheuerer-Englisch ist fachlicher Sprecher der Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstellen der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Regensburg und Leiter der Regensburger Stelle und Prof. Dr. Klaudia Winkler ist Vizepräsidentin der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg

Netzwerkpartner der medbo Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Oberpfalz

- **Niedergelassene Ärzte und Therapeuten**
 - Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- **Krankenhäuser, Fach- und Kinderkliniken**
 - Medizinische und berufliche Reha-Einrichtungen
- **Krabbelstuben**
 - Kindergärten und –krippen
- **Schulvorbereitende Einrichtungen**
 - Schulen und Internate aller Art
- **Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen und Jugendsozialarbeiter**
 - Berufsbildungszentren
 - Mobiler Sonderpädagogischer Dienst
 - Staatliche Schulberatungsstelle Oberpfalz
- **Stationäre, teilstationäre und ambulante Jugendhilfe-Einrichtungen**
 - Jugendämter und KoKi
 - Erziehungsberatungsstellen
 - Jugendgerichtshilfe
- **Polizei, Justiz und Bewährungshilfe**
 - Bezirkssozialverwaltung
 - Selbsthilfegruppen
 - PSAG
 - Gesundheitsämter
 - Fachakademien für Sozialpädagogik
- **Staatliche Logopädie-Schulen**
 - Universität Regensburg
- **Agentur für Arbeit**
- **Ostbayerische Technische Hochschule (OTH)**
 - Krankenkassen und Rentenversicherungsträger

und viele mehr ...