

Kinder-Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Vortrag anlässlich des 15jährigen Praxisjubiläums von
Dr. Franz Wienand

Lieber Franz, liebe Monika,
sehr geehrtes Praxisteam
sehr geehrte Damen und Herren,

15 Jahre Kinderpsychiatrische Praxis Dr. Wienand, meinen Glückwunsch dazu, nicht allein zu dieser Jahreszahl, sondern vielmehr zu Deiner nimmermüden Aktivität und Lebendigkeit, Innovation und Unterstützung, die weit über diese Praxis hinausgehen. Seit wir uns vor 5 Jahren in Bad Lauterberg begegnet sind, habe ich viel davon profitiert. Meinen herzlichen Dank möchte ich für die heutige Einladung aussprechen, ich fühle mich geehrt und freue mich, hier in diesen Räumen als Gast sein zu dürfen und zu diesem Anlass einen kleinen Beitrag leisten zu können.

„Psychotherapie und Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter: eine spannende Beziehung“ – Wie kann sich die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Wohl der Patienten und auch vielleicht zu unserem Wohl und unserer eigenen Psychohygiene gestalten?

Franz, Du hast mich mit einem Thema beauftragt, das zunächst mir nicht als „mein“ Thema erschien und bei dessen Bearbeitung ich häufiger gestöhnt habe. Praktische Themen, etwas „Be-greifbareres“, sind mir eigentlich näher. Aber wie bei jeder Aufgabe und Eintauchen in neue Gedanken führt es zu einer Reflektion und hat sehr konkret und persönlich zu einer neuen Auseinandersetzung mit dem Thema der Zusammen-arbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychiaterinnen /Psychiatern und meiner Berufsgruppe geführt.

Im Mittelpunkt unseres beruflichen Denkens und Handelns, Fühlens und Zweifelns steht das Kind und seine Familie, das Kind in und mit seiner Umwelt. Der aktuelle Tätigkeitsbericht der Bundespsychotherapeutenkammer vom Mai 2007 führt dazu an: „Jedes zwanzigste Kind und jeder zwanzigste Jugendliche in Deutschland hat heute eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit. Etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische Beschwerden. Insgesamt sind etwas 18 % der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig“ (BPTK 2007) Die BELLA Studie bestätigt, dass bei 17 % der Kinder ein Beratungs- oder Therapiebedarf besteht (www.bella-studie.de, 15.05.07). In den ersten Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KIGGS) schätzen Eltern sogar 28 % der 11 – 17jährigen Kinder und Jugendlichen als auffällig ein, bei den 3 – 10jährigen Kindern steigert es sich auf 29 %, sicherlich auch ein Zeichen der Hilflosigkeit und Unsicherheit der Eltern hinsichtlich ihrer Erziehungsaufgaben.

Wie können wir nun gemeinsam daran arbeiten, dass Kindern und Jugendlichen geholfen wird, Eltern unterstützt werden, Vorsorge getroffen wird und gesamtgesellschaftlich der Blick gerichtet wird auf die dringende Notwendigkeit der Gesundheit und Bildung unserer Kinder. „Es bedarf spezifischer Kindheitserfahrungen, um spezifische Merkmale einer Kultur aufrechtzuerhalten; sobald die betreffenden Erfahrungen fehlen, verschwindet auch das entsprechende kulturelle Merkmal.“(deMause, 1997, 15)

Bevor ich mit meiner persönlichen Bewertung Stellung nehme, lassen Sie mich einen kleinen Ausflug in die Geschichte unserer beiden Berufsgruppen machen.

Die Ursprünge der Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie sind eng verwoben. Das erste Lehrbuch zum Fachgebiet erschien 1887 von Hermann Emminghaus mit dem Titel: „Die psychischen Störungen des Kindesalters“, „Die Psychopathologie des Kindesalters“ von August Homburger erschien 1926 als erstes klassisches kinderpsychiatrisches Lehrbuch. Parallel und sich gegenseitig befruchtend entwickelte sich zu Beginn des letzten Jahrhunderts eine intensive Zuwendung zum Kind. Ellen Keys demonstrative Forderung von 1902 nach einem „Jahrhundert des Kindes“ wurde entsprochen mit den Arbeiten von Wilhelm Preyer, 1885, William Stern, 1904 auch Gründungsmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Psychologie“ 1914, Karl und Charlotte Bühler 1958.

Freud selbst stand der Kindertherapie eher zurückhaltend gegenüber, seine Hinweise und Verhaltensweisen zur Erziehung der Kinder betrachten wir heute mit Schauern:

„Als Freud der schwangeren Schwiegertochter (Frau von Martin und in der Familie nicht akzeptiert) erklärt, dass ER den Namen des Kindes bestimmen werde, wird Martha (Freuds Frau) sich wohl schmerzlich erinnern haben: Mathilde, Martin, Oliver, Ernst, Sophie, Anna – immer waren es seine Freunde, seine Vorbilder, nach denen die Kinder benannt worden sind. Nicht ein einziges Mal hat sie auch nur mitreden dürfen, bei sechs Geburten.... Als Esti einen gesunden Sohn zur Welt bringt, ist es klar, dass er Anton heißen wird, nach Anton von Freund, einem verstorbenen ungarischen Mäzen des Psychoanalyse. Sie findet den Namen schauerhaft. Aber sie kann nichts machen. Als sie das Krankenhaus verlässt, warnt Freud sie, mit dem Jungen zu viel zu schmuse. Heimlich tut sie es doch“ (Weisweiler, 2006, 273).

Aber Freud ermunterte seine Mitarbeiter und Schüler – seine Tochter Anna eher zögerlich –, sich intensiv mit der Kinderpsychotherapie auseinander zu setzen, zumal sehr schnell deutlich wurde, dass die Kinderpsychotherapie anderer Methoden als der reinen Technik der freien Assoziation und Deutung bedarf. Als erste nichtärztliche Kinderanalytikerin verwendete Hermine von Hug-Hellmuth Spiel- und Puppenmaterial mit ihren kleinen Patienten und wurde so zur ersten Vertreterin der Spieltherapie (vgl.: Harms in: Reinelt/Bogyi/Schuch, 1997, 40ff). 1913 erschien ihr Buch „Aus dem Seelenleben des Kindes“.

Ada Müller Braunschweig, am Berliner Psychoanalytischen Institut, die in Adlers Sinn aufgebauten Erziehungsberatungsstellen, Oskar Pfister in der Schweiz mit seiner „Spaziergangsbehandlung“, Hans Zulliger, der versuchte, analytisches Denken in die Pädagogik zu überführen: Sie alle bereiteten den Boden für die kontroversen und auch konstruktiven Auseinandersetzungen und Weiterentwicklungen in den 20er

Jahren. Anna Freud, Melanie Klein und August Aichhorn seien stellvertretend genannt. Während Melanie Klein eine konsequente Behandlung des Kindes in einer Abtrennung von Eltern und Elternhaus sah, war Anna Freud der Überzeugung, dass die Arbeit mit den Eltern ein unumgänglicher Bestandteil einer Kindertherapie sein muss.

Die Zeit des Nationalsozialismus und der Zweite Weltkrieg ließen in Deutschland zunächst die Entwicklung stagnieren. Die Rolle der Kinderpsychiatrie in dieser Zeit bedarf immer noch der Spurensuche und einer Betrachtung ohne Vorbehalte und Abwehr (vgl. Lehmkuhl, 2003).

Nach dem Zweiten Weltkrieg begann eine Zeit der internationalen Forschungen und Entwicklungen, die sich gegenseitig beeinflussten und bereicherten. Viele Wissenschaftler konnten in Amerika ihre in Europa begonnene Arbeit fortsetzen, die zunehmende theoretische Fundierung führte zu institutionalisierten und somit gesicherten Behandlungsmöglichkeiten. Verschiedene Schulen legten den Fokus auf unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte. Erik H. Erikson nutzte die Kulturanthropologie zu seiner Arbeit über „Kindheit und Gesellschaft“ (1950). Virginia Axline trug das therapeutische Gedankengut Carl Rogers in die Konzepte der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und entwickelte die „nicht-direktive Spieltherapie“. Der Kinderanalytiker Lebovici führte die Ideen des Psychodramas nach Moreno in die Kindertherapie ein. Die behavioristische Lernpsychologie bot die Grundlage für die Entwicklung der Verhaltenstherapie. D.W. Winnicott ist in besonderer Weise mit der Kindertherapie verbunden, er betont die Notwendigkeit der „good enough mother“, auf die das Kind Anspruch hat. Seine Squiggletechnik ist heute noch ein wichtiges Medium in der kindertherapeutischen Arbeit. Gedanken über eine besondere Methode der Kindertherapie, das „katathyme Bilderleben“ mag ich bei der Anwesenheit eines hochqualifizierten Vertreters dieses Genre so wenig nach Böblingen tragen wie Eulen nach Athen. Meine eigenen Wurzeln liegen in der Gestaltkindertherapie, die entscheidend von Violet Oaklander und Felicia Carroll geprägt wurden, Petzold entwickelte sie zur „integrativen Therapie“ weiter.

Sicherlich habe ich an dieser Stelle einige wichtige Vertreter und richtungsgebende Persönlichkeiten vergessen, die Geschichte der Kinderpsychotherapie wird weitergeschrieben. Anna Freud bemerkte: „Die Wege und Mittel der Therapie in der Kindheit sind so zahlreich wie die auf dem Entwicklungsweg erworbenen Störungen und so verschieden voneinander, wie die verschiedenen Anteile der kindlichen Persönlichkeit“ (A. Freud, 1987, 2346).

DIE ENTWICKLUNG DER KINDERPSYCHIATRIE

Die Geschichte der Psychiatrie reicht weit zurück. Schon aus dem Altertum sind zahlreiche Darstellungen von Krankheitsbildern überliefert und Behandlungsmethoden beschrieben worden. Die Entwicklung der Kinderpsychiatrie jedoch ist eine junge, vielleicht befinden wir uns mit der Annäherung unserer beider Berufsgruppen gerade in der präadoleszenten Phase... Sie ist eng mit der Entdeckung der Bedeutung der Eigenständigkeit des Kindes und seiner Entwicklung verbunden. Lloyd de Mause schreibt in seinem ergreifenden Buch: „Hört ihr die Kinder weinen“ (Suhrkamp 1977, 12): „Die Geschichte der Kindheit ist ein Alptraum, aus dem wir gerade erst erwachen.“

Der Begriff „Kinderpsychiatrie“ wurde 1899 von dem französischen Psychiater M. Manheimer-Gommés eingeführt, August Homburger und Hermann Emminghaus sind uns schon begegnet. Die Verbindungen der Kinderpsychiatrie zur Heilpädagogik und Neuropädiatrie sind unbestritten. 1939 wurde in Leipzig die „Kinderpsychiatrische Arbeitsgemeinschaft“ initiiert, der erste Lehrstuhl – die Zeit des Nationalsozialismus hat verheerende Auswirkungen auf die Arbeit gehabt – erst 1954 in Marburg geschaffen, Prof. Mattejat als derzeitiger Lehrstuhlinhaber ist heute als Gast hier anwesend. 1978 gründet sich der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und die Bundesarbeitsgemeinschaft BAG sind miteinander verflochten.

Aber erst 1992 wird der Titel „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie“ mit der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer eingeführt.

DIE ENTWICKLUNG DER KINDERPSYCHOTHERAPIE

Der Berufsstand der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entwickelte sich aus dem nach dem Krieg konzipierten Ausbildungsgang der Psychagogen. Zugelassen wurden Kindergärtnerinnen, Hortner, Heimleiter, Fürsorger und Lehrer, wenn sie mindestens fünf Jahre mit Kindern gearbeitet hatten. Die Ausbildung fand parallel zur der der Erwachsenenanalytiker statt. Der merkwürdige Name „Psychagoge“ bezeichnet die besondere Verbindung der Psychologie und Pädagogik. Die Trennung, dass Psychagogen nur „leichte“ Fälle behandeln dürfen, für die „schweren“ Fälle waren weiterhin die ärztlichen Psychotherapeuten zuständig, konnte kaum aufrecht erhalten werden, zumal es nur wenige Behandlungsplätze gab. 1953 wurde der Berufsverband der Psychagogen gegründet, aus dem sich später der VAKJP entwickelte. 1962 wurde eine vorläufige Ausbildungs- und Prüfungsordnung erstellt, in der die Zugangsbedingungen dahingehend verifiziert wurden, dass ein Hochschulstudium Grundbedingung sein sollte. Ab 1966 wurde um die Anerkennung der Kinderpsychotherapie als Kassenleistung verhandelt. 1994 folgte die Gründung des bkj (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), der sich als schulenübergreifender Berufsverband versteht. Durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz wird die Ausübung der Psychotherapie gesetzlich geregelt und der Begriff geschützt.

Nun sind diese beiden Berufsgruppen: Kinder- und Jugendlichenpsychiater und – psychotherapeuten einerseits und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits die wichtigsten Ansprechpartner, wenn eine psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen indiziert ist.

Lassen Sie mich noch einmal die beiden Begriffe gegenüberstellen:

Die Psychotherapie ist die „bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (Bundesgesetzblatt 151. Stück, 29.06.1990, Nr. 361, 2737).

„Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie umfasst die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (Richtlinien der Bundesärztekammer).

Wir müssen erkennen, dass von den gemeinsamen Wurzeln sich die wissenschaftlichen Entwicklungen auffächern und unter Zuhilfenahme verwandter Fachgebiete – Neurologie, Medizin, Pädiatrie einerseits, Heilpädagogik, verfahrensspezifische Therapieformen andererseits - den Entwicklungsstand erreicht haben, wie er in den beiden Begriffsbeschreibungen auftaucht. Diese zwei sich ergänzende Bereiche müssen zum Wohl der Patienten zusammenarbeiten und haben sich ergänzenden Charakter und sich ergänzende Grundlagen.

Wir gehen zur aktuellen Situation zurück, wie ich sie zu Anfang benannt habe. 17 – 18 % der Kinder und Jugendlichen zeigen psychische Auffälligkeiten, deren Ursachen eine Abklärung erforderlich machen, bei etwa 10 % besteht ein Beratungs- und Therapiebedarf.

Diese Aufgabe zu bewältigen haben 550 ambulante Praxen, von denen bisher 351 die Psychotherapie integriert haben und 2385 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von denen leider nicht alle eine Vollzeitpraxis führen können. (Tabelle 1)

	gesamt	ambulant	stationär	Behörden u.ä.
Kinder-Jugendpsychiatrie	517	298	189	18
Kinder-Jugendpsychiatrie / Psychotherapie	837	351	439	25
Kinder- Jugendpsychotherapie	4.700	2.385	2.315	

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Stand 30.11.2006 Bundestherapeutenkammer
Tab.:1: Behandler Kinder-Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Sie ersehen aus Tabelle 2 (siehe Anhang) die Verteilung der KJPs nach Bundesländern und es ist erkennbar, dass wir noch weit von der von der BPTK für erforderlich angesehenen 20% Quote der Behandler entfernt sind. Am Beispiel NRWs würde sich ergeben, dass bei der Annahme von nur 10 % behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen 368.000 junge Menschen einen Therapieplatz benötigen. Die 387 Kinder- und Jugendlichentherapeuten hätten demnach jeweils 950 Patienten zu versorgen!

Die DGKJP benennt 137 Klinikabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland und zusätzlich bzw. integriert 144 tagesklinische Einrichtungen. Wartezeiten betragen ca. 5 –9 Monate.

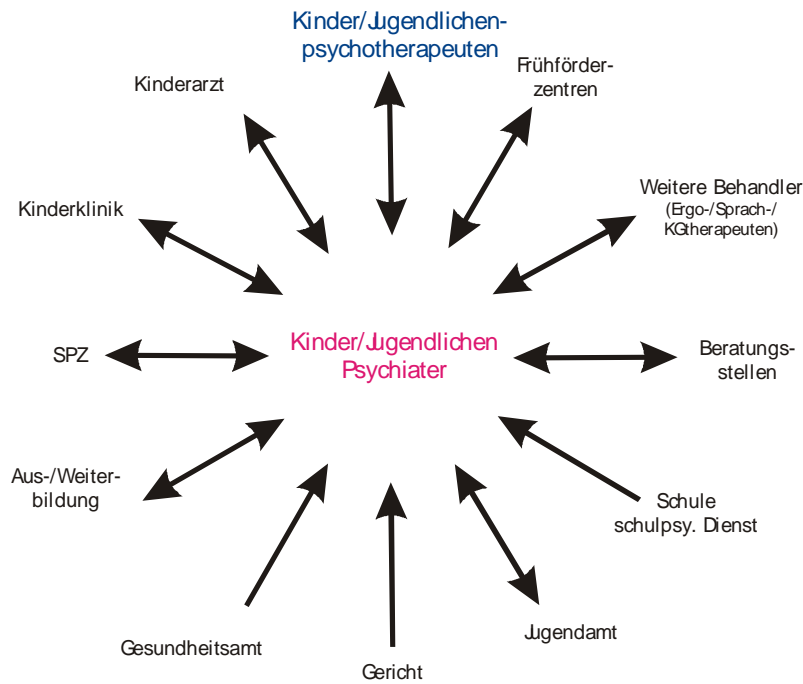
Dazu unterstützen 12.500 psychosoziale Beratungsstellen (Erziehungsberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Suchtberatung) mit 9.500 angestellten Psychotherapeuten (sowohl Psychologische Psychotherapeuten als auch Kinder/Jugendlichenpsychotherapeuten) die Arbeit.

In der berufspolitischen Entwicklung standen und stehen beide Berufsgruppen vor der Herausforderung, ein eigenes klares Profil zu entwickeln und in der Eindeutigkeit und Notwendigkeit der am Kind orientierten Verfahrensweisen anerkannt zu werden. Ich darf an dieser Stelle Herrn Prof. Mattejat in Verbindung mit H. Remschmidt zitieren: „Es muss dringend erreicht werden, dass die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen den gleichen Stellenwert erhält wie jene mit Erwachsenen. ... In den bislang immer noch gültigen Richtlinien (gemeint ist die Aus- und Weiterbildung der Erwachsenenpsychiater und –psychotherapeuten) spiegelt sich eine Minderbewertung der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die in unserer Gesellschaft sehr verbreitet ist“ (Mattejat/Remschmidt in: Warnke/Lehmkuhl, 130). Das Psychotherapeutengesetz hat zwar die seit langem überfällige Anerkennung und sozialrechtliche Verankerung der nichtärztlichen Psychotherapeuten bewirkt, jedoch sind und waren damit auch Ängste auf beiden Seiten verbunden. Die berufspolitischen Auseinandersetzungen zwischen den Berufsgruppen – in NRW wird gerade über die Namensgebung der Psychotherapeutenkammer gestritten – stehen der alltäglich meist positiven Zusammenarbeit gegenüber, manchmal allerdings auch entgegen. Die Konkurrenz um gedeckelte Budgets, sich immer verschlechternden Arbeitsbedingungen und Einschränkungen führen noch nicht zu einem gemeinsamen Vorgehen. Das undurchschaubare Dickicht der neuen Gesundheitszentren und der Zukunft der kassenärztlichen Vereinigung lässt kein gemeinsames Handeln auf politischer Ebene aufkommen. Dabei wäre es so wichtig - gerade auch im Bereich der Prävention und in dieser gesellschaftlichen Situation der Entwurzelungen und Gewaltbereitschaft -, gemeinsam auch politisch auf die Situation der Kinder außerhalb von Kindergarten-plätzen und Supermüttern aufmerksam zu machen.

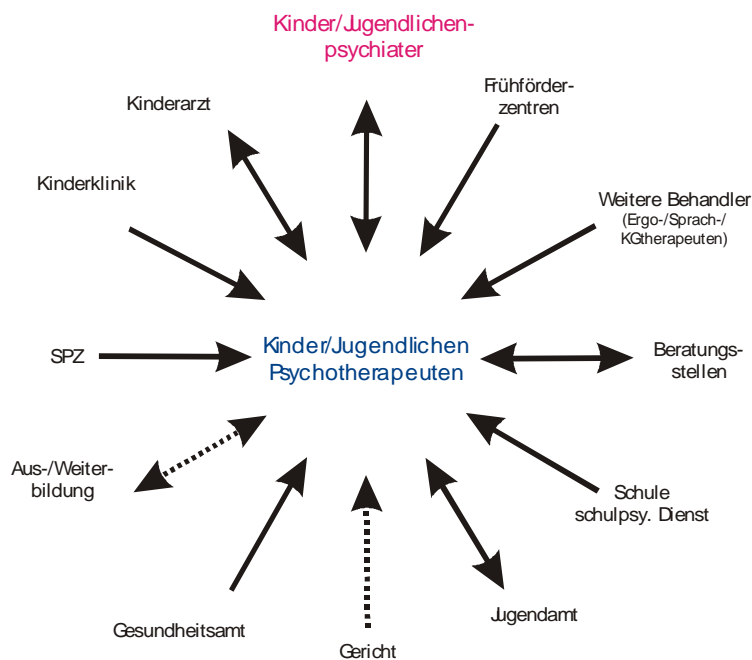
„Die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist in der Regel eine komplexe Leistung, die eine qualifizierte Kooperation verschiedener Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger erfordert.“

(www.bptk.de/psychotherapie 14.05.07)

Die konkreten Arbeitsfelder des Kinder- und Jugendlichenpsychiaters und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigen, dass eine hohe Anforderung an Kommunikation und Teamfähigkeit erforderlich ist, um den Problemen und Erkrankungen gerecht zu werden:



Tab:3 Komplexität der Kooperationspartner des Kinder- und Jugendpsychiaters



Tab:3 Komplexität der Kooperationspartner des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

In Vorbereitung auf diesen Vortrag habe ich eine kleine Umfrage unter mir durch die Zusammenarbeit bekannten Kölner Kinder- und Jugendlichenpsychiater durchgeführt und ein Gespräch mit dem Leiter einer Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt. Erfreulicherweise antworteten von sechs angeschriebenen Kollegen fünf sehr schnell.

Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Berufsgruppen wurde von allen mit „1“ bewertet.

Die Hauptaufgaben des Psychiaters wurden benannt:

- Erstkontakt
- Diagnostik
- Familienberatung
- Umfeldintervention
- Kooperation mit KJPs
- Medikamentöse Behandlung
- Einleitung und Koordinierung von Fördertherapien (Logopädie, Ergotherapie, Lerntherapie u.a.)
- Gruppenangebote
- Einleitung stationärer Behandlungen
- Krisenintervention

Aus der Sicht der befragten Kinderpsychiater ergab sich als Aufgabenbereich für die Kinderpsychotherapeuten:

- hochfrequente psychotherapeutische Behandlung, die nicht von Klinik oder kinderpsychiatrischer Praxis geleistet werden kann
- Einbeziehung der Eltern/Familie
- Diagnostik
- Kooperation mit weiteren Behandlern
- Gruppenangebote

Die von mir befragten Kinder- und Jugendpsychiater führen alle eine sozialpsychiatrische Praxis mit 2 – 9 Angestellten, von denen 4 approbierte Kinderpsychotherapeuten und 2 in Ausbildung waren.

Der Austausch mit den niedergelassenen Kinderpsychotherapeuten wird auf allen Kommunikationskanälen geführt (Fax, E-mail, Telefon), vorrangig aber das persönliche Gespräch gesucht. Austausch findet neben den Konsultationen in konkreten Fällen in einigen wenigen gemeinsamen Qualitätszirkeln und Intervisionsgruppen statt.

Die Wünsche an die Kindertherapeuten waren:

- mehr Behandlungsplätze bzw. Bekanntgabe freier Kapazitäten
- Kooperation bei komplexen Störungsbildern
- Verbreiterung und Vertiefung des Angebotes (z.B. mehr Gruppentherapie)

Kritik wurde vermerkt:

- in der Ausbildung der KJPs wird zu wenig Wert auf psychiatrische Krankheitsbilder gelegt
- „Fühle mich in dringenden Fällen oft allein gelassen – Flexibilität der KJP?“ - das Zitat eines Kollegen

- allgemeine Kritik an das Gesundheitswesen und an die Gebührenordnung

Die Wünsche der KJPs an die Kinderpsychiater – erhoben im Qualitätszirkel, den wir in Köln von einer Gruppe KJPs mit Einladung an die Kinderpsychiater gestaltet hatten:

- Anerkennung
- Mehr gemeinsame niederschwellige Veranstaltungen (z.B. Qualitätszirkel)
- Geringere Wartezeiten!
- Mehr Aufklärung und Absprache bei medikamentöser Behandlung
- Ausführliche und zeitnahe Information bei der Übergabe

Die Beschreibung der Tätigkeitsfelder deckte sich mit denen der Kinder- und Jugendlichenpsychiater.

Ich möchte nun anhand einer Fallvignette eine gelungene Zusammenarbeit vorstellen:

Vera kam mit 16 Jahren zur Behandlung in meine Praxis. Sie war von der Beratungsstelle „Wildwasser“ zu mir geschickt worden. Sie hatte ihrer Mutter nach langer Zeit anvertraut, dass sie über mehrere Jahre bis zum 12. Lebensjahr von ihrem Stiefvater, den die Mutter mittlerweile aus anderen Gründen verlassen hatte, sexuell missbraucht worden war. Mutter und Tochter hatten Anzeige erstattet, Vera litt immer wieder unter Weinkrämpfen, schwänzte öfters die Schule und war schon vor ihrer Offenbarung vom Gymnasium zur Realschule wegen aggressiven Verhaltens und Schulverweigerung überwiesen worden.

Die therapeutische Behandlung beschränkte sich zunächst auf stützende Verfahren. In der Literatur und auch von einigen Gerichten bzw. Gutachtern wird gefordert, dass eine psychotherapeutische Behandlung erst nach dem Prozess erfolgen solle. Daran habe ich mich nur insofern gehalten, dass wenig über den Missbrauch gesprochen wurde. Vorrangiges Therapieziel war, sie wieder in ihrer Welt zu verankern und ihr zu ermöglichen, anstehende Entwicklungsschritte zu ermöglichen. Sie wurde auf Glaubwürdigkeit geprüft und stabilisierte sich soweit, dass sie sich die Aussagen vor Gericht zutraute. Kurz vor dem Prozesstermin - es dauerte 1,5 Jahre – beendete sie die Realschule mit Durchschnittsnote 1,3.

Nach dem Prozess erfolgte eine Zeit des Zusammenbruchs, der neue Versuch, ein Gymnasium zu besuchen, scheiterte, fast ein Jahr lang schwankte sie zwischen Depression und „Party machen“. Sie kiffte und in ihren Beziehungen suchte sie sich sehr schwache Partner. Einen Ausbildungsplatz zu bekommen, war anschließend nicht schwer, jedoch tauchten wieder ihre Ängste auf, dass in jeder neuen Gruppe die Menschen sie betrachten und ihr ansehen, welche Probleme sie habe und dass sie missbraucht worden sei. Ich sah in der ambulanten Therapie keine Fortschritte und empfahl einen stationären Aufenthalt. Sie zögerte. Um den sozialen und beruflichen Anforderungen einer neuen Abteilung in ihrer Ausbildungsstätte zu entkommen, ließ sie sich einen Computer auf den Fuß fallen. Zu diesem Zeitpunkt schaltete ich den Kinder- und Jugendpsychiater ein. Nach weiteren drei Monaten erfolgte der Klinikaufenthalt. (Video Vera)

In der Zeit ihrer Krankenschreibung stand ich in regelmäßigem telefonischen und persönlichem Kontakt mit dem Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Zusammenarbeit in diesem Fall ist durch die Krisensituation gekennzeichnet, die Erkenntnis, dass allein eine ambulante Psychotherapie keine Fortschritte mehr erzielen kann. Im Prozess des gesamten Therapieverlaufs – wir befinden uns jetzt in der Abschlussphase – halte ich es für unbedingt erforderlich, immer wieder die gewählte Behandlungsform zu überprüfen, ggf. zu erweitern oder auch – wie in diesem Fall auszusetzen. Die von mir hier angewandte gezielte Frustration war einerseits nur auf dem Hintergrund einer gefestigten und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung möglich, aber auch, weil ich wusste, dass ich nicht allein als Behandlerin tätig war und der Kollege mit mir die Verantwortung teilte.

WÜNSCHE UND PRÄMISSEN FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT

Als Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit müssen Vorurteile auf beiden Seiten ausgeräumt werden.

„Sie sind nicht genügend qualifiziert!“

„Sie verschreiben nur Medikamente!“

Dazu ist es notwendig

- eine gemeinsame Aus- und Weiterbildung anzustreben (vgl. Mattejat 2003)
- Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten die Möglichkeit erhalten, gleichberechtigte Praxispartner sein zu können
- sich der eigenen Grenzen in Diagnose und Therapie zu stellen
- vor Ort gute Kooperationspartner zu suchen
- die Bereitschaft entwickeln, voneinander zu lernen

Felder, in denen eine gemeinsame Präsenz nötig und wünschenswert ist:

- die erhebliche Unterversorgung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung bekämpfen
- in Prävention und Aufklärung miteinander arbeiten
- eine gesonderte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendliche vorantreiben
- die Anforderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe in Kooperation zu erfüllen

Fazit:

Wir haben gemeinsame Wurzeln.

Wir haben gemeinsame Patienten.

Wir haben – meistens – einen gemeinsamen Arbeitgeber.

Wir haben ähnliche Berufsbelastungen.

Wir haben gemeinsame Behandlungsziele.

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Arbeitsschwerpunkte können das Ziel, unseren Kindern und Jugendlichen – nicht nur den behandlungsbedürftigen sondern auch den mit ihnen zusammenlebenden Kindern – eine gesündere Zukunft zu ermöglichen, nur erreichen, wenn wir alle Möglichkeiten der Kooperation suchen und nutzen.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die erfolgreiche Arbeit in Deiner Praxis, lieber Franz, auch ein Verdienst Deines Teams ist, dem ich an dieser Stelle gratulieren möchte, besonders aber auch Deiner Frau, die Dir in mehreren Lebensfeldern eine Partnerin ist. Ihnen allen wünsche ich weiterhin gute und erfolgreiche Arbeit.
Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

Warnke/Lehmkuhl: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland, Schattauer 2003
Reinelt/Bogyi/Schuch Hrsg:Lehrbuch der Kinderpsychotherapie, Reinhardt Verlag 1997
Weissweiler, Eva, Die Freuds, Kiepenheuer&Witsch, 2006
Stellflug/Berns: Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutenverlag 2006)
DeMause, Lloyd: Hört ihr die Kinder weinen, Suhrkamp 1977

Anhang:

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl KJP	Anteil KJP an allen PT in	Bevölkerung	geschätzter Anteil Ki in
Baden-Württemberg	520	19.2	10.7 Mio	2.14 Mio
Niedersachsen	276	18.0	7.9 Mio	1.58 Mio
Rheinland-Pfalz	107	14.8	4.0 Mio	0.80 Mio
Bavarn	393	12.5	12.4 Mio	2.48 Mio
Brandenburg	22	12.4	2.5 Mio	0.50 Mio
Sachsen	53	12.4	4.2 Mio	0.85 Mio
Hessen	249	12.3	6.1 Mio	1.23 Mio
Bremen	44	11.3	0.6 Mio	0.13 Mio
Schleswig-Holstein	56	10.4	2.8 Mio	0.57 Mio
Nordrhein/Westfalen-Lippe	387	9.4	18.0 Mio	3.68 Mio
Saarland	20	8.8	1.0 Mio	0.20 Mio
Berlin	170	8.7	3.4 Mio	0.68 Mio
Mecklenburg-Vorpommern	10	7.1	1.7 Mio	0.34 Mio
Hamburg	61	6.9	1.7 Mio	0.34 Mio
Thüringen	15	6.9	2.3 Mio	0.46 Mio
Sachsen-Anhalt	2	0.7	2.4 Mio	0.48 Mio
Gesamt	2385	12.2	82.4 Mio	16.49 Mio