

Stationäre Verhaltenstherapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik

Peter Altherr, Werner Becht

*Aus: M. Zielke, J. Sturm (Hrsg.) (1994)
Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie
Beltz - Psychologie Verlags Union, Weinheim*

1. Einleitung

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, daß sich immer mehr kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen der Verhaltenstherapie als Therapiemethode zuneigen. Ihre Zahl ist noch klein und läßt sich in der BRD an zwei Händen aufzählen. Gründe dafür können darin zu suchen sein, daß die Verhaltenstherapie bei vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern ihre therapeutische Effektivität erwiesen hat und daß früher bevorzugte Therapiemethoden, insbesondere auf psychodynamischer Basis, nicht so recht überzeugt haben. Eine realistische Beschreibung der Situation gibt die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich (1988), die dazu feststellt: „In vielen Einrichtungen wird überwiegend oder ausschließlich nach tiefenpsychologischen Behandlungsmethoden oder nach verschiedenen Konzepten der Familientherapie gearbeitet. Diese Methoden sind jedoch nur bei einem kleinen Teil psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wirksam, vorwiegend bei sogenannten introversiven Störungen, die mit Angstzuständen und emotionalen Störungen einhergehen. Sie haben sich bislang nicht als wirksam erwiesen bei Kindern mit hyperkinetischen Syndromen, mit Tics und motorischen Störungen sowie vor allem mit dissozialen Verhaltensweisen. Fast alle Psychotherapiemethoden sind am Modell neurotischer Störungen konzipiert und gelten überwiegend für sogenannte „introversive Störungen“. Es besteht ein dringender Erprobungsbedarf, auch Behandlungsmethoden zu entwickeln, die bei expansiven Störungen (Störungen des Sozialverhaltens, dissoziales Verhalten) wirksam sind“. Eine weitere Verbreitung der Verhaltenstherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie kann durch die Änderung der Weiterbildungsordnung seit 1989 erwartet werden, weil dann jeder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Weiterbildung eine Therapiemethode wählen muß und dabei die Verhaltenstherapie nun gleichberechtigt neben anderen Methoden steht. Es ist daher zu erwarten, daß sich immer mehr Ärzte und Diplompsychologen für diese Therapiemethode interessieren, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich anwendbar ist.

In den Grundannahmen und Hypothesen unterscheidet sich die Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter nicht von der Anwendung im Erwachsenenalter. Diese brauchen daher hier nicht noch einmal dargestellt zu werden, da sich auch in den übrigen Beiträgen dieses Bandes zu dieser Thematik reichlich Material findet. Verhaltenstherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ist daher nicht grundsätzlich etwas neues oder anderes als in Erwachsenenkliniken, zeichnet sich aber doch durch einige Besonderheiten aus, die sich durch die Behandlung einer bestimmten Altersgruppe ergeben. Im folgenden sollen daher diese Besonderheiten dargestellt werden.

2. Der Patient, seine Eltern und der Behandlungsauftrag

Der Patient ist nicht gleichzeitig der Auftraggeber für die Behandlung: das Kindesalter mit der dadurch bedingten Abhängigkeit von den sorgeberechtigten Eltern bringt es mit sich, daß praktisch kein Kind von sich aus um Therapie nachsucht, sondern von den erziehungsberechtigten Erwachsenen zur Therapie gebracht oder geschickt wird. Der Therapieauftrag geht daher primär von anderen als dem Patienten aus. Das macht die Motivation der kleinen Patienten für die Therapie oft nicht gerade leicht, da ihnen ein Bewußtsein für die Therapiebedürftigkeit meist fehlt und eine Verhaltensänderung für sie bei dieser „Verschickung“ in die Klinik oft nicht primär einsichtig ist. Daraus kann allerdings nicht abgeleitet werden, daß der jüngere Patient wegen seiner Unmündigkeit keinerlei Mitwirkungsrechte hätte. Der Patient darf dabei nicht zum „Arbeitsmaterial“ für den Therapieplan degradiert werden. Wegen der eingeschränkten Möglichkeiten der jungen Patienten hat der Kinder- und Jugend-Therapeut eher eine noch größere Verantwortung, die Indikation für eine stationäre Therapie besonders sorgfältig zu stellen. Bei der ersten Vorstellung muß sich der Therapeut ein eigenes Urteil bilden, ob die von den Sorgeberechtigten gewünschte Therapie wirklich dem Kindeswohl dient, oder ob vielleicht andere Gründe eine stationäre Behandlung nahegelegt haben. In den Entscheidungsprozeß muß das Kind dann einbezogen werden. Die Rechte des Kindes in der Therapie, nämlich die Wahrheit zu erfahren, als Person mit Achtung behandelt zu werden, damit ernst genommen zu werden und deswegen an den Entscheidungen beteiligt zu werden, bilden eine Grundüberzeugung des Kinder- und JugendlichenTherapeuten und gleichzeitig die Grundlage für einen subtilen Umgang mit den Interessen des Patienten und der Angehörigen. Diese Situation ist besonders bei der Behandlung von Jugendlichen problematisch, insbesondere wenn Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit mit im Zielkatalog der Behandlung stehen.

3. Erziehung oder Therapie

Die alterstypischen Besonderheiten bringen es mit sich, daß in der stationären Behandlung Therapie nicht alles bedeutet und daneben höchstens noch der Freizeitbereich als persönlicher Freiraum gesehen wird. Wie in allen therapeutischen Kindereinrichtungen muß hier der Grundsatz gelten, daß Kinder Therapie brauchen, weil sie vielleicht gestört, krank oder behindert sind, aber gleichzeitig auch Erziehung brauchen, weil sie noch Kinder oder Jugendliche sind. Prinzipiell sind daher auch in der stationären Verhaltenstherapie Erziehung und Therapie eng miteinander verknüpft, so daß für die stationäre Behandlung die Feststellung gilt: „Keine Therapie ohne Erziehung“ und genauso gut: „Keine Erziehung ohne Therapie“.

Ein Miteinander und möglichst eine Ergänzung von Therapie und Erziehung ist notwendig, weil sich Kinder und Jugendliche in einem lebhaften Entwicklungsprozeß befinden und immer auf Erziehung, Stützung und Führung angewiesen sind, insbesondere dann, wenn sie psychisch krank sind. Daraus ergibt sich regelmäßig die Notwendigkeit, Pflegepersonal und pädagogische Mitarbeiter als Kotherapeuten in den Behandlungsplan einzubeziehen, was einen hohen organisatorischen Aufwand und damit einen erhöhten Zeitaufwand bedeutet. Zwar hat die Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter schon immer einen Bezug zu pädagogischen, insbesondere sonder- oder heilpädagogischen Prinzipien und Handlungsanleitungen gehabt, aber dies darf nicht so mißverstanden werden, daß Pädagogik schon gleich Therapie ist nach dem Motto: Belohnt und bestraft haben wir

immer schon. Es bedeutet aber einen leichteren Zugang der pädagogischen Mitarbeiter zu verhaltenstherapeutischen Therapieprinzipien. Gerade im stationären Bereich ist es notwendig, Interventionen zur Verfügung zu haben, die auf rasche Verhaltensänderungen ausgerichtet sind, denn bei einer expansiven Symptomatik kann es nicht verantwortet werden, erst mehrere Wochen zu warten, bis alle relevanten anamnestischen Daten zusammengetragen sind, und erst dann bestimmte therapeutische Interventionen einzusetzen. Gleichzeitig dokumentiert dies den wesentlich höheren personellen Betreuungsaufwand, der in der stationären Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen nötig ist. Die dafür nötige gleichberechtigte Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist ein permanenter Diskussionsgegenstand in der Klinik und scheint gelegentlich noch einen größeren Stellenwert zu besitzen als die gemeinsamen Interessen für eine erfolgreiche Therapie des Patienten.

Auch die Krankenkassen haben sich inzwischen den Einsichten für die Notwendigkeit pädagogischen Personals geöffnet und erschrecken nicht mehr, wenn in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik nicht nur Therapie, sondern auch Erziehung - und damit entsprechendes Personal - gefordert wird. Als guter Durchschnitt, der auch in neuen Personalanhaltszahlen für die stationäre Kinder- und Jugend-psychiatrie dokumentiert ist, wird daher pro Patient ein Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst gebraucht. Dies erscheint sehr hoch, relativiert sich aber, wenn täglich 15 Stunden, möglicherweise an sechs bis sieben Tagen in der Woche, abzudecken sind, weil gleichzeitig die Aufsichtspflicht sichergestellt sein muß und die Mitarbeiter die Aufgabe haben, neben der Therapie auch eine emotional tragende Atmosphäre mit persönlichen Bindungen aufzubauen, familienähnliche Bedingungen zu gestalten und Beziehungen über Gespräch, Spiel sowie Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Klinik zu knüpfen.

In der stationären Diagnostik sind wir in der günstigen Lage, in weitaus geringerem Ausmaß auf verbale Berichte von Eltern und Patienten als alleinige Informationsquelle zurückgreifen zu müssen. Wir können aufgrund der Anwesenheit der Kinder und der Anwesenheit der geschulten Beobachter (Pädagogen und Pflegekräfte) Verhalten unter verschiedensten Bedingungen beobachten, können gegebenenfalls Belastungsbedingungen variieren. Da in der Regel für die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen eine Beschulung in der Klinik stattfindet, ist in einer engen Kooperation mit den Lehrern der Krankenhausschule auch eine gezielte und verlässliche Beobachtung unter schulischer Belastung möglich. Eine stationäre Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen bezieht daher in der Diagnostik, in den Therapiezielen und im Therapieplan eine multidisziplinäre Betrachtungsweise ein, was wiederum eine hohe organisatorische Konsistenz bedeutet, da alle wichtigen Therapieanliegen mit dem ganzen Behandlungsteam abgestimmt werden müssen, obwohl der Bezugstherapeut die Verantwortung für die Kooperation und die Umsetzung der Therapieziele trägt.

4. Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Eine kinder- und jugendtypische Behandlung muß schließlich das soziale Umfeld der Patienten mit einbeziehen. Dies sind regelmäßig die Eltern sowie weitere Sozialpartner, wie Erzieherinnen im Kindergarten, Lehrer in der Schule, Ausbildungsleiter im Betrieb. Den bedeutsamsten und gleichzeitig schwierigsten Bereich stellt oft die Schule dar, weil psychische Krankheitsbilder des Kindes- und Jugendalters fast regelmäßig die schulische Leistungsfähigkeit beeinträchtigen oder tangieren. Es wird allzu oft übersehen, daß im Kindes- und Jugendalter Schulfähigkeit mit Arbeitsfähigkeit im Erwachsenenalter

gleichgesetzt werden muß. Die praktische Therapiekonzeption muß daher der Wiederherstellung der Schulfähigkeit als eigenständiger Bestandteil der stationären Rehabilitation durch Therapie einen wichtigen und breiten Stellenwert einräumen. Die Einbeziehung des Systems Familie ergibt sich zwangsläufig aus der emotionalen und sozialen Abhängigkeit des Kindes oder Jugendlichen.

Verhaltenstherapeutische Arbeit mit Kindern muß auch immer gleichzeitig verhaltenstherapeutische Arbeit mit Eltern sein. Die Kinder kommen aus einem sozialen Kontext, bevor sie in die Klinik aufgenommen werden, und sie kehren in der Regel nach ihrer Behandlung in die Familie zurück. Wie oben schon beschrieben, wird die Entscheidung zur Behandlung in der Regel von den Eltern getroffen, die Eltern haben auch nach stationärem Behandlungsbeginn die Entscheidung darüber, die Behandlung fortzuführen oder abbrechen.

Psychische Störungen von Kindern entwickeln sich in der Familie. Das Verhalten der Eltern gegenüber dem erkrankten Kind beeinflußt Entstehung und Verlauf der Erkrankung. Psychische Störungen des Kindes beeinflussen elterliches Verhalten und die elterliche Befindlichkeit.

Wirkungen elterlichen Verhaltens auf die Symptomatik des Kindes und Wirkungen der Symptomatik des Kindes auf elterliches Verhalten sind nicht isoliert zu sehen. Es handelt sich vielmehr um Wechselwirkungen und Rückkopplungen zwischen Symptom und Familie.

Wenn wir davon ausgehen, daß das Kind nach der stationären Behandlung wieder in seine ursprüngliche Lebenssituation, d. h. in die Familie, zurückkehrt, sollte diese Lebenssituation bei der Entlassung so beschaffen sein, daß sie die therapeutischen Veränderungen akzeptieren und aufrecht erhalten kann.

Dieser Anspruch an die Familie macht regelmäßig eine verstärkte Einbeziehung der Eltern in die Behandlung notwendig. Die Art und die Intensität der Einbeziehung ist abhängig von der Art und dem Ausmaß der Interaktion zwischen Eltern und Symptomatik des Kindes. Den Eltern kann zum Beispiel eine Verbesserung ihrer erzieherischen Kompetenzen angeboten werden. Sie können im Laufe des stationären Aufenthaltes ihrer Kinder z. B. lernen, ihre Kinder zu unterstützen, selbständiges und unabhängiges Verhalten zu zeigen, sie können lernen, erwünschtes Verhalten am Kind adäquat zu verstärken, sie können lernen, Erwartungen adäquat zum Entwicklungsstand und zur individuellen Leistungsfähigkeit des Kindes zu formulieren.

Die Vermittlung erzieherischer Kompetenzen ist notwendig, wenn bei den Eltern Defizite bestehen oder auch wenn eine spezielle Störung des Kindes ein besonderes erzieherisches Verhalten notwendig macht. Bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom können zum Beispiel die üblicherweise „richtigen“ oder „erfolgreichen“ pädagogischen Strategien wirkungslos sein oder Schaden anrichten. Auf gefährliche Verwechslungen von Symptomverhalten mit provokativem oder aggressivem Verhalten sei an dieser Stelle hingewiesen.

Weiterhin können Eltern als Mediatoren oder gemeinsam als Mediatorenteam dem Kind und uns helfen, Veränderungen auf die häusliche Situation bei Beurlaubungen zu übertragen. Bei diesen Beispielen haben die Eltern eher kotherapeutische Funktionen bei der Behandlung ihrer Kinder.

Wir gehen davon aus, daß Eltern sich durch die psychischen Störungen ihrer Kinder gestört fühlen und daran interessiert sind, daß die Kinder wieder gesund werden. In der Regel ist das so, aber es kann auch anders aussehen.

Ein Fallbeispiel:

Die Mutter der an Anorexia nervosa erkrankten 14jährigen Bettina befand sich vor der Erkrankung in einer desolaten Situation: Bettina lebte als letztes ihrer drei Kinder zu Hause,

brauchte die Eltern kaum noch, begann selbständig zu werden. Der Vater war stetig abwesend, war durch seine beruflichen und Freizeitverpflichtungen kaum zu Hause. Die Mutter hatte in ihrem bisherigen Leben, nachdem sie bei der Geburt des ersten Kindes den Beruf aufgegeben hatte, die Familie zu ihrer Lebensaufgabe gemacht, ihre sonstigen sozialen Beziehungen nach draußen abgebrochen.

Mit dem langsamen Selbständigwerden und mit der zunehmenden Außenorientierung der Tochter verlor sie Schritt für Schritt Aufgaben und Sinn ihres Lebens. Die Erkrankung der Tochter war für sie neben allen Belastungen und Ängsten, die sie hervorrief, wieder eine neue Aufgaben, eine neue Sinngebung ihres Lebens.

Die stationäre Behandlung der Tochter bedroht diese neue Stabilität. Die Konsequenzen der Veränderungen bei der Tochter für das Leben der Eltern müssen von daher mit zum Inhalt der Behandlung werden.

Eine einseitige Veränderung bei der Tochter (Restaurierung des Gewichts, Aufbau stabiler sozialer Kompetenzen, positive Einstellung zur Entwicklung zum Erwachsenwerden) kann die Verstärkerbilanz der Mutter deutlich negativ verändern, kann für die Mutter bedrohlich sein.

Therapieabbrüche an sich positiver Behandlungsverläufe beschreiben manchmal eine zu geringe Beachtung der Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten.

Die Einbeziehung der Familie in die Behandlung wird in diesem Falle erheblich komplizierter werden, in regelmäßigen Sitzungen der Familie müssen auch Veränderungen in der Lebensbewältigung der Mutter oder den Lebensgewohnheiten des Vaters erreicht werden.

Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann kaum ohne Einbeziehung der Familie erfolgreich eingesetzt werden.

Der Klinikaufenthalt eines Kindes wird wegen der dabei nötigen Trennung von Eltern und Kind als Belastung für die Beziehung und als emotionale Belastung für das Kind gesehen - als seien Trennungen grundsätzlich schädlich, als sei die ambulante Behandlung grundsätzlich die bessere Strategie, die nur aufgrund bestimmter anderer Notwendigkeiten nicht zur Anwendung kommen kann (wie zeitlicher Umfang oder Verfügbarkeit von Diagnostik und Therapie, notwendiger Schutz des Kindes bei Eigengefährdung etc.). Dabei wird oft übersehen, daß ein Trennung in besonders verstrickten Situationen (Familie, Peergroup, Schule) eine Atempause ermöglicht, in der ein Stück vom Krisenherd entfernt eine Situationsanalyse und /oder eine alternative Situationsbewertung erstmals vorgenommen werden kann. Dies gilt für den Patienten selbst und die betroffenen Bezugspersonen.

5. Strukturelle und organisatorische Bedingungen

Vorausgeschickt werden muß die Bemerkung, daß eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete kinder- und jugendpsychiatrische Klinik meist einen regionalen Versorgungsauftrag hat und sich daher ihre Patienten nicht aussuchen kann. Ein breites Behandlungsangebot bedeutet daher eine breite Palette von Therapie- und Betreuungsmaßnahmen, von denen einige wichtige, sicher strukturierte verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte darstellen, aber dies nicht ausschließlich. Das Therapieangebot wird ergänzt durch Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Übungsbehandlungen, Funktionstherapien wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie und schließt auch medikamentöse Therapie mit ein. Ein weiterer wesentlicher Behandlungsschwerpunkt sind sozialtherapeutische Gruppenangebote. Nicht jeder Patient braucht ein verhaltens-

therapeutisches Therapieangebot, aber wenn Psychotherapie überhaupt im Vordergrund steht, dann geschieht dies mit einem Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Damit kann den meisten Patienten ein Therapieangebot gemacht werden. Aus krankenkassentechnischen Gründen wird bei allen Patienten unter Zugrundelegung der ICD-10-Klassifizierung (International Classification of Diseases) eine kinderpsychiatrische Diagnose gestellt, oft durch das multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter ergänzt, aber im klinischen Alltag wird dieses „Etikettendenken“ durch eine Verhaltensbeschreibung mit Verhaltensanalyse ersetzt.

Das Therapiekonzept der Klinik hat Auswirkungen auf die Organisationsstrukturen, die sich als Rahmenbedingungen für die Therapie beschreiben lassen:

Im Mittelpunkt des Behandlungssettings steht das Behandlungsteam aus allen Mitarbeitern einer Station, wobei der Bezugstherapeut (Arzt oder Diplompsychologe) die Verantwortung für den Behandlungsplan trägt. Wir gehen davon aus, daß stabile und generalisierbare therapeutische Erfolge bei einem stationären Aufenthalt dann erreicht werden können, wenn die Behandlungsziele nicht in isolierten „Therapiesitzungen“ angegangen werden, sondern den gesamten stationären Aufenthalt des Patienten durch die Einbeziehung sämtlicher Aktivitäten strukturieren. Diese Strukturierung muß für jeden Patienten individuell geplant und realisiert werden und erfordert dadurch eine möglichst optimale Kommunikation und Kooperation zwischen allen Mitarbeitern, die auf der Station mit den Patienten Kontakt haben können. Weitere charakteristische Merkmale dieses Konzepts sind die Verfügbarkeit eines flexiblen therapeutischen Angebots, das auf die individuelle Problemlage abgestimmt werden kann, eine alltagsnahe Gestaltung des stationären Ablaufes, um generalisierbare Problemlösungsstrategien aufzubauen und sie gegen Ende der stationären Behandlung in alltäglichen Situationen auf ihre Effektivität hin überprüfen zu können. Zusätzlich ist eine systematische Dokumentation aller Informationen, die für die Behandlung wichtig sind, erforderlich. Bewährt hat sich dafür das Kardex-Karteisystem. Die leider unvermeidbaren Probleme durch unterschiedlichen Status, unterschiedliche Ausbildungsqualifikationen, therapeutische Interessen und Einstellungen gehören zur täglichen Herausforderung im Klinikbetrieb.

Ein verhaltenstherapeutisches Konzept bedeutet eine Verminderung des Informationsmonopols von Arzt oder Psychologen und eine vermehrte Einbeziehung aller therapeutischen und pädagogischen Mitarbeiter.

Das Stationsteam erhält eine regelmäßige externe Supervision.

Behandlungsziele und Durchführungsschritte werden schriftlich niedergelegt und jedem auf der Station einsehbar gemacht. Einmal in der Woche trifft sich das gesamte Stationspersonal. Neben kurzen Berichten über die fortlaufende Behandlung der einzelnen Patienten vom zuständigen Behandlungsteam bietet sich hier eine Gelegenheit zur gegenseitigen Rückmeldung über die stationäre Zusammenarbeit. Konflikte oder organisatorische Probleme, die bei der stationären Arbeit auftreten, können gemeinsam gelöst werden.

Eine weitere Besonderheit stellt das sogenannte Miniteam als „kleinste Behandlungseinheit“ dar.

Ein Miniteam umfaßt die Therapeuten eines einzelnen Patienten. Es trifft sich wöchentlich und trägt die Beobachtungen und Informationen zusammen, die für Diagnostik oder Therapie relevant sind. Auf der Grundlage dieser Informationen werden die Therapieziele und der konkrete Behandlungsplan für das Kind oder den Jugendlichen und seine Bezugspersonen im Detail erarbeitet. Es wird festgelegt, wer die einzelnen Aufgaben übernimmt. Diese Aufgabenverteilung muß schriftlich fixiert werden. Die folgende Miniteamsitzung orientiert sich an den vorherigen Aufzeichnungen und überprüft damit den

Erfolg der Therapiemaßnahmen oder leitet gegebenenfalls Korrekturen ein. Sowohl der Patient als auch seine Eltern sind darüber informiert, welche Personen zu „seinem Team“ gehören.

Mit der Organisationsform des Minitteams lassen sich nach unseren Erfahrungen erhebliche Verbesserungen der therapeutischen Qualität eines stationären Aufenthaltes erreichen. Die Angehörigen jeder Berufsgruppe einschließlich des Kliniklehrers sind in einen Behandlungsplan integriert und über die Ziele und Methoden informiert. Dies bedeutet eine erhöhte Kontinuität in der Behandlung, indem das übrige Stationspersonal ebenfalls wieder informiert wird. Die Zusammenarbeit im Rahmen eines Minitteams wird erschwert, wenn Differenzen über angemessene therapeutische Konzepte und notwendige Veränderungsmaßnahmen auftreten. Nach unseren Erfahrungen gehen diese Differenzen häufig auf unterschiedliche therapeutische Voreinstellungen und berufliche Eingangsqualifikationen des Personals zurück. Weiterbildungsangebote sind daher zwingend nötig.

Pflegerisches und pädagogisches Personal werden in ihrer Ausbildung nicht auf die spezifischen Anforderungen einer Tätigkeit im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich vorbereitet. Die Fertigkeiten, die sie zum Teil im Rahmen ihrer Berufstätigkeit erworben haben, sind unspezifisch, und ihre Behandlungskonzepte gehen zumeist auf berufliches Erfahrungs- und Alltagswissen zurück, das für die besonderen Anforderungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station nicht ausreicht. Durch das Angebot im Minitteam haben die Kotherapeuten dadurch die Möglichkeit, andere Formen des Umgangs mit Verhaltensproblemen kennenzulernen, anhand der Aufzeichnungen die Abnahme des Problemverhaltens zu registrieren und durch die Wahrnehmung therapeutischer Erfolge neue Einstellungen und Kenntnisse über das Problemverhalten und seine Veränderungen zu erwerben. Dies führt zu einer optimistischeren Grundeinstellung, bei der sowohl die Behandlungsbedürftigkeit der Patienten akzeptiert wird, als auch die Veränderbarkeit der individuellen Verhaltensauffälligkeiten erlebt wird.

Bearbeitet werden müssen Ängste vor neuen Anforderungen, Angst vor Herabsetzung und negativer Bewertung der Arbeitsleistung, Ängste, wie dieses Programm zeitlich bewältigt werden kann, und die ständige Ermutigung, „am Ball zu bleiben“.

6. Vorbereitung zur stationären Aufnahme

Eine Aufnahme in die Klinik findet in der Regel nach einem Vorgespräch mit Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern statt. Nur in akuten Notsituationen soll von dieser Regel abgewichen werden.

Bis zu diesem Vorgespräch werden die verfügbaren Vorinformationen angefordert, Fragebögen für Eltern und Patient werden zugesandt. Eine persönliche Vereinbarung des Vorgesprächstermins mit dem Arzt oder Psychologen, der das Gespräch führt, ermöglicht bereits den Umgang mit Sorgen, Ängsten, Befürchtungen, die die Anmeldung in eine Psychiatrische Klinik mit sich bringt. Auch wenn die Organisation damit strapaziert wird, nimmt an diesem Gespräch der Sozialpädagoge/Erzieher/Schwester/Pfleger teil, der in der stationären Behandlung als Bezugsperson gilt.

Im Vorgespräch werden mehrere Aufgaben erledigt:

Unter Auswertung der Vorinformationen wird eine Diagnose und - soweit möglich - eine vorläufige funktionale Analyse der Störung erstellt. Schon zum Behandlungsbeginn werden Patient und Eltern in die verhaltenstherapeutische Diagnostik einbezogen.

Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung der Symptomatik wird überprüft.

Die Behandlungsbedingungen werden dargestellt, erklärt, mit Patient und Eltern

besprochen. Dazu gehören die Mitarbeit von Patient und Eltern, Abklären von Behandlungszielen, Beschreibung des verhaltensdiagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Eventuell muß ein kombinierter Therapieansatz (VT ,Medikamt. Therapie/Übungsbehandlung etc.) hier vorbereitet werden.

Die Motivation von Patient und Eltern hat hier einen besonderen Stellenwert. Insbesondere, wenn die Einweisung des Patienten ohne sein besonderes Interesse oder sogar gegen seinen Willen vorgenommen worden ist, muß hier begonnen werden, mit dem Patienten zu klären, was für ihn bei einer Therapie an positiven Zielen durch eine Behandlung zu erreichen ist. Die verhaltenstherapeutische Behandlung hat umso mehr Chancen, dem Patienten zu helfen, je mehr er einen Sinn für sich darin sieht und je mehr er zur Mitarbeit bereit ist.

Die Vertrauensbildung zwischen dem Patienten, den Eltern und dem Therapeuten ist in dieser Vor-Phase der Behandlung eine besondere Bedeutung zuzumessen. Vorurteile gegenüber Psychiatrie und Psychotherapie können schwer überwindbare Störfaktoren darstellen.

Naive Konzepte zur Entstehung psychischer Störungen können z. B. über Schuldgefühle von Eltern erhebliche Schwierigkeiten mit sich bringen (z. B. die Theorie, daß psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen Folgen von Erziehungsfehlern der Eltern sind, daß Eltern schuldig sind an der Erkrankung des Kindes, daß Zuwendung, Fürsorge und Eingehen auf die Wünsche des Kindes grundsätzlich der seelischen Gesundheit dient).

Wegkommen müssen wir vor allem von monokausalen Erklärungen der psychischen Störungen, von unsinnigen Alternativen (psychisch oder organisch oder entwicklungsbedingt etc.).

Auch naive Konzepte von Verhaltenstherapie können uns das Leben schwer machen.

Patient und Eltern wissen schon bei der Aufnahme in etwa, was sie erwartet, wissen um die Notwendigkeit ihrer Mitarbeit, wissen, daß regelmäßige Elternberatungen oder Familiensitzungen, daß gegebenenfalls Hausbesuche stattfinden, daß gegebenenfalls die Schule angesprochen wird etc.

Die Transparenz des therapeutischen Vorgehens wirkt sich in der Regel positiv auf die Compliance des Patienten und seiner Eltern aus, wirkt auf alle Fälle Ängsten entgegen, die bei einem Kind oder Jugendlichen in der Regel bestehen. Bei allen Störungen, bei denen die Patienten im Rahmen ihrer Symptomatik nicht tun, was von ihnen verlangt wird (Essen und Zunehmen bei Magersüchtigen, Schulbesuch bei Schulverweigerern und Schulphobikern), erwarten die Kinder und Jugendlichen häufig von der Klinik so etwas wie disziplinarische Unterstützung der Eltern und begegnen uns mit der entsprechenden Vorsicht und Distanz. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich, wenn dem Patienten in mehr oder weniger subtiler Art mit dem Klinikaufenthalt gedroht wurde.

7. **Behandlungsangebote**

Stationäre Verhaltenstherapie soll selbstverständlich nur so lange wie unbedingt nötig dauern. Sie setzt von Anfang an auf die Chance, daß, wenn die gravierendsten Störungen behoben sind, auch wieder ein Potential an Selbsthilfe und gegenseitiger Hilfe im Familiensystem freigesetzt werden kann.

Auf der anderen Seite verkürzt es nicht die Behandlungsdauer, wenn nur instabile Symptomveränderungen erreicht werden. Wir haben es bei Kindern und Jugendlichen häufig mit einem Störungspaket zu tun (z.B. Hyperkinetisches Syndrom, Bewegungsstörungen, Teilleistungsstörungen und Schulversagen [als „organisch bedingte“ Störungen], mit

Verhaltensstörungen in der Schule [als Kompensation mangelnder sozialer Bedeutung in der Klasse und als Störungen aus motorische Unruhe organisch bedingt], mit depressiven Verstimmungszuständen [aufgrund der wiederholt erfolglosen Anpassungsversuche]). In einem solchen Fall können Veränderungen nicht in kurzer Zeit erreicht werden oder können nur mit der Gefahr einer neuerlichen Überforderung in kurzer Zeit erreichbar werden.

Ein entsprechendes Behandlungspaket könnte in diesem Fall wie folgt aussehen: medikamentöse Behandlung (Psychostimulantien), Mototherapie, Übungsbehandlung der Teilleistungsstörungen, Aufmerksamkeitstraining mit Selbstkontrollstrategien, Training sozialer Fertigkeiten, sozialer Kompetenz, Abbau störenden Verhaltens in der Schule (Kontingenzmanagement), Elternberatung und Vermittlung besonderer erzieherischer Kompetenzen im Umgang mit dem hyperkinetischen Kind, Schulberatung, Veränderung depressiver Selbstkommentierungen und Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die (neuen) Erfolge.

Zu einer verhaltenstherapeutischen Behandlung in der Klinik gehören regelmäßige Beurlaubungen, die neben der Pflege der Beziehungen des Patienten auch dazu dienen, das in der Klinik erlernte in den häuslichen/schulischen Bereich zu übertragen und dort zu erproben. Teilstationäre Behandlungsabschnitte in der letzten Behandlungsphase empfehlen sich hierzu.

Frühzeitig gilt es auch, die Erwartungen von Patient und Eltern auf ein erreichbares Maß zu reduzieren. In der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind Störungen und Krisensituationen zu erwarten. die entwicklungsbedingte Situation permanenten Lernens (auch im sozialen Bereich, im Umgang mit Regeln und Normen, in der stetigen Veränderung des Selbstbildes etc.) geht in den seltensten Fällen ohne Störungen und Irritationen über die Bühne. Mit unserer therapeutischen Hilfe können (und wollen) wir Kinder und Jugendliche nicht pflegeleichter machen. Kurzfristig kann ein nach der Behandlung selbstbewußteres und selbständigeres Kind schwieriger zu betreuen sein als im Zustand ängstlicher Hilflosigkeit.

Literatur

- Altherr P (1990) Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 9: 9-15*
- Becht W (1992) Verhaltenstherapie mit Jugendlichen. In: Lieb H, Lutz R (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Stuttgart*
- Becht W (1987) Behandlungskonzepte im stationären Bereich bei jugendlichen anorektischen Patienten. In: BrakhoffJ (Hrsg.) Eßstörungen. Freiburg*
- Nissen G (1971) Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Beitrag zur Symptomatologie, Genese und Prognose. Springer, Heidelberg New York*
- Ross AO (1982) Psychische Störungen bei Kindern. Hippokrates, Stuttgart S.28*
- Steinhausen Ch (1986) Therapie bei psychosomatischen Störungen. In: Remschmidt H (Hrsg.) Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien, Bd. 2. Enke, Stuttgart*
- Tewes U (1986) Spezielle Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung bei älteren Kindern und Jugendlichen. Kinderarzt 4:616-619*