

Die Abteilung Rottmannshöhe, kbo-Heckscher-Klinikum, stellt sich vor

Eine seelische Erkrankung oder Störung eines Jugendlichen kann je nach Erscheinungsbild und Schwere ganz unterschiedliche Auswirkungen auf Befinden, das Alltagsleben, die Fähigkeiten einer Schul- oder Lehrausbildung nachzugehen, haben. Steht gar eine psychiatrische Behandlung im Raum, führt dies häufig bei den betroffenen Jugendlichen und ihren Familien zu Verunsicherung und Fragen, was sie erwartet. Insofern ist es für jugendliche Patienten oft kein leichter Schritt, sich in stationäre Behandlung zu begeben, und für deren Eltern eine solche für ihr Kind anzustreben. Wir hoffen, unsere klinische Arbeit führt dazu zu sehen, dass es ein richtiger Schritt ist.

Fachgerechte Diagnostik und ein Spektrum intensiv verdichteter, über die Möglichkeiten des ambulanten Rahmens hinausgehender und auf den einzelnen Patienten abgestimmter Therapieangebote sind die zentralen Aufgaben eines stationären Behandlungsrahmens. Im Jugendalter stehen viele Entwicklungsaufgaben an, deren mitunter unterschiedlich gelingende Bewältigung sich mit einer psychischen Erkrankung überlappen kann. Insbesondere dann ist das den „ganzen Jugendlichen“ berücksichtigenden Betreuungsmilieu einer Station neben umschriebenen Therapiekonzepten bedeutsam.

Jugendliche Patienten und deren Eltern mit den Gegebenheiten und der Arbeit der Abteilung Rottmannshöhe vertraut zu machen, dazu will die Broschüre neben dem in unserer Abteilung obligaten persönlichen ambulanten Vorstellungsgespräch einen Beitrag leisten. Darüber hinaus stehen wir für weitere Auskünfte selbstverständlich gerne zur Verfügung. Wie jeder schon bei einem ersten Eindruck feststellen kann, ist unsere Abteilung eine schöne klinische Abteilung, die eine angenehme und jugendgerechte Atmosphäre vermittelt. Durch unsere Arbeit und unsere Einsatzbereitschaft bemühen wir uns, den Anforderungen und Erwartungen in einer für jede Familie, für jeden jugendlichen Patienten wie auch immer gelagerten, schwierigen, sorgenvollen Situation gerecht zu werden. Dieses erfordert eine ständige Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung unserer Tätigkeit. Daher sind wir jederzeit für Austausch, Anregungen, Vorschläge offen, um unser klinisches Angebot weiter zu verbessern.

Die Abteilung Rottmannshöhe ist die jugendpsychiatrische Abteilung der kbo-Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH München und liegt in reizvoller Lage in Berg-Assenhausen am Starnberger See. 1985 wurde die Abteilung in einem großzügigen, historischen Ge-

bäude als eine stationäre Einrichtung des Bezirks Oberbayern, nach Umwandlung der Rechtsform 2006 Kommunalunternehmen des Bezirks Oberbayern, mit 42 Behandlungsplätzen auf drei offen geführten Stationen für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren eröffnet. Seit 2003 wird der vollstationäre Betreuungsrahmen von einer Satellitenambulanz für alle Altersgruppen des Kindes- und Jugendbereichs im nahe gelegenen Wolfratshausen (mit S-Bahn-Anschluss) flankiert, in der neben den üblichen Aufgaben einer Ambulanz stationäre Behandlungen vorbereitet oder abgeschlossene Behandlungen ambulant weitergeführt werden können.

Die jugendlichen Patienten in der Abteilung Rottmannshöhe können in Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern untergebracht werden. Die Stationen werden diagnose- und störungsunabhängig belegt, das heißt es werden keine Spezialstationen für einzelne Erkrankungen geführt. In der Abteilung selbst werden sämtliche psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen des Altersabschnitts behandelt. Hierunter fallen Depressionen, autistische Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, emotionale Störungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Traumafolgen, Störungen, die z. B. im Zusammenhang mit schulischen oder familiären Belastungen auftreten, und andere. Schwerpunkte der Abteilung sind die Betreuung von Essstörungen (Anorexie und Bulimie) sowie Psychosen des Jugendalters, für die jeweils spezielle therapeutische Angebote vorgehalten werden. Entscheidende Merkmale für eine Aufnahme sind nicht die Störungs- bzw. Krankheitsform, sondern psychiatrische Einschätzungskriterien im Hinblick auf die unter offen-stationären Bedingungen mögliche Betreuungs- und Beaufsichtigungsintensität wie Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft, Absprache- und, Kooperationsfähigkeit.

Der erste Schritt: Diagnostik

Festzustellen, ob eine und wenn ja, welche Erkrankung vorliegt, ist die Aufgabe der Diagnosestellung. Auch wenn im Bereich der Organmedizin, der so genannte objektive Untersuchungsmethoden wie Labor, Röntgen usw. zur Verfügung stehen, längst nicht immer diagnostische Klarheit und Sicherheit erreicht wird, sieht sich die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit noch grundlegenden Fragen konfrontiert. Wann spricht man überhaupt von einer seelischen Erkrankung, wo ist die Grenze zwischen gesundem, normalem und abweichendem, krankhaftem Verhalten, Erleben, Denken und Fühlen? In diesem Rahmen können nur einige kurze Hinweise gegeben werden. Es gibt Erlebensveränderungen, die in ihrer Ausgestaltung mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer Erkrankung sind, z. B. Halluzinationen: das Hören von Stimmen ohne einen Sprecher. Bei anderen Phänomenen ist es der Ausprägungsgrad, der die Krankheitswertigkeit ausmacht, so bei bestimmten Ängsten. Weitere Merkmale sind Verlauf und Dauer von Beschwerden. Wichtig zu wissen ist, dass es kein einzelnes Symptom gibt, das eine Krankheit bereits

beweist, d. h. es sind immer auch andere Faktoren zu berücksichtigen, um eine Diagnose zu stellen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik im Allgemeinen und also auch in unserer Abteilung steht auf mehreren Säulen. Die *medizinische Diagnostik* dient zunächst dem Ausschluss organischer Ursachen, die für psychische Auffälligkeiten verantwortlich oder zumindest mitverantwortlich sein könnten. Zu den Basisuntersuchungen gehören Labordiagnostik von Blut und Urin, die Ableitung eines Elektrokardiogramms (EKG) und einer Hirnstromkurve (EEG), ggfs. eine Kernspintomographie des Schädels. Laboruntersuchungen, EKG und EEG werden auch als begleitende Kontrolluntersuchungen bei einer etwaigen Behandlung mit Medikamenten durchgeführt.

Mit *psychologischen Testverfahren* können unter anderem intellektuelles Leistungsvermögen, Persönlichkeitsentwicklung, Befindlichkeit und spezielle Beschwerde- und Symptombereiche wie Gefühls- und Stimmungsveränderungen, Zwänge, Ängste, Selbsterleben untersucht werden.

Sowohl die organische (meist Ausschluss-)Diagnostik als auch die Testpsychologie sind Bausteine, die zur Erarbeitung einer psychiatrischen Diagnose wesentliches beitragen können. Gestellt wird eine psychiatrische Diagnose allerdings immer klinisch, d.h. unter Einbeziehung der genannten Verfahren und der dort gewonnenen Erkenntnisse aus den Gesprächen mit dem Patienten und dessen Angehörigen, der Erhebung der Vorgeschichte und des Verlaufs der Beschwerden und Krankheitszeichen, den Verhaltens- und Erlebensbeschreibungen und- beobachtungen. Gerade im Kindes- und Jugendalter empfiehlt es sich, angesichts häufig unscharfer Störungs- und Krankheitsbilder sowie deren Überlagerung mit entwicklungsbedingten Auffälligkeiten eine vorschnelle diagnostische Festlegung zu vermeiden, insbesondere dann, wenn eine schwerwiegende Diagnose wie beispielsweise eine jugendliche Psychose verdachtsweise im Raum steht. Wie jede andere Klinik müssen wir gegenüber den Kostenträgern der Krankenkasse und mitunter eingeschalteten Ämtern wie Jugendamt oder Arbeitsagentur nach entsprechender Schweigepflichtentbindung allerdings zumindest eine Verdachtsdiagnose formulieren.

Eine psychiatrische Diagnose zu stellen, braucht Zeit. Das Querschnittsbild einer Erkrankung/ Störung zum Zeitpunkt der Untersuchung ist eine Facette, der Verlauf von Beschwerden, Auffälligkeiten, Erlebensveränderungen, Verhaltensbesonderheiten eine weitere. Insofern kommt einem stationären Aufenthalt bei uns häufig zunächst ein diagnostischer Auftrag zu. Wie in anderen Bereichen der Medizin auch, heißt das nun aber nicht, dass in jedem Fall erst eine sichere Diagnose gestellt sein muss, bevor mit einer Behandlung begonnen werden kann. Die meisten Krankheitszeichen beziehungsweise Beschwerden sind für sich genommen unspezifisch, das heißt sie können bei unterschiedlichen Erkrankungen/ Störungen auftreten und zum Beispiel erst ihr Verlauf, ihr Auslöser

oder weitere mit ihnen gemeinsam auftretende Auffälligkeiten legen die Zuordnung zu einer bestimmten Störung nahe. Das soll kurz am Beispiel der depressiven Verstimmtheit erläutert werden. Man spricht hier auch von einem depressiven Syndrom als einer charakteristischen Vergesellschaftung von Krankheitszeichen. Leitsymptom ist die traurige Verstimmung, die u.a. häufig von Schlafstörungen, Appetitminderung, Ängstlichkeit, Rückzug, Interessenverlust und Antriebsverminderung begleitet wird. Das Zustandsbild kann als eigenständige Störung auftreten oder im Zusammenhang mit Lebens- oder Entwicklungsereignissen, aber auch bei anderen Erkrankungen wie Angststörungen, Zwangsstörungen, beginnenden Psychosen zunächst im Vordergrund stehen. Da es- auch dieses findet seine Parallelen in anderen Bereichen der Medizin- nur wenige ganz spezielle Behandlungen für bestimmte Erkrankungen gibt, wohl aber ein breites Spektrum von Behandlungsmethoden, die auf das jeweilige Beschwerdebild eines Patienten, durchaus auch noch ohne endgültige diagnostische Sicherheit, abgestimmt werden, sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der diagnostische und therapeutische Prozeß verklammert und nicht stets als ein Nacheinander aufzufassen. Abstimmung auf den einzelnen jugendlichen Patienten und „Mischung“ von Behandlungsverfahren charakterisieren somit die Vorgehensweise. Welche Möglichkeiten hier die Abteilung Rottmannshöhe anbieten kann, darauf soll im Folgenden eingegangen werden.

Allgemeines zur Behandlung.

Welche therapeutischen Angebote hält die Abteilung Rottmannshöhe vor?

Behandlung kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Zunächst der Behandlungsrahmen: Ambulant-tagklinisch-stationär. Die Abteilung Rottmannshöhe bietet einen stationären Behandlungsrahmen, kann ambulante Abklärungen und Betreuungen über ihre Satellitenambulanz in Wolfratshausen anbieten. Die Möglichkeit einer tagklinischen Behandlung besteht nicht.

Psychische Krankheiten oder Störungen können Folge sehr unterschiedlicher Faktoren sein, die oft miteinander verknüpft sind. Zu diesen gehören anlagebedingte Faktoren, hirnrorganische oder andere körperliche Faktoren, lebensgeschichtliche und/oder erst vor einiger Zeit bzw. akut aufgetretene psychosoziale Belastungen. Voraussetzung für das Finden einer geeigneten Behandlung ist eine diagnostische Einschätzung. Wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Diagnose gestellt wird, wurde bereits erläutert.

Im Anschluss an eine wie dargestellt mitunter zunächst vorläufige diagnostische Einschätzung wird von medizinisch-psychologischer Seite für jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt. Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sollte möglichst viele Facetten eines Störungsbildes aufgreifen (z. B. Stimmung, Antrieb, Selbsterleben, störungsbedingte intellektuelle Einschränkungen u.a.). Überdies müssen in der Ent-

wicklungsperiode von Kindheit und Jugend neben störungsbedingten Auffälligkeiten der Entwicklungsstand und die Spannweite von Entwicklungsbesonderheiten des jeweiligen Alters berücksichtigt werden. Der Behandlungsplan setzt sich aus unterschiedlichen Bausteinen zusammen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung fußt im Wesentlichen auf drei Säulen: Die medizinisch-psychiatrische Behandlung einschließlich Psychopharmaka-Therapie, die psychotherapeutische Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Verfahren und ärztlichen Gesprächen sowie die Bereiche der psychosozialen und kreativen Therapien, wie Milieuthérapie auf den Stationen, Kunst- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie, psychotherapeutische Gruppen wie Rollenspiel, soziale Kompetenz, Ergotherapie sowie der gesamte Bereich der psychosozialen Beratung. Eine wichtige Funktion nimmt auch die pflegerische und erzieherische Arbeit auf den Stationen wahr. Zentral ist das therapeutische Einzelgespräch mit dem jeweils zuständigen Stationstherapeuten (Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin), der/die jeweils auch den Kontakt zu den sorgeberechtigten Eltern halten und regelmäßige Elterngespräche führen. In den Einzelgesprächen wird nicht nur die Vorgeschichte der Erkrankung, die Lebens- und die Familiengeschichte erhoben, in diesen findet der Austausch mit dem jeweiligen Arzt/Psychologen über Beschwerden, Sorgen, Krankheitserscheinungen statt. Das Gespräch hat auch in therapeutischer Hinsicht vielfältige Funktionen. Es soll unterstützen, bei der Konflikt- und Problembewältigung helfen, unter Umständen ein Verständnis für die eigene Krankheit aufbauen helfen, Wege aufzeigen, mit Krankheitserscheinungen besser umzugehen, Wege zur Störungsbewältigung aufzeigen. Eltern- und Familiengespräche dienen der gegenseitigen Information, der Aufrechterhaltung familiärer Kontakte und der etwaigen Bearbeitung von Verständigungs- und Beziehungsproblemen innerhalb des Familiensystems. Trotz der großen Bedeutsamkeit eines Gesprächs weiß man, dass es Jugendlichen noch sehr schwer fällt, Einsichten aus derartigen Gesprächen in Alltagssituationen zu übertragen. Deshalb nehmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und also auch in unserer Abteilung Therapien, in die ein breit gefächertes Angebot praktischen Tuns, Übens und Ausübens und Gestaltens integriert sind, einen breiten Raum ein.

Für jeden Patienten wird also ein individuell abgestimmtes Programm an gruppentherapeutischen Verfahren zusammengestellt. In dieses Behandlungsprogramm integriert ist je nach Schulbarkeit der vormittägliche Besuch der abteilungsinternen Schule. Für Jugendliche, die die Schule bereits abgeschlossen haben, gibt es am Vormittag das Angebot einer vierstündigen Arbeits- bzw. Ergotherapie. Für Jugendliche, die aufgrund des Ausprägungsgrades ihrer Erkrankung noch nicht beschulbar sind, werden eine handlungsorientierte Ergotherapie, eine kognitive Übungsgruppe als Vorbereitung auf den Schulbesuch sowie eine sogenannte Basisgruppe angeboten.

Eine weitere Facette des jugendpsychiatrischen Therapiespektrums kann eine medikamentöse Behandlung sein. Diese erfolgt stets nach entsprechender Diagnostik und Einschätzung. Jede neu zu etablierende medikamentöse Behandlungsstrategie einer psychischen Störung erfolgt erst nach Aufklärung des Jugendlichen und der Sorgeberechtigten sowie deren schriftlicher Zustimmung. Ausgenommen davon sind medizinisch-psychiatrische Notfallsituationen (z.B. Panikattacke, Erregungszustand), die eine sofortige unmittelbare Intervention erfordern. Auch hier erfolgt die Information der Sorgeberechtigten zeitnah. Die allgemeinmedizinische Versorgung während des stationären Aufenthaltes auftretender pädiatrisch interner Erkrankungen erfolgt, ggf. unter Konsultation entsprechender fachärztlicher Kollegen außerhalb des Hauses, durch das ärztliche Personal der Abteilung.

Ein sozialpädagogischer Fachdienst am Hause berät unsere Jugendlichen und deren Eltern in enger Abstimmung mit dem zuständigen ärztlich-psychologischen Therapeuten in Fragen der Einbindung des zuständigen Jugendamtes und/oder der Agentur für Arbeit

Welche speziellen Behandlungsmöglichkeiten seelischer Erkrankungen und Störungen im Jugendalter gibt es?

Die Arbeit der Stationen

Auf den Stationen wird jeder Patient/Patientin jeweils von einem Arzt/einer Ärztin oder einem Psychologen/einer Psychologin psychiatrisch/psychotherapeutisch betreut. Medizinische Aufgaben wie medizinische Diagnostik, ggf. Betreuung und Überwachung einer medikamentösen Behandlung und anderes bzw. psychologische Aufgaben (z.B. Testdiagnostik) werden dabei vom jeweiligen Fachvertreter für alle Patienten der Station wahrgenommen. Der jeweils für den Patienten zuständige Arzt bzw. Psychologe ist dabei in enger Absprache mit dem zuständigen Oberarzt/Oberärztin für die Untersuchung und den Gesamtbehandlungsplan zuständig. Großen Wert wird dabei auf die Zusammenarbeit mit den sorgeberechtigten Eltern gelegt. Alle diagnostischen und therapeutischen Schritte erfolgen in enger Abstimmung und werden in regelmäßigen Elterngesprächen durchgesprochen.

Auf den Stationen arbeiten jeweils etwa 12 bis 15 Betreuer/Betreuerinnen im Dreischichtendienst. Der Pflege- und Erziehungsdienst setzt sich aus einem multiprofessionellen Team von Mitarbeitern aus der Kranken- und Heilerziehungspflege sowie aus pädagogischen Fachkräften zusammen. Die Tätigkeit des Pflege- und Erziehungsdienstes ist in die Behandlungskonzepte integriert und wird im multidisziplinären Team regelmäßig besprochen. Tagesstrukturierende Maßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil, um unserem Patienten eine feste Orientierung im Alltag zu ermöglichen. Das milieuthérapeutische Umfeld fördert aktiv lernend Entwicklungsmöglichkeiten. Unterstützung und Begleitung sind auch

Ziel der einzel-, gruppenpädagogischen und pflegerischen Angebote seitens des Pflege- und Erziehungsdienstes. Wie alle anderen Maßnahmen sind auch diese am jeweiligen Zustandsbild und Entwicklungsstand des jugendlichen Patienten orientiert. Zu nennen sind hier Mithilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten und Hausaufgaben, Anleitung zur Hygiene und Nahrungsaufnahme, Ernährungsberatung, Selbstständigkeit und Belastbarkeitstraining im Rahmen von ärztlich-psychologisch indizierten Expositionsübungen, Tagesrückblick, Einzelkontakte im Rahmen des Bezugspflegesystems, Aktivitätsangebot im sportlichen, musikalischen, kreativen und hauswirtschaftlichen Bereich, erlebnis- und interaktionspädagogische Aktivitäten, z.B. in Form von Ferienaktivitäten, Improvisationstheater, Fertigkeiten-Training (z.B. Achtsamkeit, Stresstoleranz), progressive Muskelentspannung sowie bei Patienten mit Magersucht eine Reflexionsgruppe.

Zum Beginn der Vorstellung der Arbeit unserer Abteilung soll der Hinweis auf die in psychiatrischen Kliniken prinzipiell andere Gestaltung des „Stationslebens“ im Vergleich zu Kinderkliniken, die sich mit der Behandlung körperlicher Erkrankungen befassen, nicht fehlen. Schon seit langer Zeit wird auf das therapeutische Milieu einer Station besonders geachtet. Von ganz speziellen oder akuten Krankheitszuständen abgesehen wird das Stationsleben als therapeutische Gemeinschaft organisiert. Das aus Kliniken für körperliche Erkrankungen bekannte „jeder liegt in seinem Bett und unterhält sich gegebenenfalls ab und zu mit seinem Nachbarn“ ist hier durch viele gemeinsame Aktivitäten auf den Stationen, die wohnlich gestaltet sind, ersetzt. Es wurde bereits ausgeführt, dass das Stationspersonal vom Pflege- und Erziehungsdienst selbst diverse Gruppenaktivitäten anbietet. Darüber hinaus spielen aber auch die Etablierung eines Gemeinschaftsgefühls, sei es im Rahmen gemeinsam eingenommener Mahlzeiten, gemeinsamer Freizeit- und erlebnispädagogische Aktivitäten, eine große Rolle. Kommunikation, der soziale Austausch auch in dem Milieu einer quasi Alltagsumgebung fördern das modellhafte Lernen, Austausch und Verständnis. Für viele Jugendliche ist es auch hilfreich, in der Einordnung und auch Bewältigung ihrer eigenen Erkrankung und Störung, zu sehen, wie andere mit anderen Beschwerden umgehen, diese bewältigen. Das um so mehr, als es eine gesicherte Erfahrung ist, dass Jugendliche mindestens ebenso viel vom Tun und vom Milieu lernen, wie von der, der Alltagssituation weiter entfernten therapeutischen Zweiersituation mit einem erwachsenen Therapeuten alleine.

Behandlungsformen

Das therapeutische Gespräch

Gespräche finden in der jugendpsychiatrischen Klinik nicht nur zwischen Arzt bzw. Psychologe und Patient statt, sondern werden auch von anderen Mitgliedern des ärztlich geleiteten Teams wie Kreativtherapeuten und dem Personal des Pflege- und Erziehungsdienstes eingesetzt. Ihnen kommt in allen Abschnitten einer stationären Behandlung eine wichtige Bedeutung zu, deren Aufgabe und Stellenwert allerdings je nach Störungsbild und konkreter Situation sehr unterschiedlich gestaltet sein kann. Diese Gespräche bieten sowohl im formalen als auch informellen Rahmen eine wichtige Plattform in einer verständnisbereiten Umgebung, Probleme und Konflikte anzusprechen, Vertrauen zu entwickeln und den Behandelnden und Betreuenden Gelegenheit zu geben, das Vertrauen von Patienten und Familie zu erwerben. Gerade bei Jugendlichen aus störungs-, krankheits- oder auch entwicklungsbedingt konfliktreichen familiären Konstellationen ist der vertrauensvolle Gesprächskontakt mit dem zunächst außenstehenden, neutralen Personal im Hinblick auf die Etablierung einer gelingenden Beziehung zwischen Patient, seiner Familie und dem Behandlungs- und Betreuungspersonal von großer Bedeutung.

Auf die Kernstellung des ärztlich-psychologischen psychotherapeutischen Gespräches wurde bereits mehrfach hingewiesen. Andere Bezeichnungen hierfür sind Basispsychotherapie oder stützende (supportive) Psychotherapie. Der Suche nach umschriebenen Ursachen einer Erkrankung wird häufig eine große Bedeutung zugeschrieben. Bei seelischen Störungen lassen sich allerdings bei weitem nicht immer solche finden, wohl aber Verhaltensmuster, Denk- und Erlebensweisen, lebensgeschichtliche Faktoren und Umgebungsbedingungen, die zur Entwicklung der Störung wesentlich beigetragen haben könnten. Raum für das Ansprechen lebensgeschichtlich wichtiger Bedingungen sowie zurückliegender und aktueller Konflikte, die den Rahmen für das Beschwerdebild, die Konflikte und Symptome abgeben. Viele Krankheits- und Störungszeichen lösen bei Patienten und seiner Familie Irritation, mitunter Bestürzung aus, werfen Fragen auf, bringen Zweifel und Sorgen hervor. Durch die Vermittlung eines Störungs- bzw. Erkrankungsverständnisses werden im günstigen Fall Zusammenhänge und Auslöser angesprochen, die erforderliche diagnostische Maßnahmen und sich daraus ergebende Veränderungsmöglichkeiten und Behandlungsschritte nachvollziehbar machen. Dieses ist umso bedeutsamer, als man weiß, wie sehr eine erfolgreiche Behandlung auch davon abhängig ist, welche Vorstellungen Patienten und Familie über Gründe, Anlässe und Auslöser einer Erkrankung haben und in welchem Umfang sie ihre „Modelle“ mit den anstehenden Behandlungsmaßnahmen in Einklang bringen können.

Zusammengefasst kommt dem ärztlich-psychologischen Gespräch also ein breites Aufgabenspektrum vom Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Begleitung, Information, Beratung und Unterstützung zu. Einschränkend muss gesagt werden, dass es allerdings auch viele seelische Erkrankungen gibt, bei denen sich für den Laien zu große Erwartun-

gen, mitunter auch Hoffnungen an die Wirkmöglichkeiten derartiger Gespräche knüpfen. Intensität, Frequenz, Inhalt des ärztlich-psychologischen Gesprächs werden stark von dem jeweiligen Krankheits- bzw. Störungsbild und auch der momentanen Verfassung des Patienten bestimmt.

Spezifischere Formen der Psychotherapie sind die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologische Psychotherapie. Prinzipiell liegt der Schwerpunkt insbesondere vor dem Hintergrund der sich stetig verkürzenden Aufenthaltsdauer auf verhaltenstherapeutischen Interventionen. Insbesondere im Jugendalter hat sich allerdings bewährt, pragmatisch psychotherapeutische Behandlungsansätze wie der Tiefenpsychologie einzusetzen und gegebenenfalls Elemente unterschiedlicher Therapieformen zu verbinden.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Menschen in ihrem Leben individuelle Lernerfahrungen machen, die ihr emotionales Erleben, Denken und auch Handeln bestimmen. Entwickelt sich eine psychische Störung, wird gemeinsam mit dem Jugendlichen deren Hintergrund, also lebensgeschichtliche Ereignisse, Lebensbedingungen, Einflussfaktoren wie Schule, Familie, Beziehungen im Gleichaltrigenkreis und auch Persönlichkeitseigenschaften untersucht. Mitunter hat der Jugendliche selbst schon Vorstellungen über die Entstehung der Störung und hat bereits den ein oder anderen Versuch unternommen, mit ihr zurecht zu kommen. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein individueller Therapieplan erstellt, der unter anderem gezielte Verhaltensübungen vorsieht, um krankhaft veränderte Denkmuster, Gefühle und Verhaltensweisen durch neue Erfahrungen zu verändern. Die Verhaltenstherapie soll eine Hilfe zur Selbsthilfe sein. Sie kennt verschiedene Therapieansätze und Methoden. Zu Beginn steht meist die so genannte Psychoedukation, im Rahmen derer die Jugendlichen über ihre Erkrankung und mögliche Behandlungsmethoden informiert werden. Über die eigene Krankheit Bescheid zu wissen gehört bei vielen Störungen zu den Voraussetzungen einer Erfolg versprechenden therapeutischen Mitarbeit. Weitere Schwerpunkte verhaltenstherapeutischer Interventionen sind der Aufbau positiver Aktivitäten, insbesondere bei depressiven und sozial zurückgezogenen Jugendlichen, therapeutische Strategien, die dem Jugendlichen Ansätze vermitteln, mit den Krankheitserscheinungen und den sich daraus ergebenden Auswirkungen auf den Alltag besser zurecht zu kommen. Die Identifizierung von Frühzeichen kritischer Zuspitzungen, die Erfahrung, eigene Befindlichkeit beeinflussen zu können, sind hier wesentlich. Insbesondere bei Erkrankungen, die mit Zwangsercheinungen und Ängsten einhergehen, spielt die verhaltenstherapeutische Methode der Desensibilisierung eine wichtige Rolle, bei der die Betroffenen lernen, sich unter therapeutischer Anleitung nach und nach mit der Angst auslösenden Situation zu konfrontieren und diese auf dem Wege

besser zu bewältigen und Zwänge abzubauen. Auch Übungen in sozialer Kompetenz, Entspannungsverfahren gehören in das therapeutische Repertoire. Im Gespräch wird die kognitive Therapie eingesetzt, die darauf abzielt, krankheitsbedingte Einengungen der Wahrnehmung und von der Krankheit bestimmte Gedanken zu überprüfen und gegebenenfalls Alternativen aufzubauen. Inzwischen gibt es verhaltenstherapeutische Konzepte für fast alle psychischen Störungen, deren Wirksamkeit, oft auch in Kombination mit psychopharmakologischen Handlungsstrategien, wissenschaftlich gut belegt sind.

Auch wenn psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapien im engeren Sinne schon allein aufgrund der Aufenthaltsdauer in einem Versorgungs Krankenhaus in ihrer Bedeutsamkeit zurückgetreten sind, werden Anregungen, therapeutische Handlungsansätze pragmatisch in den jugendpsychiatrischen Gesamtbehandlungsplan eingefügt. Grundlage hier ist das psychodynamische Verständnis der Krankheitsentstehung psychischer Störungsbilder in dem Sinn, dass Krankheitssymptome auf nicht offen liegenden, unbewussten, aber auf das Erleben und Handlungen einwirkenden Konflikte fußen. Diese Beeinträchtigungen manifestieren sich als Krankheitssymptome, wie Depressionen, Zwänge oder Ängste. Die genannten Behandlungsrichtungen arbeiten stark mit den Prinzipien von Verstehenlernen und Einsicht in Konflikte und Krankheitszeichen. Erfahrungsgemäß tun sich jugendliche Patienten erheblich schwerer, im psychotherapeutischen Gespräch erarbeitete Einsichten auf Alltagssituationen zu übertragen, als dieses in aller Regel Erwachsenen gelingt. Von daher erscheint es konsequent, die in Gesprächen erarbeiteten Ansätze in einer praktischen, gegebenenfalls möglichst alltagsnahen Umsetzung zu ergänzen. Hierzu gehört vor allem auch der soziale Austausch mit Anderen.

Psychologische Gruppen- und Einzelpsychotherapie

Soziale Kompetenzen, wie das angemessene Wahrnehmen und Benennen eigener und fremder Gefühle, deren Steuerung und Regulation, eine gelingende Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen sowie der konstruktive Umgang mit inneren und zwischenmenschlichen Konflikten, stellen eine wichtige Entwicklungsaufgabe für alle Kinder und Jugendlichen dar. Sowohl in der Familie und im Gleichaltrigenkreis als auch im schulischen und beruflichen Umfeld sind sie Grundvoraussetzungen für das Gelingen von sozialem Austausch und Integration. Noch vor aller diagnostischen Zuordnung zeigen Kinder und Jugendliche häufig Ängste und Schwierigkeiten in sozialen Situationen, in der Kontaktgestaltung mit ihrer Umgebung. In der Abteilung Rottmannshöhe werden hierzu spezifische Gruppenpsychotherapien wie- psychologisch geleitet- soziales Kompetenztraining und Rollenspielgruppe angeboten, in denen im Gespräch und Austausch mit anderen Jugendlichen diese Themenbereiche alters- und entwicklungsgemäß angesprochen werden können. Unter Einbeziehung der jeweiligen Vorgeschichte und Ausgangsvoraussetzungen werden

persönliche Stärken und Fertigkeiten erarbeitet, bereits vorhandene Fähigkeiten gestärkt und neue im Kontext der Gruppe vermittelt. Diese sollen eine Verbesserung der Eigenwahrnehmung und des Verhaltens in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung anbahnen. Themenspezifische Rollenspiele ermöglichen den Jugendlichen einen so genannten sozialen Perspektivenwechsel, Entdecken, Fördern und Einüben neuer Verhaltensalternativen und konstruktiver Problemlösestrategien. Dabei kommt der persönlichen Rückmeldung aus der Gruppe der Mitpatienten für die eigene Identitätsentwicklung gerade bei sozial unsicheren, ängstlichen Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu. Zielsetzungen sind je nach persönlichen Voraussetzungen und Entwicklungsstand die Bewältigung einfacher Alltagssituationen, Äußern eigener Meinungen, Verbesserung der Fertigkeit, eigenes Verhalten zu reflektieren, durch positive Erfahrungen im Rahmen der Gruppe soziale Ängste zu reduzieren, bis hin zur Bewältigung komplexer sozialer Problemsituationen. Die Anforderungen an eine Eigenmotivation sowie Bereitschaft zu einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung sind bei diesen Gruppen sicherlich höher als bei Gruppen, in denen das Übungselement und die Arbeit an Material mehr im Vordergrund steht. Bedarfsweise können die Ziele dieser Form der Gruppenpsychotherapie durch eine zusätzliche Einzelpsychotherapie, die spezifische Schwerpunkte berücksichtigt, ergänzt werden.

Ein spezifisches Therapieangebot mit stark übendem Charakter für Patienten mit psychotischen Erkrankungen ist das kognitive Training, in dem grundlegende Funktionen wie Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Gedächtnis, Konzentration, logisches Denken, strategisches Problemlösen, auch mit Hilfe schulvorbereitender Aufgaben gefördert werden. Anhand von Übungsaufgaben, Spielen in speziellen Computerprogrammen und Arbeitsblättern, trainieren in der Regel stärker beeinträchtigte Jugendliche diese basalen Anforderungen, die als Voraussetzung für einen erfolgreichen Wiedereinstieg in Schule oder Berufsausbildung benötigt werden.

Medikation (Psychopharmakotherapie)

Um seelisches Erleben bzw. seelische Störungen zu beeinflussen, lassen sich seit alters mindestens zwei große Methodenbereiche erkennen. Eine ist der Weg über das Gespräch, ein gemeinsames Tun mit dem Patienten, früher auch in Form eines Rituals, Ansätze, die heute von Psychotherapie in allen Facetten und handlungsorientierten Behandlungen, wie Kreativtherapien, Gruppentherapien repräsentiert werden. Der zweite große Ansatz ist die Beeinflussung seelischen Erlebens durch so genannte körperliche Methoden. Die gängigste ist die der Gabe seelisches Erleben beeinflussender Substanzen pflanzlicher, später chemischer und pharmazeutischer Herkunft. Aber auch andere Ansätze, die durch Einwirken auf das körperliche Befinden und Veränderung körperlicher Funk-

tionen seelisches Erleben beeinflussen sollen (z.B. Bäder, Bewegung), zudem die teils wieder verlassenen, aber berühmt-berüchtigt gebliebenen Methoden der Psychiatrie wie Psychochirurgie, Insulintherapie bis hin zu modernen Behandlungsmethoden wie Elektrokampfbehandlung und transcranielle Stimulation, gehören hierher. Neben dem therapeutisch auch gut genutzten Wissen, dass beispielsweise Aktivierung, Bewegung Verstimmungszustände positiv beeinflussen kann, spielt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorwiegend die moderne Psychopharmakotherapie eine nennenswerte Rolle. Psychopharmaka sind Medikamente, mit denen im Rahmen eines Gesamtplanes psychische Störungen beeinflusst werden können. Insbesondere in Laienmedien werden Psychopharmaka häufig sehr unsachlich und verzeichnet dargestellt. Bei sorgfältiger Prüfung ihres Einsatzes und entsprechender Behandlungsüberwachung sind sie weder Teufelszeug noch Wundermittel, und führen auch nicht zu Persönlichkeitsveränderungen. Sie können ein je nach Krankheitsbild und Erkrankungsstadium mehr oder weniger bedeutsamer Baustein in einem Gesamt von Behandlungsmaßnahmen sein. Insofern ist ein pragmatisch offener-kritischer Zugang hier sicherlich anzuraten. Weitere Bedenken beziehen sich mitunter auf befürchtete Nebenwirkungen. In der Tat können auch Psychopharmaka – und darin unterscheiden sie sich nicht von allen anderen, z. B. bei internistischen Erkrankungen gegebenen Medikamenten – Nebenwirkungen haben. Insofern erfolgt vor jedem diesbezüglichen Behandlungsvorschlag eine entsprechende Nutzen-Risiko-Abwägung. Bei sorgfältiger medizinischer Überwachung können in aller Regel ausgeprägtere medikamentöse Nebenwirkungen auf ein Minimum reduziert und schwerwiegendere nahezu ausgeschlossen werden. Prinzipiell ist eben auch zu sagen, dass diese Medikamente eingesetzt werden, um schwerwiegendere psychische Störungen, die durch andere Methoden nicht ausreichend behandelt werden können, günstig zu beeinflussen. Dieses können sehr unterschiedliche Bereiche psychischer Funktionen sein. Nach diesen und nach ihren Wirkungen auf bestimmte neurochemische Prozesse werden die Psychopharmaka in unterschiedliche Gruppen unterteilt. Wir beschränken uns im Folgenden für die in der Abteilung behandelte Altersgruppe bedeutsamen Medikamentengruppen.

- Antidepressiva:

Wie die Bezeichnung bereits nahelegt, wirken Antidepressiva vorwiegend auf die Stimmung, beeinflussen aber auch den Antrieb, wirken Angst lösend und einige Mittel auch Schlaf anstoßend. Antidepressiva werden aber auch zur Behandlung von Zwangsstörungen eingesetzt. Ihre Wirkung kommt durch die Beeinflussung bestimmter Botenstoffe im Gehirn (vor allem Serotonin, Noradrenalin) zustande, denen man nach den derzeit gängigen Vorstellungen eine wesentliche Bedeutsamkeit in dem biologischen Entstehungsgefüge von depressiven Verstimmungs-

zuständen zuzusammenfassen. Durch Entwicklung neuerer Medikamente in den letzten 15 bis 20 Jahren konnte erreicht werden, dass ausgeprägtere Nebenwirkungen, die die Verträglichkeit älterer Antidepressiva mitunter einschränkten, kaum noch beobachtet werden.

- Neuroleptika:

Neuroleptika werden auch als Antipsychotika bezeichnet, weil sie vor allem zur Behandlung psychotischer Symptome wie Wahnbildungen, Stimmen hören, Verwirrtheit, hochgradiger Angst und Erregungszuständen eingesetzt werden. Ihre Wirkung wird der Beeinflussung der für psychotische Symptome verantwortlich gemachten Veränderungen von Botenstoffen in bestimmten Gehirnbereichen (Dopamin, Glutamat) zurück geführt. Neuere Neuroleptika, sogenannte Atypika, haben die früher bekannten Nebenwirkungen vor allem auf die Beweglichkeit in den Hintergrund treten lassen, bedeutsame Nebenwirkungen sind jetzt eher Appetit und in der Folge Gewichtssteigerung, die einer sorgfältigen Betreuung bedürfen.

- Tranquilizer/Hypnotika:

Hierunter gehören Medikamente sehr unterschiedlicher chemischer Herkunft. Hauptanwendungsgebiete sind Zurückdrängen von Angst, Beruhigung sowie die Behandlung von Schlafstörungen. Im Kinder- und Jugendbereich werden diese Medikamente in aller Regel nur vorübergehend, nach strenger Indikation und in niedriger Dosierung eingesetzt.

- Phasenprophylaktika:

Zu dieser Medikamentengruppe gehören Medikamente wie Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure, die teilweise aus der Behandlung von Anfallsleiden bekannt sind. Sie dienen zur Behandlung bzw. Rückfallverhütung bei bestimmten wiederkehrenden depressiven Störungen und vor allem manisch-depressiven Erkrankungen. Die Behandlung mit diesen Medikamenten erfordert eine besonders sorgfältige Behandlungsbegleitung und Überwachung, da jeweils ein bestimmter Blutspiegel vorhanden sein muss.

- Stimulanzien und Atomoxetin:

Diese Medikamente sind vor allem aus der Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms bekannt. Teilweise handelt es sich um Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamine), Atomoxetin wirkt auf den Botenstoff Noradrenalin.

Ergotherapie

Die Ergotherapie arbeitet mit handwerklich kreativen Medien und wird in der Abteilung Rottmannshöhe in vorzugsweise Gruppentherapien unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen angeboten, was die Therapieinhalte und die Fertigkeiten beziehungsweise

Einschränkungen der jeweiligen Patienten anbelangt. Zielsetzungen sind Aktivierung von Arbeits- und fähigkeitsbezogenen Fertigkeiten anhand von Material und dessen Bearbeitung, Stabilisierung psychischer Grundfunktionen wie Antrieb, Ausdauer, Konzentration, Handlungsplanung, Strukturgebung, Selbstorganisation, Anregung von Interessen sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit, Hinführung zu einer realistischen Selbsteinschätzung, Förderung von psychosozialen und kommunikativen Fähigkeiten in der Zusammenarbeit. In der Abteilung Rottmannshöhe wird Ergotherapie unter wenigstens vier Rahmenbedingungen angeboten.

Die Arbeitstherapie ist ein ergotherapeutisches Gruppenverfahren im soziotherapeutischen Rahmen einer nach biologischen Vorgaben geführten Gärtnerei mit Gemüsebau, Zierblumen, Floristik, Pflege eines Biotops, PC-Arbeiten, digitale Fotografie mit Bildbearbeitung und Ernteverkauf auch an Kunden aus der Umgebung. Im Winter alternativ dazu Schreinerei- und Keramikarbeiten. In diesem beschützten Arbeitszusammenhang werden vorrangig jugendliche Patienten betreut, die sich bereits in einer Lehrausbildung befinden oder vor einer solchen stehen. Bei speziellen Indikationen können aber auch Schüler einbezogen werden. Arbeitsumfang und Anforderungsprofil der Arbeit wird individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt. Die Arbeitstherapie findet täglich am Vormittag zwischen 8.00 und 12.00 Uhr statt. Vorrangig werden hier jugendliche Patienten bereits nach einem Schulabschluss betreut, bei speziellen Indikationen werden auch Schüler einbezogen. Eine entsprechende körperliche Verfassung (z.B. ein angemessenes Gewicht bei essgestörten Patienten) ist Voraussetzung.

Die Eingangsgruppe ist die niederschwelligste ergotherapeutische Gruppe für weniger belastbare Patienten vor allem zu Beginn des Klinikaufenthaltes. Ziel der Eingangsgruppe sind Aktivierung und Stabilisierung im Hinblick auf einen Wechsel in die klinikinterne Schule bzw. die Arbeitstherapie. Der Gruppenrahmen wird reizarm und eng strukturiert gehalten. Die Eingangsgruppe findet täglich in der Zeit von 8.00 bis 10.00 Uhr statt.

Werkgruppen: In den als Groß- und Kleingruppen geführten Werkgruppen stehen in Einzel- und Gruppenprojekten Holz-, Keramik-, Speckstein-, Flechttechniken und Seidenmalerei zur Verfügung. Der Rahmen wird je nach Gruppenzusammensetzung vom freien handwerklichen Gestalten bis zu themen- und projektbezogenen Arbeiten variiert.

Gartengruppe: Handlungs- und erlebensorientiertes Angebot. Die Patienten erleben in jahreszeitlich abgestimmten Projekten mit Garten, Natur, Biotop und Fotografie ein Betätigungsfeld zur Aktivierung, Stabilisierung und Interessenbildung.

Musiktherapie

Die Musiktherapie ist eine auf dem Medium basierende Form der Psychotherapie, in denen entsprechend dem jeweiligen Behandlungsziel im einzel- und gruppentherapeuti-

schen Behandlungsrahmen für unterschiedliche Krankheitsbilder und dem altersabhängigen Entwicklungsstand der Patienten angemessene problembearbeitende, stabilisierende und Fähigkeiten aktivierende Behandlungsmethoden angewandt werden. In der Abteilung Rottmannshöhe ist die Musiktherapie in neun Gruppen nach Belastbarkeit, Gruppenfähigkeit, musikalischen Fertigkeiten differenziert.

In Musiktherapiegruppen im engeren Sinne wie der Improvisationsgruppe werden zur Bearbeitung etwaiger emotionaler Hintergründe der Erkrankung Improvisation, Arbeiten mit Klängen und die Reflexion des emotionalen Lebens der Musik im Gespräch eingesetzt. Eigene Gefühle auszudrücken, sich im Gruppenkontext im Kontakt und der Auseinandersetzung mit Anderen zu erleben fördert eine bessere Regulation von Gefühlen und deren Differenzierung.

Die Klanggruppe hat den Schwerpunkt auf Übungen zur Klangwahrnehmung, dem Hören von Musik, eigenen Vorstellungen und Empfindungen hierzu Ausdruck zu geben, Selbstfürsorge aufzubauen.

Die Rhythmusgruppe fördert anhand rhythmischer Übungsformen mit Perkussionsinstrumenten und Schlagzeug Ausdrucksfähigkeit, motorische Fertigkeiten sowie den Kontakt und die Gruppenfähigkeit. Wie bei anderen musiktherapeutischen Interventionen auch erleben die jugendlichen Patienten hier, dass sie in der Lage sind, eigene Gefühle zu regulieren und zu steuern.

Weitere musiktherapeutische Angebote für schwer kranke Jugendliche dienen der emotionalen Stabilisierung und der Förderung sogenannter Basiskompetenzen wie Ansätze zur Selbststrukturierung, Verbesserung von Antrieb und Durchhaltevermögen, Auffassung und Konzentrationsfähigkeit, Beachtung und Gestaltung sozialer Situationen. Auch das therapeutische Singen hat vor allem emotionale Stabilisierung und Aktivierung mit Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen zum Ziel. Für Patienten mit einer gewissen musikalischen Vorbildung gibt es eine Patientenband.

Sport- und Bewegungstherapie

Als eine ganzheitliche Therapiemethode integrieren die Sport- und Bewegungstherapie körperliche, emotionale, kognitive und soziale Prozesse. Durch Körperaktivierung, Bewegung, Entspannung werden Selbstwahrnehmung und Körperausdruck gefördert. Je nach den Möglichkeiten der jugendlichen Patienten kommen übungs-, erlebens- und konfliktzentrierte Methoden mit dem Ziel emotionaler Stabilisierung, Förderung der Befindlichkeit zum Einsatz.

Sporttherapeutische Gruppen werden in den Sportarten Fußball, Basketball, Fitnesstraining sowie Stockkampfkunst angeboten.

Eine Basisgruppe fördert über bewegungstherapeutische Angebote Grundfertigkeiten im psychomotorischen, kognitiven und sozialen Bereich.

Das konstruktive Aggressionstraining schult in körper- und bewegungstherapeutischen Übungs- und Spielformen die Impulskontrolle, die Verhaltenssteuerung und emotionale Selbstregulation sowie die Entwicklung alternativer Strategien im Bereich der Konfliktbewältigung.

In der Improvisationstheatergruppe experimentieren Patienten mit Körperhaltung, Bewegung, Stimme und Atem. Das angeleitete unspontane Spiel in verschiedenen Rollen fördert über das Probe- und Modellhandeln die Entwicklung von flexiblen Handlungsmustern im sozialen Bereich, die Reflexion der eigenen Rolle und Festigung des Selbstbildes.

Tanztherapie – Entspannungsgruppe – Achtsamkeitsgruppe

Die Tanztherapie nutzt Tanz und Bewegung als Ausdruck für Gefühle, den Austausch mit Anderen über die Körpersprache. An der Abteilung Rottmannshöhe beinhaltet die Tanztherapie jugendgerechte Tanz- und Bewegungsangebote, Körperwahrnehmung und Arbeit am Körperbild, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen. Diese zielen auf eine verbesserte Annahme des eigenen Körpers, Stärkung von Selbstwert und Kontaktverhalten sowie das für viele Störungsbilder ganz wesentliche Erlernen einer alters- und entwicklungsstandsgerechten Regulation emotionaler Spannung.

In der tanztherapeutischen Gruppe für anorektische Patienten und in der Selbstakzeptanzgruppe werden Tanz und Bewegung eingesetzt, um den spontanen Kontakt und Austausch in der Gruppe anzuregen und wieder Zugang zu einem positiven Erleben des eigenen Körpers zu finden. Durch Körperwahrnehmung und das Erstellen eines Körperbildes wird zunächst ein neutralerer Umgang mit sich selbst geübt, das Verarbeiten schwieriger und konflikträchtiger Gefühle gefördert, Fertigkeiten gestärkt.

In der Entspannungsgruppe vorwiegend für depressive Jugendliche, Angst- und Zwangspatienten werden Entspannungsmethoden wie progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Atemübungen und Imagination zur Spannungsregulation erlernt.

In der Achtsamkeitsgruppe für Jugendliche mit absichtlichen Selbstschädigungen soll die Selbstfürsorge über Entspannungs- und Körperachtsamkeitsübungen gefördert werden.

Kunsttherapie

Die Kunsttherapie ist eine Behandlungsform mit bildnerischen Mitteln, in deren Zentrum das bildnerische Gestalten steht. Auf diese Weise können Gestaltungsfertigkeiten gefördert und im Entstehungsprozess durch Farbe, Form und Struktur der psychischen Innenwelt eines jugendlichen Patienten gestalthaft Ausdruck gegeben werden. In der symbolhaften Abbildung werden neue Anknüpfungspunkte und mitunter ein unmittelbarer Zu-

gang zu seelischen Prozessen ermöglicht und einer therapeutischen Bearbeitung besser zugänglich als dieses im Gespräch allein möglich ist. Ausgehend vom Störungsbild und der individuellen Situation des Patienten wird die Kunsttherapie in Gruppen in Form einer Gestaltungstherapie oder einzeln angeboten. Für essgestörte Patienten gibt es eine störungsspezifische Gruppe mit entsprechendem thematischen Schwerpunkt in Gestalt reflektierender Bearbeitung.

Psychosoziale Beratung – Tätigkeitsfeld des Sozialdienstes

Psychiatrische Erkrankungen und Störungen sind sehr häufig nicht allein ein medizinisch-psychiatrisches und/oder psychologisches Problem. Häufig werden mit ihnen auch diverse Umorientierungen und Klärungen im sozialen Bereich notwendig. Der Sozialdienst im Hause berät Patienten und deren Eltern hinsichtlich eventuell erforderlicher weiterführender nachstationärer Hilfen und unterstützt bei der Einleitung von Anschlussmaßnahmen und Behandlungen sowie deren Umsetzung, z.B. bei der Unterbringung in therapeutischen oder pädagogischen Wohngruppen, Berufsbildungswerken und Rehabilitationseinrichtungen. Der Sozialdienst erarbeitet eine tragfähige berufliche Perspektive, beispielsweise durch Vermittlung von Betriebspraktika und Beratung durch die Arbeitsagentur. Er unterstützt und hilft bei der Klärung und Durchsetzung von sozialrechtlichen Ansprüchen gegenüber Jugendämtern, Sozialverwaltungen und Krankenkassen.

Schule

Ein weiterer integraler Bestandteil der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung in der Abteilung Rottmannshöhe ist die Beschulung in der Carl-August-Heckscherschule an der Klinik. Die Anmeldung in der Klinikschule erfolgt durch den jeweiligen Stationsarzt/Stationspsychologen. Nachdem die schulische Ausbildung in dem Lebensabschnitt des überwiegenden Teils der Jugendlichen, die wir in der Abteilung betreuen, eine der zentralen Entwicklungsaufgaben ist, kommen der Beschulung bei psychisch kranken Jugendlichen besondere Aufgaben und Fragestellungen zu. Diese werden ganz wesentlich vom Krankheitsbild des betreffenden Jugendlichen und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen von Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Antrieb, Leistungsbereitschaft, Motivation u.a. bestimmt. Es gibt Patienten, die aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen zunächst nicht beschult werden können, für diese werden vorbereitend therapeutische Gruppen am Vormittag angeboten, (s.o.), mit dem Ziel, den Schulbesuch an der Klinikschule anzubahnen. Generell stehen wir auf dem Standpunkt, dass Schule und Ausbildung ein so wesentlicher Bestandteil des Entwicklungsprozesses eines Jugendlichen sind, dass klinisch-therapeutische Behandlung und schulische Wiedereingliederung ineinandergreifen müssen. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass Aufgaben und Fragestel-

lungen für den Schulbesuch vielfältig sind. Kann der Betreffende schulisch in seine bisherige Schullaufbahn wieder eingegliedert werden? Muss die Schullaufbahn korrigiert werden, z.B. aufgrund einer Beeinträchtigung von Lern- und Schulfähigkeit durch eine Erkrankung auf längere Sicht hin, durch bisherige schulische Überforderung, durch aufgelaufene, in einem sinnvollen Zeitraum nicht mehr kompensierbare Lücken? Geht es darum, den Schulbesuch, z.B. nach langstreckiger Schulvermeidung aus durchaus unterschiedlichen Motiven wiederum anzubahnen? Oder soll der Schulbesuch vor allem den Jugendlichen soweit begleiten, dass durch den Klinikaufenthalt nicht zu große Lücken entstehen? Soll der Jugendliche wieder an einen regelmäßigen Schulbesuch herangeführt werden? Gemeinsames Ziel der Beschulung innerhalb der Klinikschule ist es, den Schulbesuch an einer Regelschule durch schrittweise Steigerung der Leistungsanforderungen vorzubereiten und unter Umständen den Übergang zu begleiten.

Der Unterricht wird zum überwiegenden Teil von Lehrern mit einer speziellen, auf die psychischen Probleme der stationär behandelten Jugendlichen ausgerichteten Ausbildung abgehalten. Darüber hinaus unterrichten insbesondere für spezielle Gymnasialfächer (z.B. Latein) Gymnasiallehrer. Aufgrund der breiten altersmäßigen und schulischen Differenzierung kann nicht für jede Altersstufe und jede Schulform eine eigene Schulklasse vorgehalten werden. Umfang und Inhalt des Unterrichts wird für jeden Jugendlichen innerhalb der einzelnen Klassen neben den Lernplanvorgaben der Herkunftsschule (Gymnasium, Realschule, Mittelschule, Wirtschaftsschule oder Förderschule) durch die individuelle psychische Verfassung des Jugendlichen bestimmt. Neben dem alters- und/oder schulartbezogenen Unterricht in kleinen Gruppen gibt es individuelle Angebote für sehr stark beeinträchtigte Patienten als weitere Brücke. Bedarfsweise kann – sollte dies im Rahmen der Behandlung angezeigt sein – gegen Ende der Behandlung zur Belastungserprobung ein Außenschulbesuch im Rahmen der stationären Behandlung stattfinden. Hierfür werden seit vielen Jahren gute Kontakte zur Mittelschule in Starnberg, zu den Realschulen in Gauting, Tutzing und Wolfratshausen, sowie zu den Gymnasien Starnberg, Kempfenhausen und Tutzing unterhalten. Für die Klinikschule gilt die Ferienordnung des Freistaats Bayern.

Abschließend möchten wir zum Ausdruck bringen, dass es uns jederzeit gegenwärtig ist, welchen Einschnitt die stationäre Behandlung eines Kindes/Jugendlichen für diesen selbst und für die Familie darstellen kann. So unterschiedlich die Ausgangsvoraussetzungen, nicht zuletzt die Art der Störung/Erkrankung sind, hängt das Gelingen einer offenstationären jugendpsychiatrischen Behandlung natürlich nicht ausschließlich, bei vielen jedoch auch von der Grundakzeptanz und der Mitarbeitsbereitschaft von Patient und Familie ab. Dieses stellt insbesondere dann hohe Anforderungen, wenn Kinder und Jugend-

liche auf Veranlassung und Initiative von Eltern in die Klinik kommen. Störungs- und Krankheitsgefühl führen nicht notwendig auch zu Störungs- und Krankheitseinsicht. Hier zu einer sinnvollen Mit- und Zusammenarbeit zu kommen, ist sicher der erste wichtige Schritt für jeden Patienten. Dieser fällt bei körperlichen Erkrankungen angesichts von Schmerzen, Wunden, fassbaren Störungen des körperlichen Befindens oft leichter.

Nie sollte ein stationärer Aufenthalt mit zu großen Erwartungen überfrachtet werden. Die kurzfristig zu erreichenden Behandlungserfolge beispielsweise der Chirurgie bei bestimmten Erkrankungen sind nicht nur nicht in vielen anderen medizinischen Disziplinen, sondern auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie meistens nicht zu erzielen. Bei hoher Strukturierung eines stationären Aufenthaltes ist immer eine gewisse Geduld bei allen Beteiligten erforderlich. Dieses schlägt sich in der naheliegenden Frage nach den Aufenthaltsdauern nieder. Diese sind sehr stark von der Grunderkrankung abhängig. Sicherlich gibt es auch Jugendliche mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, die mehrere Monate in der Abteilung Rottmannshöhe sind. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt jedoch in der Regel zwischen sechs und zwölf Wochen.

Generell versuchen wir noch während des stationären Aufenthaltes eine ambulante Nachbetreuung, sei es in unserer Ambulanz in Wolfratshausen, der Ambulanz des Heckscher-Klinikums oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzubahnen und Eltern und Patienten hier bei der Vermittlung und Einleitung zu unterstützen. In Zusammenarbeit mit dem hiesigen Sozialdienst können auch- wie bereits oben ausgeführt- weitere nachstationäre Hilfen über das Jugendamt (ambulant, stationär) sowie die Agentur für Arbeit oder andere als sinnvoll erkannte Rehabilitationsmaßnahmen angebahnt und eingeleitet werden.

Nicht immer allerdings kann die stationäre Behandlung alle therapeutischen Ziele erreichen, alle Erwartungen erfüllen. Das bringen nicht zuletzt Charakter und Verlauf einiger psychischer Störungen sowie nicht beeinflussbare Faktoren wie Entwicklungsstand, Lebensbedingungen u.a. mit sich.

Mit den jugendlichen Patienten und ihren Eltern hoffen wir, durch den stationären Aufenthalt weiter zu helfen. Für eine Klinik sind Schritte dieser Hilfe zunächst natürlich Diagnostik und Therapie. Darüber hinaus sehen wir aber immer wieder, dass Jugendliche und ihre Familien aus einem Aufenthalt Erfahrungen mitnehmen, wie die, in einer beschützten und wohlwollenden Umgebung Unterstützung, Förderung, Hilfe bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erfahren, auch von der Teilhabe am Schicksal anderer Jugendlicher gelernt zu haben.

Wir wünschen uns und bemühen uns darum, dass jugendliche Patienten und deren Eltern immer den Eindruck gewinnen, das zum jeweils gegenwärtigen Zeitpunkt Mögliche wurde erreicht oder zumindest angebahnt, ein Schritt in die richtige Richtung gemacht.

Dr. med. Rainer Huppert

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Facharzt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Psychotherapie

Leitender Oberarzt der Abteilung Rottmannshöhe

kbo-Heckscher-Klinikum