

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prof. Dr. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - aktueller Stand

Standort Stuttgart-West

Hasenbergstr. 60

- Kinderstation (14 Plätze)
- Jugendstation 1 (14 Plätze)
- Tagesklinik für Kinder (10 Plätze)
- Schule für Kranke

Hasenbergstr. 31

- Psychiatrische Institutsambulanz
- Außenstellen
in Jugendhilfeeinrichtungen
und für minderjährige
Flüchtlinge

Standort Bad Cannstatt

Krankenhaus Bad Cannstatt

- Jugendstation 2 und
Notfallaufnahme (15 Plätze, davon 12
regulär, bis zu 5 Notfall)
- Tagesklinik für Jugendliche (10 Plätze)
- Schule für Kranke

Insgesamt 63 Plätze, davon 43
vollstationär, 20 Tagesklinik

Notfallaufnahmepflicht für Stuttgart,
südlicher Landkreis Rems-Murr, Stadt
Sindelfingen, ein kleiner südwestlicher Teil
des Landkreises Ludwigsburg (ca. 1,2 Mio)



Versorgungsaufgaben der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

KJ-Psychiatrische Notfallversorgung des Sektors

Stationäre und teilstationäre Versorgung der Region

Ambulante Versorgungsaufgaben (PIA)

Konsiliardienst Olgahospital

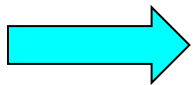
KJP-Versorgung der (stat.) Jugendhilfeeinrichtungen

Beratung der Jugendämter (z.B. Fachgutachten)

Gerichtsgutachten

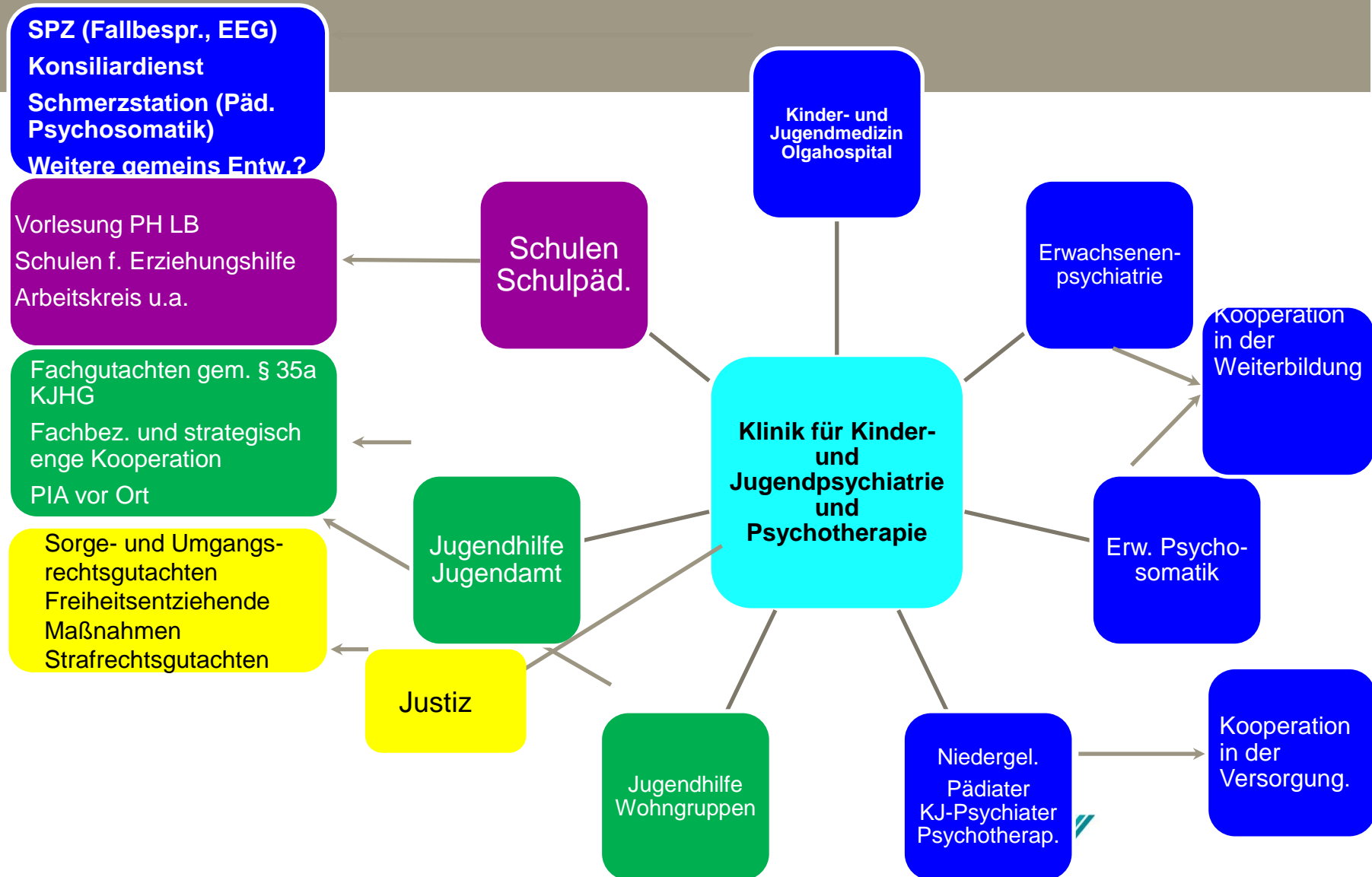
Aktuelle Situation der kjpp Versorgung in Stuttgart

- **Ungenügende ambulante** kinder- und jugendpsychiatrische **Versorgung** in Stuttgart (Stadt und Region)
 - 4 Kassensitze in unserem Notfallversorgungsgebiet (1,2 Millionen) besetzt
 - Maßzahl 1:300.000; Bundesdurchschnitt 1:80.000; Großstädte meist 1:50.000
 - Überlastung der PIA mit Notfallpatienten; viele Patienten bleiben unversorgt
- **Ungenügende Bettenzahl**; BMZ 1:4200 KiJu; Bundesdurchschnitt 1:2000 KiJu
 - extrem hohe Notfallquote >70%;



Stuttgart ist die mit Abstand am schlechtesten versorgte Großstadt in Deutschland

Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation



Thesen zum Verhältnis von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie (und Schule)

Sozialpädagogik, (Sonder)Schulpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aufeinander angewiesen. Sie haben es vielfach mit denselben Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu tun.

Sie betrachten jedoch die Problemlagen aus unterschiedlichen Perspektiven und ordnen sie in unterschiedlichen Denk- und Handlungs- und kommunikative Systeme ein. Das führt zu gegenseitigen Projektionen, zur Konkurrenz um Ressourcen und Definitionsgewalt, zu Gefühlen von Neid. Diese Systeme sind jedoch aufeinander bezogen und in der Organisation der Gesellschaft voneinander abhängig. Eine solche (systemtheoretische) Perspektive kann die Gegensätze fruchtbar machen.

Thesen zum Verhältnis von JH/Pädagogik - KJP

Es gibt eine Tendenz zur Medizinalisierung pädagogischer Probleme (z.B. ADHS, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Asperger-Autismus) oder zur kategorischen Ablehnung psychiatrisch-medizinischer Perspektiven.

Umgekehrt kommt es in vielen Kinder- und Jugendpsychiatrien zu einer Ablehnung pädagogischer Modelle als vermeintlich unwissenschaftlich, ideologisch, irrelevant.

Umgekehrt gibt es in Stuttgart aufgrund der seit Jahrzehnten bestehenden unzureichenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung eine aus der Not und langer Gewohnheit resultierende Tendenz – außer in Notfällen – kinder- und jugendpsychiatrische Expertise für weitgehend überflüssig anzusehen, nach dem Motto: wir mussten uns immer selbst behelfen und kommen erfolgreich auch ohne KJPP zurecht.

Thesen zum Verhältnis von JH/Pädagogik - KJP

Wir benötigen neue Konzepte der Förderung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien angesichts

- zunehmender Destrukturierung familiärer Erziehungsprozesse
- der Herausforderungen der Inklusion (vor allem, wenn psychiatrische Patienten und Kinder mit ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens inkludiert werden sollen)
- der Tendenz zur Ganztagschule
- immer kürzerer Behandlungs- und Jugendhilfemaßnahmezeiträume

Jugendhilfe und Schule müssen neu gedacht werden als Formen öffentlicher Erziehung in enger Kooperation. Auch die Kooperation von KJPP und Jugendhilfe muss noch enger verzahnt werden.

Thesen zum Verhältnis von JH/Pädagogik - KJP

Die Vielfalt der Angebote, ist an sich positiv, macht aber die Betreuung unübersichtlich und erschwert die Koordination. Speziell in den „schwierigen Fällen“ kommt es zu einem Hin und Her zwischen den verschiedenen Institutionen „Fallverantwortliche“ mit langfristiger Betreuungsperspektive wären wichtig.

Die trotz KJHG weiter bestehende Zersplitterung der Kostenträgerschaft erschwert die Vernetzung und Kontinuität von Maßnahmen zusätzlich.

Thesen zum Verhältnis von JH/Pädagogik - KJP

Jugendpsychiatrie hat spezifische Angebote und spezifische Begrenzungen, d.h. sie kann nicht all das, woran andere scheitern:

- ➔ Psychiatrische Abklärung
- ➔ Kriseninterventionen bei psychiatrischer Auffälligkeit, nicht jedoch bei „pädagogischen“ Sackgassen
- ➔ Vorübergehende Entlastung, Fokalbehandlung, bei indizierten Fällen Wechsel zwischen Wohngruppe und KJP
- ➔ Nicht als Ersatz für fehlende Notaufnahmekapazitäten, Intensivgruppen, psychiatrisch erfahrene Wohngruppen, geschlossene Wohngruppen mit entsprechendem schulisch-beruflichem Angebot oder als „Zwischenlagerung“

Kooperation am Beispiel von Schulabsentismus

- Schulschwänzen → Störung des Sozialverhaltens (F91)
- Schulangst → Angststörung, z.B. soziale Phobie (F40.1)
 - ängstliche Persönlichkeit
 - schulische Überforderung?
→ Mobbing-situationen
 - Häufig mit depressiver Symptomatik, z.Tl. schwere Depressionen
- Schulphobie → Trennungsangst (F93)
 - häufig mit somatoformen Störungen einhergehend, vielfache Vorstellung bei Ärzten

Kooperation am Beispiel Asperger-Syndrom

Autismus-Spektrum-Störung: Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in

- sozialen Interaktionen
- Kommunikationsmustern
- sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten

charakterisiert ist. Dazu gehören u.a.:

- **frühkindlicher Autismus (F84.0)**
- **Asperger Syndrom (Autistische Psychopathie) (F84.5)**
- **atypischer Autismus (F84.1)**

Kooperation am Beispiel Asperger-Syndrom

- meist enge Kooperation zwischen Jugendhilfe – Klinik – Schule erforderlich
- Pubertät/Adoleszenz/sexuelle Entwicklung oft schwierig
- zunehmend Störungen des SV/dissoziale Entwicklungen

- Eingliederung in Schule/Schulbetreuer
- Problem der sozialen Integration (- z.B.)
- Bei Notwendigkeit stationärer Maßnahmen: welche Gruppe ist geeignet?
- Bei dissozialer Entwicklung: Justiz? Jugendhilfe? KJPP?

Kooperation am Beispiel Borderline-Störung – Diagnostische Kriterien

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
- (2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten .

DSM-IV, dt. Fassung, S. 175 f.

Kooperation am Beispiel Borderline-Störung – Diagnostische Kriterien

- (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder Suiziddrohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronische Gefühle von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Kooperation am Beispiel Borderline-Störung

- Vorzug eines umfassenden Therapieansatzes bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Adoleszenzkrisen: Denken in komplexen miteinander interagierenden Zusammenhängen; daher nicht zentral reine Symptom- oder Störungsbehandlung sondern komplex organisierte Menschen = Persönlichkeiten
- Dies schließt einfache strukturierende Maßnahmen, pädagogische Interventionen etc. ein!!: umfassende Behandlung (in aufeinander bezogenen Zusammenhängen) statt multimodale B. (= additiv eklektisch)
- Öffnung: z.B. Sozialarbeit + Einzeltherapie + Wohngruppe + intermittierende Fokalbehandlung + Medikamente

Prinzipien therapeutisch-pädagogischer Arbeit

- Klare Struktur des Setting, keine Absprachen hinter dem Rücken des Patienten, aber
- Reflexionshintergrund: Dynamik der Interaktion und Übertragung
 - Interventionen passgenau abzustimmen und aufeinander zu beziehen
 - Teamprozesse reflektieren und optimieren (z.B. Spaltung der Übertragung)
 - Adaptieren des Setting an die Dynamik, Individualisierung
- Therapie/Beratung in der Regel nur ein Baustein in einem Gesamtsetting

Konsequenzen für die Kooperation

Wichtigkeit niederschwelliger kjpp Angebote (z.B. PIA vor Ort) → mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe sind auch (ambulant) kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig → Diagnostik, Entlastung, Prophylaxe von Krisen, Medikamente?, Unterstützung und Entlastung der Mitarbeiter der Jugendhilfe

Arbeit im „Verbund“ Eltern/Wohngruppe; Jugendamt; Klinik mit verteilten Rollen

Dissozialität: nicht alles, was (auch) psychische Hintergründe hat, ist psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln ...

... aber manchmal kann eine zeitweise Entlastung sinnvoll sein

Vorsicht vor Mitagieren insbesondere im institutionellen Kontext.

Projektive Identifikationen

Fazit

- Die Kooperation unterschiedlicher Systeme kann Anlass zu Missverständnissen und Projektionen speziell in schwierigen Problemlagen sein. Sie kann aber auch durch die unterschiedlichen Perspektiven ein wichtiges Element der Qualitätssicherung darstellen
- Mehr Kreativität in der Entwicklung speziell an Problemlagen adaptierter Angebote. Mehr Mut zu unkonventionellen Lösungen
- Weniger bürokratische Hemmnisse (Finanzierung)
- PIA vor Ort
- Jeder das, was er/sie kann.
- Geteilte Verantwortung ist in schwierigen Lagen manchmal auch schon hilfreich; Absprache unterschiedlichen über die Rollen ebenso



Prof. Dr. med. Michael Günter

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Stuttgart

Zentrum für Seelische Gesundheit
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin - Olgahospital

Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart
Hasenbergstr. 60, 70176 Stuttgart

E-Mail: m.guenter@klinikum-stuttgart.de