

Aktuelle Herausforderungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fritz Mattejat

Vortrag anlässlich der Verleihung des Diotima-Preises 2013 durch die Bundespsychotherapeutenkammer am 19. April 2013 in Berlin

**Sehr geehrte Gastgeberinnen und Gastgeber,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

bei der Feierstunde am gestrigen Abend ist mir sehr deutlich geworden, wie erfreulich sich die Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten in Deutschland entwickelt hat. In der Zeit meines Psychologie-Studiums hätte ich dies nicht zu hoffen gewagt. Natürlich bleibt viel zu tun. Wichtiger aber ist: Im Vergleich mit anderen Ländern haben wir bei uns in Deutschland eine hervorragende psychotherapeutische Versorgung. Und es ist für mich ein sehr schönes Gefühl, vor dem Hintergrund dieser durchaus glückhaften Entwicklung vor Ihnen sprechen zu dürfen zum Thema

„Aktuelle Herausforderungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Dabei will ich darauf verzichten, ihnen statistische Erhebungen oder wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse vorzulegen, sondern ich möchte Ihnen berichten über meine sehr subjektiven Eindrücke aus den letzten Jahren. Anlässlich des heutigen Vortrages habe ich meine eigenen Erfahrungen auch mit einer Reihe von Kolleginnen und Kollegen besprochen und dabei eine recht große Übereinstimmung festgestellt. Darüber möchte ich ihnen berichten.

Zunächst möchte ich uns selbst in den Blick nehmen:

Vor welchen Herausforderungen stehen wir selbst mit unseren Fähigkeiten und Möglichkeiten?

Im Anschluss daran komme ich zur zweiten Frage:

Vor welche Herausforderungen stellen uns die jungen Patienten und ihre Familien?

Zur ersten Frage also:

Wie steht es um die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten selbst?

Durch die Ausbildungstätigkeit habe ich das Glück, dass ich sehr viel mit jungen Kolleginnen und Kollegen zusammen sein kann. Das sind meistens außerordentlich interessante, begabte, hochqualifizierte und hochengagierte Menschen. Pädagogen, Psychologen, Ärzte, die alle schon ein anspruchsvolles Studium absolviert haben und dann noch einmal eine sehr aufwendige Ausbildung aufnehmen und dabei einen bewunderungswürdigen Einsatz zeigen. Es sind also ganz besondere Menschen. Und es ist für mich eine große Freude, dass ich mit Ihnen sprechen kann. Durch den Ausbildungszusammenhang fühlen sie sich vielleicht auch gedrängt oder gar gezwungen mit mir zu sprechen; aber wenn es so ist, dann lassen sie es mich nicht spüren. Sie geben mir das Gefühl, dass sie gerne mit mir sprechen und ich glaube, sie hören mir auch zu.

Was fällt mir heute dabei auf, auch im Vergleich zu früher?

Positive Entwicklungen

Zunächst einmal gibt es sehr viel Positives:

- (1) **Das hohe Wissen**, z.B. über die biologischen Grundlagen des Verhaltens, über Pharmakologie, über Medikamente, aber auch über therapeutische Techniken. Die theoretischen Kenntnisse sind sehr hoch. Dieser Wissensstand hat natürlich viel mit dem Psychotherapeuten-Gesetz zu tun und auch mit den schriftlichen Abschlussprüfungen. Manchmal fühle ich mich durch die schweren Fragen etwas eingeschüchtert und in die Zeit zurückversetzt, als Schüler auf dem Gymnasium, wo ich keine Hausaufgaben gemacht habe und dann sehen musste, in Prüfungen trotz bescheidener Mittel einen angenehmen Eindruck zu hinterlassen.
- (2) **Die sehr offene, pragmatische und wenig ideologische Grundeinstellung:** Die jungen Kolleginnen und Kollegen sind wenig konfessionell orientiert, sondern professionell, sie wollen eine seriöse und gute Arbeit machen. Da hat sich sehr viel geändert. Ich empfinde das als sehr angenehm. Das war früher anders: Psychotherapie ist nicht mehr etwas Exotisches sondern ein ganz normaler Beruf. Für die Jungen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass ihre Arbeit wissenschaftlich überprüft wird und effektiv ist.

- (3) **Der hohe professionelle Anspruch:** Die Kolleginnen und Kollegen wollen den Patienten das Optimale zukommen lassen; sie wollen keine Zeit verplempern, sind sehr zielgerichtet. Sie stützen und beziehen sich auf das Wissen, das wir heute zur Verfügung haben, sie nutzen die verfügbaren Leitlinien und Manuale, sie nehmen neue Entwicklungen auf.
- (4) **Die hohe Qualität der Therapien:** Das alles führt dazu, dass die Qualität der Ausbildungstherapien sehr gut ist; es hat sich ein professioneller Standard auf hohem Niveau herausgebildet. Das ist auch zu bemerken in den schriftlichen und mündlichen staatlichen Prüfungen.
- Die hohe Qualität ist nicht nur in den Prüfungen, sondern auch in den Therapien abzulesen. Es beginnt damit, dass wir einen **klar definierten diagnostischen Standard** haben der zu erfüllen ist, wobei uns viele sehr differenzierte diagnostische Methoden zur Verfügung stehen.
 - Das geht weiter damit, dass wir heute - auch durch die **Leitlinien** – gut fundierte Vorgaben darüber haben, was bei welcher Störung realistisch möglich ist und was nicht möglich ist, wie schnell man vorwärts kommen kann, welche realistischen Ziele man sich setzen kann: Es war früher gar nicht so selten, dass Kinder wegen einer Enuresis jahrelang behandelt wurden, obwohl dieses Problem sehr viel schneller hätte bewältigt werden können. Oder dass anorektische Patientinnen mit krassem Untergewicht viel zu lange in einer ambulanten Behandlung gehalten wurden, obwohl eine stationäre Hilfe viel effektiver gewesen wäre. Solche Kunstfehler kommen heute seltener vor.
 - Und schließlich haben wir sehr **spezifische und gut beschriebene Therapiekonzepte** für die einzelnen psychischen Störungen. Für so gut wie alle Störungen haben wir Therapiemanuale. Bei vielen Störungen, für die wir früher keine wirklich adäquaten Behandlungen hatten, haben wir heute gute und sehr konkrete Anleitungen und Vorschläge, die wirklich nützlich sind; denken sie an die PTBS oder an Borderline-Störungen bis hin zu Schizophrenien. Psychotherapie auch bei akut psychotischen Patienten mit Wahnvorstellungen, selbst dafür haben wir gut überprüfte Therapiekonzepte.

Diese positiven Erfahrungen – die natürlich sehr viel mit der positiven Entwicklung der Psychotherapie insgesamt zu tun haben – diese Erfahrungen führen dazu, dass die Gespräche mit den jungen Kolleginnen und Kollegen immer sehr interessant sind, einfach weil man viel von ihnen lernen kann.

Bedenken und Rückfragen

Nun komme ich aber zu meinen Rückfragen; an einem Punkt komme ich immer wieder ins Nachdenken: Wenn ich mich erinnere, wie es für mich war als junger Psychotheut, oder besser: als junger Mensch, der gerne ein guter Psychotherapeut sein möchte, dann war ich selbst von recht grundlegenden Zweifeln angefressen oder vielleicht auch angekränkt. Die jungen Kolleginnen und Kollegen aber kommen mir – im Vergleich zu mir - wenig angekränkt vor.

Das ist ja nichts Schlimmes, aber ich habe den leisen Verdacht, dass sie glauben:

„Wenn man lege artis vorgeht und wenn man sich an den heute gültigen Standards orientiert, dann ist die Therapie auch gut.“

Dies kann man noch etwas aufschlüsseln: Es gibt einen unausgesprochenen Subtext, der etwa so formuliert werden kann.

1. Wenn ich in sauberer Weise die Diagnostik durchgeführt habe, dann weiß ich was der Patient hat, dann weiß ich, was das Problem ist.
2. Wenn ich die ICD-Diagnose habe, dann habe ich auch eine Orientierung für die Behandlung.
3. Wenn ich eine qualitätsgesicherte Behandlung durchführe und mich an die Lehrbücher, Leitlinien und Manuale halte, dann ist die Therapie korrekt und gut.

Manchmal funktioniert das auch tatsächlich so. Es gibt Situationen, in denen ein Kind ein sehr umgrenztes psychisches Problem hat; und wenn um dieses Problem herum keine bedeutsamen Belastungen bestehen und wenn mit der Familie, Schule, den sozialen Kontakten alles bestens bestellt ist. Wenn das so ist, dann kann es tatsächlich funktionieren. Meistens ist es aber nicht so. Dann erweist sich dieser unausgesprochene Subtext als Suggestion, als eine falsche Hoffnung – oder in verhaltenstherapeutischer Terminologie: als eine „irrationale Grundüberzeugung“.

Denn es gibt keinen Automatismus von der Checkliste zur Diagnose und von der Diagnose zur Therapie. Wir sollten die Kraft von ICD, Leitlinien und Manualen nicht überschätzen. Sie können uns helfen aber sie zeigen uns nicht den Weg, den wir gehen müssen.

- Die ICD ist eine Sprachregelung, damit wir uns so austauschen können, dass wir uns einigermaßen darüber verständigen können, worüber wir sprechen, indem wir unsere Begriffe möglichst deskriptiv in unseren Beobachtungen verankern. Die ICD ist wahrscheinlich auch ein Instrument, um eine organisatorische Handhabbarkeit,

eine gewisse bürokratische Ordnung in unsere Arbeit hineinzubringen. Sie sagt uns aber nicht, was ein Mensch wirklich hat. Wir sollten uns der ICD bedienen, wir dürfen uns ihr aber nicht ausliefern.

- Ebenso wenig den Leitlinien. Sie sind kein Katechismus; sie repräsentieren einen fachlichen Konsensus und geben einen gewissen Rahmen, etwa um Patientenschädigungen zu verhindern.
- Und Manuale sind Sammlungen von sehr konkreten und praktischen Handlungsanregungen. Viel mehr sollten wir nicht in ihnen sehen.

Das will ich an einem Beispiel deutlich machen:

Wir wissen heute sehr viel über Posttraumatische Belastungsstörungen, wir wissen viel über sexuellen Missbrauch und darüber wie man Kindern, die schlimmen Übergriffen ausgesetzt waren, helfen kann. Wir haben gute Regelungen und Anleitungen wie man mit solchen Fällen umgeht. Das gilt nicht nur für uns Psychotherapeuten, sondern auch für die Sozialarbeiter in den Jugendämtern, für die Polizeidienststellen, für den juristischen Umgang mit diesen Problemen. Und wir haben in der Öffentlichkeit ein Bewußtsein und eine Sensibilität, die noch vor 10 Jahren nicht so vorhanden waren. Wir sind also bestens ausgestattet mit Hintergrundwissen, Regelungen, Konzepten und Anleitungen.

Im konkreten Fall aber wird es dann trotzdem sehr sehr kompliziert:

Ein Beispiel: Vor kurzem wurde die 13jährige Lena bei uns vorgestellt. Mutter und Tochter haben berichtet, es habe vor zwei Jahren – damals war Lena knapp 11 Jahre - einen sexuellen Übergriff gegen Lena gegeben, eine versuchte Vergewaltigung durch den damals 15jährigen Cousin von Lena. Die Lena hat das damals ihrer Mutter berichtet, die zwar schwer schockiert war aber einfühlsam auf Lena eingegangen ist. Das wurde ärztlich untersucht und klar nachgewiesen, dass der Vorfall so stattgefunden hat. In der Folge kam es dann auch zu einer Anzeige gegen den Cousin. Die gerichtliche Verhandlung steht jetzt an und wahrscheinlich ist das auch mit ein Grund, warum die Lena gerade jetzt bei uns vorgestellt wird.

Ganz wichtig ist nun, dass Lena mit ihren Eltern und ihrer Schwester auf einem Bauernhof lebt, die Eltern haben einen landwirtschaftlichen Betrieb. Im gleichen Haus mit Lenas Familie wohnen auch noch die Oma und der Opa von Lena, die Großeltern väterlicherseits. Auf dem selben Hof im Nebenhaus wohnt der Cousin mit seinen Eltern.

Vor 2 Jahren nun, als Lena den Übergriff ihrer Mutter berichtet hat, wurde das auch den Großeltern und der Familie des Cousins erklärt. Die aber wollten davon nichts wissen. Das ist bis heute so. Lena sieht täglich ihren Cousin, auch dessen Eltern, auch die Großeltern. Diese verwandten Personen sprechen aber nicht mit Lena, auch nicht mit Lenas Eltern – weil Lenas Eltern zu ihrem Kind halten; besonders die Großeltern sehen Lena als Lügnerin, die Unfrieden auf dem Hof geschaffen und die Familie zerstört hat.

Beide Eltern von Lena sind durch diese Situation extrem belastet. Sie sehen aber keine Möglichkeit wegzuziehen, da sie ihre berufliche Existenz auf dem Hof haben.

Lena selbst geht es nicht anders, sie sieht sich völlig ausgegrenzt, auch in der Schule, in der sie als Schlampe stigmatisiert ist, sie macht sich schwere Vorwürfe und wirkt schwer depressiv mit Suicidgedanken.

Die Familie hat nun nach 2 Jahren, die vergangen sind, in unserer Ambulanz Hilfe gesucht. Wir sind nicht die erste Anlaufstelle gewesen. Da gab es eine ganze Reihe von Kontakten und Vorstellungen, aber bisher noch keine psychotherapeutische Hilfe für Lena oder ihre Familie. Für uns hat sich die Frage gestellt, wie wir die komplizierte und vielschichte Situation einschätzen sollen und was wir tun können. Eine solche Frage aber lässt sich nicht durch den Rückgriff auf Diagnosen, Leitlinien und Manuale beantworten.

Das ist keine untypische Situation: Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten sind oft konfrontiert mit Fragen, wie zum Beispiel:

- Was ist jetzt für das Kind wichtig, was ist vorrangig, was ist nachrangig?
- Es geht darum, das Kind in seiner spezifischen Lebenssituation zu verstehen um
- daraus Überlegungen abzuleiten, ob etwas sinnvolles für dieses Kind getan werden kann.
- Es geht um eine sinnvolle Abwägung aller Aspekte, dabei geht es auch um normative um ethische Fragen, die wirklich nicht trivial sind.

Und genau an dieser Stelle erlebe ich bei uns, auch bei anderen Berufsgruppen, besonders bei den jungen Kolleginnen und Kollegen, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit eine sehr große Unsicherheit und Ratlosigkeit.

Nun die Frage: Woran fehlt es bei uns selbst, bei den anderen Berufsgruppen, mit denen wir zusammenarbeiten?

Unser theoretisches Wissen wächst, genauer gesagt: wir verfügen über immer mehr Informationen. Aus dem Zuwachs an Informationen folgt aber offenbar keine bessere Orientierung.

Woran fehlt es? Eine mögliche Antwort finde ich – bitte erschrecken sie jetzt nicht allzu sehr - in unserer abendländischen philosophischen Tradition (siehe hierzu Schnädelbach, 2012). In seiner Kritik an der Utopie von Platon, der ja Wissen und Macht in einer Person vereinigen wollte (was ja bekanntlich gründlich schief gegangen ist) hat Aristoteles gezeigt, dass theoretisches Wissen alleine gerade nicht zu praktischem Handeln befähigt, weil die Theorie immer nur das Allgemeine betrifft, Handeln aber immer in Einzelsituationen stattfindet, und dazu brauche man Erfahrung und Klugheit.

Kant hat diese Argumentationslinie weitergeführt und gezeigt, dass Verstand und theoretische Vernunft nur Allgemeinbegriffe bereit stellen und nicht festlegen, wie diese Begriffe auf Einzelfälle anzuwenden seien. Kant definiert die Urteilskraft als das Vermögen, etwas Einzelnes als Fall eines Allgemeinen richtig zu bestimmen.

In moderner Sprache ausgedrückt (ich beziehe mich mehrere zeitgenössische Philosophen, insbesondere auf Jürgen Mittelstraß (1992), dem ich an dieser Stelle folge): Informationen dienen der Orientierung, sind aber selbst nicht schon selbst Orientierung. Orientierungswissen lässt sich nicht über noch mehr Information gewinnen. Was wir brauchen, ist die Wiedergewinnung der Selbständigkeit des Denkens und eine Verbindung zwischen Theorie und vernünftigem Leben durch die „Urteilskraft“ im Sinne Kants: „Urteilskraft ist ein Vermögen, das sich nicht aus Lehrbüchern, Rezeptbüchern oder Betriebsanleitungen speist“. Urteilskraft lässt sich nicht lehren und lernen: „Sie will vielmehr ... **herausgelockt werden, sich selbst gewahr werden, geübt sein**. Urteilskraftstellt sich ein, indem man sie gebraucht.“ (Mittelstrass, 1992). Sokrates – inspiriert von Diotima – hat uns gezeigt wie das mit dem Herauslocken und Gewährwerden gehen kann.

Was bedeutet dies nun, wenn wir von der hohen Philosophie wieder in unseren therapeutischen Alltag zurückkehren? Ich zitiere hier einen Kollegen, mit dem ich vor wenigen Tagen über seine Erfahrungen mit Ausbildungsteilnehmern diskutiert habe. Bitte erschrecken sie nicht über die dastischen Formulierungen, es war ein vertrauliches Gespräch während einer Autofahrt:

“Die (gemeint sind die Ausbildungsteilnehmer) denken manchmal, wenn sie es den Leuten psychoedukativ erklären, dann funktioniert es schon. Wenn es dann nicht läuft sind sie ratlos. Dann ist Ende Gelände. Das ist mir gestern wieder bei dem Herrn XY so gegangen. Ich erkläre ihm Dinge, die mir sehr banal vorkommen, aber er hat dann andauernd Aha-Erlebnisse.“

Wir haben dann weiter darüber diskutiert, dass es so ja nicht gehen kann mit den Aha-Erlebnissen und darüber, wie Urteilskraft entstehen und wachsen kann. Kant hat hier allerdings eine klare und drastische Antwort; Zitat Kant:

„Der Mangel an Urteilskraft ist eigentlich das, was man Dummheit nenne, und einem solchen Gebrechen ist gar nicht abzuhelfen.“ (*I. Kant. Kritik der reinen Vernunft, A 133/ B 172*)

Wir wissen es sicher nicht besser als Kant, trotzdem möchte ich ihm hier widersprechen: Urteilskraft kann entstehen und wachsen, wenn wir sie zulassen. Dazu gehört allerdings vieles:

- Zum Beispiel Lebenserfahrung. Lebenserfahrung kommt nicht automatisch mit dem Alter, sondern nur durch gelebtes Leben. Lebenserfahrung entsteht speziell dann, wenn wir scheitern oder wenn wir unsere Fehler und Sünden erkennen.
- Um ein Leben zu leben braucht es viel Zeit, auch Dinge zu tun, die nicht direkt zielführend sind, z.B. Romane lesen oder Geselligkeit und Freundschaften pflegen.
- Zur Urteilskraft gehört außerdem ein Verständnis für die Relativität unserer aktuellen Standards genauso wie ein Gefühl für die begrenzte Reichweite der political correctness.
- Und schließlich braucht es Zeit und Raum, sich selbst zu hinterfragen. In der Supervision und Selbsterfahrung haben wir die Möglichkeit, uns zu besinnen und unsere Urteilskraft zu üben. Das ist unser wichtigster traditioneller Schatz, den wir in der Psychotherapie haben. Wir sollten uns bewusst sein, dass das ein großes Privileg ist, das uns auszeichnet.

Ich hoffe und wünsche, dass wir uns selbst und besonders unseren jungen Kolleginnen und Kollegen viel Zeit in diesem Sinne geben, denn die Aufgaben und Herausforderungen, vor die uns die Patienten und Familien stellen, sind schwer genug und erfordern Menschen mit einer starken und festen Urteilskraft. Und damit bin ich bei meiner zweiten Frage:

Vor welche Herausforderungen stellen uns die jungen Patienten und ihre Familien?

Was sind die wichtigsten Probleme, mit denen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Praxen, in den Ambulanzen, in den Kliniken und in den Rehabilitationseinrichtungen zu tun haben?

Es sind vier Bereiche, die in den Berichten immer wieder auftauchen und die auch meinem Eindruck entsprechen.

1. Gelebte Leistungsstandards bei Eltern und Kindern,
2. verunsicherte erziehungsschwache Eltern,
3. psychisch belastete und kranke Eltern,
4. langfristige und chronische Verläufe bei den Jugendlichen

Jeder dieser Punkte kann durch eine Fülle von Beispielen illustriert werden. Ich kann das hier leider nur sehr komprimiert vortragen.

1. Gelebte Leistungsstandards bei Eltern und Kindern

Zum ersten Punkt: Gelebte Leistungsstandards. Wir haben es immer häufiger mit Eltern zu tun, die - ausgesprochen oder unausgesprochen - extrem hohe Erwartungen an sich selbst und an ihre Kinder stellen und daran scheitern. Familien, die auf einen möglichst hohen Lebenserfolg hin orientiert sind; das heißt hoher Status, hohe Bildung, hohe Anerkennung, gute materielle Ausstattung. Dagegen ist ja wohl nichts einzuwenden, das wollen fast alle von uns.

Aber es geht um etwas anderes: Es geht um das perfekte Leben, die perfekt funktionierende Familie. Wir sehen seit der frühen Kindheit intensiv geförderte Kinder; bei Schulkindern mit einem 14-Stunden-Tag ist es kaum möglich, eine freie Stunde in der Woche für die Psychotherapie zu finden. Ein Scheitern ist nicht vorgesehen, nicht denkbar. Es darf nichts versäumt werden, es darf nichts schief gehen.

Und wenn es dann doch schief geht, ist das eine Katastrophe, aus der man so schnell wie möglich wieder herauskommen muss. Wenn uns Kinder aus Hochleistungsfamilien vorgestellt werden und wir den Auftrag bekommen, wieder die Funktionsfähigkeit herzustellen, geraten wir selbst unter diesen Druck.

Beispiel: Die hochbegabte Helena – eine 13jährige mit einer schweren Depression, verbunden mit einer chronischen Eßstörung und Selbstverletzungen kam nach einem brachialen Selbstmordversuch, den sie durch einen Zufall überlebt hat, in die Klinik zur stationären Behandlung. Die getrennt lebenden Eltern – beide sehr erfolgreich, hochengagiert und sehr kooperativ – haben bei der Therapeutin immer wieder nachgefragt, was sie noch zusätzlich für ihr Kind tun können. Sie haben auch angeboten, zusätzliche Therapien zu finanzieren oder sich auch Urlaub zu nehmen, um mehr für ihr Kind da zu sein. Helena aber hat den Kontakt zu ihren Eltern abgelehnt. In der Therapie hat Helena zwar sehr gut mitgemacht; die stationäre Psychotherapie zeigte aber nur sehr kleine Fortschritte. Ich habe in einer Supervisionssitzung geraten, dem Kind etwas mehr Zeit zu geben; 4 Wochen stationäre Behandlung seien doch nicht so viel. Da sind alle Beteiligten unter Druck gekommen: Man könne doch nicht ewig so weiter machen.

Diesen Druck spüren wir nicht nur in Familien, in denen die Eltern quasi oben angekommen sind, sondern z.B. auch in Familien mit einem Migrationshintergrund, die in durchaus bewunderungswürdiger Weise um eine gute Bildung und eine Teilhabe an unserer Gesellschaft kämpfen.

Noch viel mehr Familien aber merken, dass sie dabei nicht mithalten können, den erwünschten Status nicht erreichen können und abgehängt werden. Das ist nicht bloß einfach eine finanzielle Frage, wenn Eltern gemeinsam mit ihren Kindern entmutigt sind, wenn sie für ihre Kinder keine Chance sehen.

Wir haben hier die paradoxe Situation, dass die Bildungsorientierung, die ja bei uns aus guten Gründen und zu Recht bei uns sehr in den Vordergrund gestellt wird, schlimme destruktive Begleiterscheinungen hat.

Die Antwort kann sicher nicht alleine von uns als Psychotherapeuten kommen. Das ist eine Aufgabe für uns alle. Aber wir dürfen wohl die Frage stellen: Wie weit sollen und wollen wir das mittragen? Welche Behandlungsaufträge dürfen wir annehmen?

2. Verunsicherte erziehungsschwache Eltern

Zum zweiten Punkt: Eltern genauso wie Lehrer sind – trotz der Flut von Ratgebern, trotz der verfügbaren Expertenaussagen zu fast allen Fragen - zutiefst verunsichert; das zeigen die wissenschaftlichen Studien.

In vielen Familien sind die Kinder es nicht mehr gewohnt, klare Ansagen von ihren Eltern zu bekommen. Ich selbst habe es mehrfach erlebt, dass Mütter mir gesagt haben, dass sie auf keinen Fall etwas gegen den Wunsch ihres Kindes tun würden.

Erziehung wird als partnerschaftliche Angelegenheit auf Augenhöhe, als Austausch von Meinungen verstanden; die Eltern sind nicht in der Lage sich durchzusetzen, sie sind nicht bereit, sich mit ihren Kindern anzulegen.

Beispiel: Ein 9jähriger Junge wird von seiner Mutter und der sehr engagierten Lehrerin vorgestellt; sie schildern ihn als sehr verzweifelt; er brauche Therapie weil er immer wieder sogenannte „Ausraster“ habe. Die Anamnese zeigt, dass seine Verzweiflung viele Gründe hat und dass er mehrer Mitschüler und auch seine Mutter bei den „Ausrastern“ schon schwer verletzt hat und dass er seine Mutter auch heute noch häufig schlägt. Als der Therapeut andeutet, dass es nicht sein darf, dass ein Kind seine Mutter misshandelt, reagiert der Junge durchaus wach und interessiert, die Mutter aber hochgradig irritiert. So habe sie sich eine Therapie nicht vorgestellt.

Wir sind also auch hier in einer völlig grotesken Situation, in der grundlegende Maßstäbe und Normen völlig verloren gegangen sind: Wichtige und dringend notwendige Errungenschaften in unserer Gesellschaft,

- Keine Gewalt gegen Kinder,
- Kinderrechte,
- Verständnis für psychische Probleme

werden in fundamentaler Weise fehlinterpretiert, sodass sich die elterliche Verantwortung auflöst. Auch dieses Problem zieht sich durch alle sozialen Schichten.

Natürlich können wir – als Psychotherapeuten - auch dieses Problem nicht lösen. Aber wir sollten nachdrücklicher darauf hinweisen. Und dort, wo wir damit konfrontiert werden - nämlich dann, wenn es einfach nicht mehr weiter geht - sollten wir elterliche Verantwortungsfähigkeit einfordern und stärken.

3. Psychisch belastete und kranke Eltern

Zum dritten Punkt: Psychisch belastete und psychisch kranke Eltern prägen den Alltag in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Unsere therapeutischen Hilfen für Kinder und Jugendliche sind umso effektiver, je besser wir als Therapeuten von den Eltern unterstützt werden.

Je mehr die Eltern selbst aber psychisch belastet sind, umso weniger stehen sie als Partner für uns zur Verfügung und sind als Eltern nicht so ansprechbar, wie wir uns das wünschen würden.

In der praktischen Kinder- und Jugendlichentherapie hat dieses Problem in erschreckender Weise zugenommen. Es gibt kaum ein Kind, das Psychotherapie erhält, bei dem die Eltern quasi voll einsatzfähig sind. Die Forschung kommt zum selben Befund.

Erfreulicherweise ist dieses Thema heute von vielen erkannt und auf der Agenda. Wir haben eine große Zahl von Präventionsprojekten in Deutschland, die mittlerweile ausgezeichnet organisiert sind. Diese Projekte beschäftigen sich mit der Frage, was Eltern tun können, auch wenn sie partiell außer Gefecht gesetzt sind. Und was wir gemeinsam tun können, um den Kindern aus solchen Familie eine faire Chance zu bieten. Erst in der letzten Woche ist ein neuer Atlas der Hilfsangebote und der möglichen Ansprechpartner in Deutschland herausgekommen.

Was wir hier brauchen, ist zum einen, dass die vorhandenen Präventionsprojekte die fast alle drittmittelfinanziert und damit zeitlich begrenzt sind, in die Standardversorgung übernommen werden. In diesem Zusammenhang setze ich große Hoffnungen in das Präventionsgesetz.

Genau so wichtig ist es, die psychotherapeutische Versorgung neu zu strukturieren in dem Sinne, dass Erwachsenen- und Kindertherapie, Gesundheitsversorgung und Jugendhilfe die Möglichkeit erhalten, sehr viel intensiver und offener zusammenzuarbeiten, um gemeinsame Angebote für Familien mit psychisch kranken Eltern zu entwickeln.

4. Langfristige und chronische Verläufe

Ich komme nun zu meinem letzten Punkt: Etwa $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen verläuft chronisch; ein hoher Prozentsatz. Die Probleme dieser Jugendlichen überschreiten die Möglichkeiten der ambulanten Psychotherapie und auch der stationären Psychotherapie. Durch den §35a im Sozialgesetzbuch haben diese Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Eingliederungshilfe durch die Jugendhilfe, es gibt aber bis heute nur sehr wenige Jugendhilfeeinrichtungen, die tatsächlich in der Lage und dafür gerüstet sind, diesen Jugendlichen wirklich zu helfen.

Es ist hier dringend notwendig, für diese Kinder mit länger andauernden psychischen Erkrankungen angemessene Angebote zu schaffen. Dies kann nur dadurch entstehen, dass die vorhandenen Dienste (Gesundheitsdienste und Jugendhilfe) enger vernetzt werden, um ein konstruktives und produktives Zusammenarbeiten zu ermöglichen. Auch hierfür kann ich modellhafte Beispiele nennen.

Die Situation ist an dieser Stelle durchaus dramatisch. Ich möchte Ihnen dies an einem Beispiel verdeutlichen.

Vor einer Woche habe ich eine Supervisionssitzung mit den Mitarbeitern einer geschlossenen Station in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik gehabt. Auf dieser Station werden sehr gewalttätige, akut psychotische oder suizidale Jugendliche untergebracht. In dieser Sitzung – an der das ganze Stationsteam, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Assistenzärztin, die Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsteam und der zuständige Oberarzt teilnahmen - ging es um Konflikte innerhalb des Teams. Das Problem: Die Station hat 10 Betten, hat räumlich äußerst beengte Verhältnisse, es müssen aber immer wieder notfallmäßig mehr Kinder aufgenommen werden, als Plätze vorhanden sind. Teilweise waren auf dieser Station schon 14 Kinder, vier von ihnen mussten dann auf Matratzen im Flur schlafen und man musste aufpassen, das man nicht auf sie drauftritt. Das sind unhaltbare Zustände. Und wenn die Station voll ist und noch ein neues Kind aufgenommen werden muss, weil die Polizei mit ihm vor der Tür steht, dann kommt es auch verständlicherweise zu Konflikten im Personal.

Am Ende dieser Supervisionsstunde habe ich dem Team gesagt: „Nächste Woche muss ein Referat halten mit dem Thema >Aktuelle Herausforderungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie<. Das ist in Berlin, da sind auch wichtige Leute da, die was zu sagen haben. Meine Frage an Euch: Was soll ich denen sagen?“ Daraufhin ist eine sehr intensive Diskussion in Gang gekommen, die ich z.T. wörtlich mitgeschrieben habe. Hier sind einige der Antworten:

Der Stationsleiter, das ist der Chefpfleger hat so begonnen:

„Es passt für mich überhaupt nicht zusammen: Es gibt in Deutschland immer weniger Kinder und bei uns wird der Aufnahmedruck immer größer. Da steht eine 6jährige mit dem Messer vor ihrer Mutter, die kommt dann zu uns, auch noch mit der Polizei, anstatt dass man ihr das Messer abnimmt. Vor 5 Jahren hatten wir 80 Aufnahmen in einem Jahr. Heute haben wir mit dem selben Personal 300 Aufnahmen.“

Der Stationspsychologe sagt wörtlich:

„Ich komme mir vor wie in einem indischen Bus. Der Bus ist voll und es werden vorne immer noch mehr Menschen hineingequetscht, und hinten werfen wir sie wieder raus.“

Eine Psychotherapeutin:

„Die Kinder schreien nach Struktur. Die sind einfach alleine. Die wollen nicht nach Hause, die wollen nicht mehr weg von uns. Draußen gibt es nichts Vergleichbares für sie.“

Ein Erzieher sagt:

„In den letzten 4 Wochen hatten wir 3 oder 4 Kinder, die wir entlassen wollten. Da haben die Eltern einfach am Telefon gesagt: Ich hole mein Kind nicht ab. So hilflos waren die. Und auch das Jugendamt hat Angst vor denen, die müssten eigentlich in Obhut, aber die nehmen die Kinder auch nicht. Wir haben jetzt dreimal einfach die Kinder mit einer Fahrkarte in den Zug gesetzt. Das geht doch nicht.“

Am Schluss sagt Chefpfleger, den ich sehr schätze:

„Wir müssen so viele zurückweisen; wir wollen ihnen ja helfen. Wenn ich Platz hätte, dann würde ich alle nehmen.“

Meine sehr geehrten Damen und Herren, an Herausforderungen mangelt es uns nicht.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturhinweise:

Mittelstraß, Jürgen: Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung. suhrkamp taschenbuch wissenschaft. Frankfurt am Main, 1992.

Schnädelbach, Herbert: Was Philosophen wissen und was man von ihnen lernen kann. C.H. Beck. München 2012.