



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

**-Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung-**

Diplomarbeit zur Erlangung des Diplomgrades  
Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH)  
**im Studiengang Soziale Arbeit**

# Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

vorgelegt von  
Anja Klifoth

im Sommersemester 2009

**urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0273-9**

Begleitung: Frau Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Entwicklungspsychologische Grundlagen .....</b>	<b>7</b>
1.1 Altersspezifische Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen .....	7
1.2 Grundlagen positiver Entwicklung von Kindern und Jugendlichen .....	11
1.2.1 Protektive Faktoren .....	11
1.2.2 Bedeutung der sicheren Bindung .....	13
1.3 Herausforderungen durch die gesellschaftlichen Umstände für Kinder und Jugendliche .....	15
<b>2. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen .....</b>	<b>18</b>
2.1 Was bedeutet „psychisch krank“? .....	18
2.1.1 Kriterien psychischer Erkrankungen .....	19
2.2 Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter .....	21
2.3 Kritik an der Störungsdiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	22
<b>3. Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....</b>	<b>24</b>
3.1 Historischer Hintergrund der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	24
3.2 Bedeutung der Ursachenfrage psychischer Erkrankungen .....	27
3.3 Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	28
3.4 Strukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	29
3.5 Die besondere Rolle des minderjährigen Klienten innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	31
3.6 Ambulant, teilstationär oder vollstationär? .....	34
3.7 Therapieformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	36
<b>4. Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen .....</b>	<b>37</b>
4.1 Einführung .....	37
4.2 Klärung des Ressourcenbegriffs .....	38
4.2.1 Schwierigkeiten bei der Klärung des Ressourcenbegriffs .....	40
4.3 Grundlagen ressourcenorientierter Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	41
4.3.1 Die spezielle Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	43

---

<b>5. Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....</b>	<b>45</b>
5.1 Ressourcenpotentiale bei Kindern und Jugendlichen .....	45
5.1.1 Personale Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen .....	45
5.1.2 Umweltressourcen bei Kindern und Jugendlichen .....	46
5.2 Ressourcendiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	46
5.2.1 Der positive Effekt der Ressourcendiagnostik für den Klienten .....	48
5.2.2 Der positive Effekt der Ressourcendiagnostik für den Therapeuten .....	49
5.3 Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	50
5.3.1 Bedürfnisbezogene Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	50
5.3.2 Die Förderung korrekativer Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Ressourcenaktivierung .....	51
<b>6. Anwendung ressourcenorientierter Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....</b>	<b>53</b>
6.1 Ressourcen- und lösungsorientierte Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	53
6.1.1 Frage nach Ausnahmen .....	54
6.1.2 Hypothetische Lösungen .....	55
6.1.3 Skalierung .....	55
6.1.4 Reframing .....	56
6.1.5 Offen reflektierendes Team .....	57
6.1.6 Ressourcenorientiertes Genogramm .....	58
6.2 Grundlagen Lösungsorientierter Kurzzeittherapie .....	59
6.2.1 Anwendung der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	62
6.3 Bezugspflege als Rahmen ressourcenorientierten Arbeitens für Sozialarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	65
6.4 Bedeutung der Familie im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung .....	67
<b>7. Resümee .....</b>	<b>69</b>
<b>Literaturnachweise .....</b>	<b>72</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>76</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

etc.	-	(lat. et cetera) « und die übrigen »
et al.	-	(lat. et alia) « und andere »
u.a.	-	und andere
z.T.	-	zum Teil
z.B.	-	zum Beispiel
bspw.	-	beispielsweise
usw.	-	und so weiter
ca.	-	circa
d.h.	-	das heißt
f.	-	folgende
ff.	-	fortfolgende
KJP	-	Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Einleitung

Psychisch erkrankte Menschen werden oft gänzlich defizitär wahrgenommen.

In psychiatrischer Fachliteratur finden sich häufig ausschließlich detaillierte Anleitungen zum Identifizieren von Störungen. Die Stärken, Fähigkeiten und Potentiale der Hilfesuchenden, verschwinden hinter erdrückenden Diagnosen.

Der Diagnostik und Aktivierung von Ressourcen der Klienten wird im Rahmen psychiatrischer Behandlungen dagegen kaum Beachtung geschenkt.

Dieses mangelnde Interesse an der Einbindung von Ressourcen, lässt sich auch bei der therapeutischen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) beobachten.

Doch warum sollten sich professionelle Helfer überhaupt mit den Ressourcen von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen? Was verändert die Ausrichtung der Therapie auf die Ressourcen des Kindes bzw. Jugendlichen?

Diese Fragen möchte ich im Rahmen meiner Diplomarbeit beantworten. Ich möchte dabei zum Einen versuchen etwas Klarheit in das Konstrukt Ressourcenorientierung zu bringen. Zum Anderen, möchte ich konkrete Möglichkeiten zur praktischen Anwendung der Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzeigen.

Meine Diplomarbeit gliedert sich in sechs Teile. In den ersten drei Kapiteln werde ich mich mit grundlegenden Fragen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, sowie Grundlagen psychischer Erkrankungen befassen. Diese Ausführungen sollen u.a. klären, mit welchem Klientel das multiprofessionelle Team in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet. Die folgenden drei Kapitel, werden sich speziell mit der Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen. Hier werde ich die Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen, sowie Techniken zur Anwendung der ressourcenorientierten Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen.

Im ersten Kapitel werde ich mich den entwicklungspsychologischen Grundlagen widmen. Ich werde das Stufenmodell von Erikson nutzen, um die altersspezifischen Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen, mit ihren dazugehörigen Krisen darzustellen. Darauf aufbauend, werde ich auf die Grundlagen positiver Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen eingehen. Wichtige Faktoren für die Persönlichkeitsentwicklung sind u.a. protektive Faktoren im Allgemeinen und die

sichere Bindung an eine Bezugsperson im Speziellen. Ich werde das erste Kapitel mit einem Einblick in die Herausforderungen durch die gesellschaftlichen Umstände für junge Menschen unserer Zeit, schließen.

Das zweite Kapitel meiner Arbeit dient der Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Ich werde zu Beginn klären, was die Äußerung „psychisch krank“ meint und an welchen Kriterien dies gemessen wird. Folgend werde ich auf die Klassifikation psychischer Erkrankungen eingehen und im letzten Punkt Kritik an der bisher gängigen Störungsdiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie üben.

Im dritten Kapitel beschäftige ich mich mit den Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich werde anfangs die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie kurz darstellen, um daraus die Bedeutung der Ursachenfrage psychischer Erkrankungen abzuleiten. Welches Aufgabengebiet die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat, welche Behandlungsmodalitäten es gibt und wie die KJP strukturiert ist, wird hier ebenfalls erläutert. Der letzte Punkt dieses Kapitels führt aus, wie wichtig die Einbindung des minderjährigen Klienten in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist.

Den Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen, werde ich mich im vierten Kapitel widmen. Ich setze mich hierzu vorerst ganz allgemein mit den Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen auseinander. Dazu werde ich zu Beginn versuchen, etwas Klarheit in den Begriff Ressourcen zu bringen und nachfolgend auf die Schwierigkeiten bei der Begriffsklärung eingehen. Ich werde auf die Grundlagen ressourcenorientierter Therapie eingehen und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung bei der ressourcenorientierten Arbeit beleuchten.

Im fünften Kapitel werde ich anfangs auf Ressourcenpotentiale und die Diagnostik von Ressourcen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingehen. Den allgemeinen Erläuterungen über die Diagnostik von Ressourcen in der KJP folgen Unterpunkte, in denen der positive Effekt der Arbeit mit Ressourcen für den jungen Klienten und den Therapeuten ausgeführt wird.

Der letzte Punkt dieses Kapitels widmet sich der Aktivierung von Ressourcen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich werde herausarbeiten, wie das vorhandene Potential der Kinder und Jugendlichen in der KJP aktiviert werden kann und wie man im Rahmen der Ressourcenaktivierung die Förderung von korrektiven Erfahrungen begünstigen kann.

Das sechste Kapitel meiner Diplomarbeit dient der Auseinandersetzung mit ressourcenorientierten Interventionen in der KJP. Ich werde hier darauf eingehen, welche Möglichkeiten bzw. Techniken verfügbar sind, um ressourcenorientiert zu arbeiten. Dabei werde ich u.a. auch auf systemisch-therapeutische Techniken zurückgreifen. Des Weiteren werde ich auch die Grundlagen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie darstellen und ihre Anwendbarkeit auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen. Dieses Modell nutzt die Überzeugung vom Vorhandensein der erforderlichen Ressourcen und Selbsthilfekräfte im Menschen für die Lösung von Problemen sehr konsequent.

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein sehr medizinisch ausgerichtetes Arbeitsfeld ist, möchte ich im sechsten Kapitel klären, inwiefern Sozialarbeiter dort die Möglichkeit haben, mit den jungen Klienten ressourcenorientiert zu arbeiten. Ich werde auf die Bezugspflege als Rahmen für ressourcenorientiertes Arbeiten eingehen und mich schlussendlich der besonderen Bedeutung der Familie für eine erfolgreiche Behandlung der jungen Klienten in der KJP widmen.

Am Abschluss meiner Diplomarbeit werde ich ein Resümee ziehen.

Aus Gründen der Vereinfachung und besseren Lesbarkeit ist im folgenden Text nur die männliche Form bei Personen- und Funktionsbezeichnungen angegeben. Gemeint ist immer auch die weibliche Form.

---

# 1. Entwicklungspsychologische Grundlagen

## 1.1 Altersspezifische Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen

Der Kindheit kommt eine ganz besondere Bedeutung für die Persönlichkeitseinwicklung zu. In ihr werden die Grundlagen für die spätere seelische und körperliche Gesundheit gelegt. Seelische Störungen und Krankheiten haben folglich auch ihren Ursprung in der Kindheit.

Im Folgenden möchte ich die kindliche Entwicklung anhand des Stufenmodells der psychosozialen Entwicklung von Erik Homburger Erikson darstellen.<sup>1</sup>

Erikson stellte Entwicklungsperioden und die dazugehörigen Entwicklungsaufgaben zusammen. Entwicklungsaufgaben können als voraussehbare Anforderungen, denen ein Individuum sich zu einer bestimmten Zeit seines Lebens stellen muss, definiert werden. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Herausforderung, ist für die weitere Entwicklung, sowie für die Bildung einer gesunden Ich-Identität von großer Bedeutung. Die Phasen des psychosozialen Stufenmodells bauen aufeinander auf, die jeweils darin enthaltenen Krisen, müssen nacheinander gelöst werden.

Wurden frühe Entwicklungsaufgaben nicht oder nur unzureichend bewältigt, kann es zu psychischen Störungen kommen.<sup>2</sup>

### *1. Urvertrauen gegen Urmisstrauen*

In der ersten Phase des psychosozialen Stufenmodells nach Erikson, steht die Entwicklung des Urvertrauens im Vordergrund. Diese Phase umfasst den Zeitraum von der Geburt, bis das Kind circa ein Jahr alt ist.

Physiologisch ist der Säugling in dieser Zeit damit beschäftigt, sich dem Leben anzupassen. Er ist reizoffen und diese Reizoffenheit macht den Säugling in einem großen Maß lern- und entwicklungsfähig.

Das Kleinkind ist anfangs völlig abhängig von seiner Mutter. Es drückt seine Bedürfnisse instinktmäßig aus. Dies zeigt sich bspw. darin, dass der Säugling schreit, wenn er enttäuscht wird. Das Kind ist in seiner ganzen Existenz auf das Geben durch

---

<sup>1</sup> vgl. Dörner 2004, S.97 ff.

<sup>2</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.36



---

seine Mutter angewiesen. Der Säugling braucht Zärtlichkeit, Geborgenheit und Nahrung von seiner Mutter.

Aber nicht nur das, die Mutter sollte dem Kind durch ihr Verhalten auch vermitteln, dass die Welt ein sicherer Ort ist. Die erste soziale Leistung des Kindes ist, laut Erikson, wenn das Kind fähig ist, die Mutter aus seinem Gesichtsfeld zu entlassen, ohne übermäßige Wut bzw. Angst zu äußern. Dies gelingt, wenn die Mutter für das Kind zu einer zuverlässigen Erscheinung und inneren Gewissheit geworden ist. Das konstante Erscheinen der Mutter, gibt dem Säugling ein Gefühl von Ich- Identität.

Werden die Bedürfnisse des Kindes ständig enttäuscht, ist die Mutter nicht verlässlich, kann sich in dieser Phase Urmisstrauen entwickeln.

Symptomatisch kann sich die Störung des Kindes zu seiner Mutter durch Essstörungen, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen etc. zeigen.

Ist es in dieser ersten frühkindlichen Phase der extremen Abhängigkeit zu Störungen gekommen, hat dies einen anhaltenden Einfluss auf die Persönlichkeitsbildung des Kindes.

### *2. Autonomie gegen Scham und Zweifel*

Für die Bewältigung der zweiten Phase, liegt der optimale Zeitraum zwischen dem ersten bis dritten Lebensjahr. In dieser Phase ist der Kernkonflikt, das eigene Selbst von der Mutter zu trennen und ein gewisses Maß an Autonomie zu erreichen. Das Kind ist dabei weiterhin auf den Schutz durch seine Mutter angewiesen. Es muss jedoch auch in seinen Bestrebungen nach Unabhängigkeit unterstützt werden. Das Kind übt in dieser Phase das Loslassen und Festhalten. Die Erziehung muss in diesem Stadium daher fest und sicherheitsgebend sein. Hindert die Mutter ihr Kind in seinen Bestrebungen die Welt zu erkunden, wirkt dem sogar entgegen, schlussfolgert das Kind daraus, nicht eigenständig handeln zu sollen und zu dürfen. Ein Kind welches immer einer Oberherrschaft ausgesetzt ist, entwickelt Scham und Zweifel in Bezug auf seine Bedürfnisse.

### *3. Initiative gegen Schuldgefühl*

Die dritte Phase umfasst den Zeitraum vom Kleinkindalter bis zum ca. sechsten Lebensjahr. In dieser Entwicklungsperiode, stabilisiert das Kind die Handlungsmöglichkeiten der zwei vorangegangenen Phasen. Außerdem entdeckt das Kind die Bedeutung seiner Sexualorgane und entwickelt ein Verständnis für die eigene Geschlechterrolle.

---

Die Auflösung der symbiotischen Beziehung zur Mutter ist die zentrale Krise dieses Entwicklungsschritts. Die Sozialisation außerhalb des Elternhauses z.B. in Form von Kontakten zu Gleichaltrigen, inklusive der damit einhergehenden Auseinandersetzungen, sind ein wesentlicher Lernbereich dieser Phase. Damit es nicht zu späteren Störungen kommt, müssen die Bezugspersonen die wachsende Selbstständigkeit und Interessenbildung des Kindes berücksichtigen.

Hat das Kind Schuldgefühle bei seinem Hineingehen in die Welt, behindert dies seine Initiative und Unternehmungen massiv. Durch die starke Einschränkung des Erlaubten, kann sich beim Kind ein hemmendes Moralgefühl entwickeln.

Symptomatisch kann sich die Entwicklung von zu vielen Schuldgefühlen, in einem massiven Klammern an die Bezugsperson, aber auch durch psychosomatische Beschwerden, wie z.B. Erbrechen zeigen.

#### *4. Kompetenz gegen Minderwertigkeitsgefühl*

Die vierte Krise die vom Kind zu bewältigen ist, bezieht sich auf den Zeitraum vom sechsten bis ca. zum zwölften Lebensjahr.

Das Kind steht vor der Herausforderung, eine größere Unabhängigkeit von seinen Eltern zu erreichen und seine Beziehungen zu Gleichaltrigen auszubauen.

Es entwickelt ein Bewusstsein für die Welt und lernt, vor allem durch den Schulbesuch, die Grundhaltungen der Gesellschaft kennen.

Das Kind entdeckt Werte wie Solidarität und Rücksichtnahme, muss aber auch lernen sich anzupassen und unterzuordnen. In dieser Entwicklungsphase wird das Kind zu einem sozialen Wesen. Die Balance zwischen Pflichtgefühl und Disziplin, sowie Freiheit und Kreativität muss erlernt werden. Hat das Kind in dieser Phase seiner Entwicklung unzureichende Erfolgserlebnisse, kann es zu Gefühlen von Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit kommen.

Störungen innerhalb dieser Entwicklungsperiode, können sich u.a. durch übermäßige Ängstlichkeit, Lernschwierigkeiten, Rückzugstendenzen sowie Regression im Allgemeinen zeigen.

#### *5. Identität gegen Identitätsdiffusion*

Der Entwicklungsabschnitt von der Pubertät bis zum 18. Lebensjahr ist bestimmt von körperlichen Veränderungen und dem Ausgestalten der eigenen Geschlechterrolle.

Die Kindheit ist durch den Beginn dieser Phase, laut Erikson, beendet und die Jugendzeit beginnt. Hier steht es für das Kind im Vordergrund, seine Ich- Identität zu entwickeln.

---

Der junge Mensch strebt nach Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Die frühkindlichen Auseinandersetzungen mit den Eltern flackern erneut auf. Aufgabe der Eltern in dieser Entwicklungsperiode ist es, die Unabhängigkeitsbestrebungen der Kinder zu unterstützen. Sie sollten präsent im Hintergrund sein. Die evtl. auftretenden Zweifel der Kinder sollten sie auffangen und ihnen gegebenenfalls auch Grenzen setzen. Sind frühere Krisen nicht erfolgreich bewältigt worden, kann es in dieser Phase zu verschiedensten Irritationen kommen. Als auffällig wäre hier zu nennen, wenn es zum überidentifizieren mit einem Idol, bis zum scheinbaren Verlust der eigenen Identität kommt. Jugendliche, die scheinbar ohne Turbulenzen durch diese Phase kommen und übermäßig angepasst sind, sind ebenfalls ungewöhnlich.

#### *6. Intimität gegen Isolierung*

Zuletzt möchte ich auf den sechsten Kernkonflikt eingehen, welcher der Letzte bedeutsame für die Kindheit und Jugend ist. Diese Phase betrifft das junge Erwachsenenalter. Hier, zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr, gilt es ein gewisses Maß an Intimität zu erreichen und nicht isoliert zu bleiben. In diesem Lebensabschnitt ist die Identität bereits gefestigt. Diese Phase erfordert vom Individuum die Bereitschaft zu Kompromissen, sich auf freundschaftliche Bindungen oder eine Partnerschaft einzulassen. Es sind viele gesellschaftliche Einflüsse vorhanden, die das Pflegen intimer Beziehungen behindern, so z.B. die Ausrichtung des Lebens auf die Karriere. Wird zu wenig Wert auf den Aufbau intimer Beziehungen gelegt und keine Nähe zu anderen Menschen aufgebaut, führt dies zur Isolation. Das Individuum bleibt allein.

Die beiden weiteren Krisen die von Erikson beschrieben werden, lauten Generativität gegen Stagnation und Integrität gegen Lebenskel. Ich möchte diese beiden Phasen lediglich nennen, da sie sich auf Entwicklungsschritte beziehen, die nicht von Bedeutung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind. Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandeln junge Menschen bis zum 21. Lebensjahr, danach wird im Regelfall die Erwachsenenpsychiatrie zuständig.<sup>3 4</sup>

---

<sup>3</sup> vgl. Dörner 2004, S.97 ff.

<sup>4</sup> vgl. Erikson 1992, S.241 ff.

---

## 1.2 Grundlagen positiver Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Im Folgenden möchte ich auf zwei Faktoren eingehen, die beim Schutz vor der Entstehung psychischer Erkrankungen eine große Rolle spielen. Zum Einen sind dies protektive Faktoren, zum Anderen ist es die sichere Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern.

Durch diese Faktoren, kann sich ein Kind bzw. Jugendlicher gesund entwickeln, selbst wenn belastende Entwicklungsfaktoren vorhanden sind.

### 1.2.1 Protektive Faktoren

Manche Kinder scheinen keinen Schaden an ungünstigen Entwicklungsbedingungen zu nehmen. Sie besitzen individuell protektive Faktoren, die es ihnen möglich machen trotz widriger äußerer Umstände nicht psychisch zu erkranken.

Einflüsse die die Manifestation einer Erkrankung verzögern, abmildern oder verhindern können, nennt man Resilienz oder psychische Widerstandsfähigkeit.

Es lassen sich vier Ebenen nennen, auf denen protektive Faktoren wirksam werden können. Durch den Einfluss biologischer, psychosozialer sowie soziokultureller Faktoren und der aktuellen Lebensumstände, haben äußerlich scheinbar gleiche Umstände eine unterschiedliche Wirkung auf das Individuum.

Die biologischen Faktoren betreffen z.B. das Geschlecht, die genetische Ausstattung oder auch somatische Vorerkrankungen in Form von Unfällen oder Behinderungen.

Psychosoziale Faktoren betreffen bspw. die individuelle psychosoziale Entwicklung, die familiäre und schulische Sozialisation, sowie auch die Anerkennung unter Gleichaltrigen. Soziokulturelle Faktoren sind z.B. die sozialökonomischen Bedingungen in denen ein Kind aufwächst, aber auch die politischen Hintergründe (besteht ein Migrationshintergrund oder hat das Kind einen Krieg miterleben müssen) können damit gemeint sein. Zu den soziokulturellen Faktoren zählen die kulturellen Gegebenheiten mit denen ein Kind konfrontiert ist, bspw. mediale Einflüsse oder auch die religiöse Prägung der Herkunftsfamilie.

Als letztes sind noch die aktuellen Lebensumstände als eine entscheidende Einflussgröße zu nennen. Dabei wird betrachtet, ob es akute Krisen für das Kind gibt bzw. in der nahen Vergangenheit gab. Dieser Faktor meint z.B. eine Trennung bzw. Scheidung der Eltern, einen Umzug oder Schulwechsel.

Protektive Faktoren bzw. Ressourcenfaktoren auf den vier genannten Ebenen, können das Kind vor einer Schädigung seiner Seele schützen. Ist ein Kind innerhalb

---

der vier Ebenen gut mit Ressourcen ausgestattet, ist dies ein Schutzfaktor gegen psychische Erkrankungen. Das Fehlen von protektiven Faktoren auf einer oder mehreren Ebenen, fördert dagegen die Entstehung psychischer Erkrankungen. Letztlich ist es das Zusammenspiel von Risiko- und den eben genannten Schutzfaktoren, welches die Entstehung, sowie den Verlauf psychischer Erkrankungen beeinflusst.

Protektive Faktoren gewinnen immer dann konkret an Bedeutung, wenn ein Risiko vorhanden ist oder plötzlich auftritt.

Welche Eigenschaften sind es, die Kinder und Jugendliche widerstandsfähig gegen psychische Erkrankungen machen?

Es ließ sich evaluieren, dass Kinder mit Charaktereigenschaften, die die Problembewältigung erleichtern, z.B. Flexibilität, Freundlichkeit oder auch Impulskontrolle, besser vor psychischen Erkrankungen geschützt sind. Ein positives Selbstbild, sowie gesundes Selbstvertrauen, dienen ihnen ebenso als Schutzfaktoren. Es wurde des Weiteren als positiv beurteilt, wenn Kinder im Verlauf ihrer Entwicklung Erfahrungen von Selbstwirksamkeit machen konnten.

Das internale Wissen darum, schwierigen Situationen gewachsen zu sein und Probleme aktiv durch eigene Kompetenzen bewältigen zu können, dient als Protektor bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen.

Bezugspersonen spielen bei den individuell protektiven Faktoren ebenfalls eine entscheidende Rolle. So ist es ein weiterer wichtiger Schutzfaktor, wenn ein Kind im Verlauf seiner Entwicklung mindestens eine stabile und tragfähige Beziehung erlebt hat.

Von Bedeutung für die psychische Widerstandsfähigkeit, sind auch die äußeren Faktoren. So ist es für die seelische Gesundheit eines Kindes bspw. von großem Vorteil, wenn es in einer stabilen Familienatmosphäre, mit emotionaler Verbundenheit und eindeutiger Kommunikation aufwächst. Die Eltern sollten dem Kind gegenüber eine aufmerksame, authentische, sowie einfühlsame, aber auch konsequente Erziehungshaltung haben. Die Autonomiebestrebungen des Kindes sollten dabei gefördert und nicht verhindert werden.

Für das Kind sollte im Idealfall auch ein Mensch verfügbar sein, der nicht direkt in familiär problematische Umstände verwickelt ist und dem das Kind seine Sorgen anvertrauen kann.

---

Zusammenfassend lässt sich zu den äußeren protektiven Faktoren sagen, dass ein Kind Geborgenheit und Sicherheit, einen Platz für sich innerhalb seiner Familie, Zuwendung, Beachtung, Verständnis und Anerkennung benötigt.<sup>5 6</sup>

### **1.2.1 Bedeutung der sicheren Bindung**

Eine gute Bindungsqualität zwischen dem Kind und seinen Eltern dient zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen. Viele Erkrankungen der Psyche gehen mit Störungen in der Beziehungsfähigkeit einher.<sup>7</sup>

Menschen entwickeln sich durch soziale Beziehungen und soziale Bindungen. Bindung verstehe ich hierbei als das Aufsuchen und „Verweilen-Wollen“ in der Nähe eines anderen Menschen.

Die Bindungstheorie ist ein eigenes umfassendes Konzept der Persönlichkeitsentwicklung. Die grundlegenden Thesen sagen aus, dass die Bindungsqualitäten zwischen den Eltern und dem Kind, auch das Vertrauen des Kindes anderen Menschen gegenüber bedingen. Das Selbstvertrauen gründet sich laut Bindungstheorie ebenfalls auf die Eltern-Kind-Beziehung.

Die Fähigkeit, sich in belastenden Situationen Hilfe zu suchen oder auch anderen in emotional belastenden Situationen Hilfe zu geben, ist geprägt von den Bindungserfahrungen mit den eigenen Eltern. Die Bereitschaft Bindungen aufzubauen, z.B. Freundschaften zu führen, ist ebenfalls mit den frühen und grundlegenden Erfahrungen mit den Eltern in Verbindung zu bringen.

Im Folgenden möchte ich darauf eingehen, wie die Eltern-Kind-Beziehung gestaltet werden muss, damit ein Kind sich sicher gebunden fühlt.

Damit eine Bindung entstehen kann, muss eine Bezugsperson regelmäßig anwesend sein. Die Mutter ist die erste Bezugsperson für das Kind. Sie sollte in der Lage sein, auf die vom Kind kommunizierten Signale angemessen zu reagieren und seine Wünsche nach Nähe und Kontakt befriedigen.

Das Kind wird zunehmend auch Explorationswünsche zeigen, auch diese sollten von der Mutter wahrgenommen und unterstützt werden (s. Punkt 1.1).

Kinder solch feinfühligere Mütter, deren Signale und Bedürfnisse verstanden wurden, können eine sichere Bindung zu ihrer Mutter aufbauen.

---

<sup>5</sup> vgl. Frick 2009 (Internetquelle)

<sup>6</sup> vgl. Trost 1999, S.85 ff.

<sup>7</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.33

---

Väter leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit des Kindes. Ist der Vater verfügbar, baut das Kind auch zu ihm eine enge Bindung auf. Die Vater-Kind-Bindung ist meist vom gemeinsamen Spiel bestimmt. Väter sollten beim spielen mit ihren Kinder feinfühlig sein und z.B. auf die Erkundungswünsche des Kindes eingehen. Dadurch wird die Lernfreunde des Kindes behutsam unterstützt und seine Fähigkeiten werden gefördert.

Durch den feinfühligem Umgang des Vaters mit dem Kind, entwickelt dieses u.a. Zutrauen in seine eigenen Fähigkeiten und erlernt auch Grundlagen sozialer Kompetenzen. Diese Art des Spiels weckt die Neugier und das Interesse des Kindes an seiner Umgebung. Neugier wiederum, bietet eine günstige Voraussetzung für das Knüpfen von sozialen Beziehungen.

Sicher gebundene Kinder können besser mit Belastungen umgehen und sind aufgrund ihrer positiven Erfahrungen mit ihren ersten Bezugspersonen auch in der Lage, enge Freundschaften zu pflegen. Sie zeigen angemessene Problembewältigungsmechanismen, haben Vertrauen in sich selbst sowie in ihre Fähigkeiten.

Im Jugendalter zeigen Kinder die eine sichere Bindung zur ihren Eltern aufgebaut haben eine größere Selbstständigkeit, als unsicher gebundene. Sie haben eine gute Selbstkontrolle, können mit konfliktreichen Situationen umgehen und ihre positiven sowie negativen Gefühle angemessen äußern.

Angesichts von belastenden Lebensumständen, verfügen sie über die Fähigkeit lösungsorientiert zu handeln. Sie sind durch gute Bindungserfahrungen z.B. dazu in der Lage, soziale Ressourcen zur Lösung ihrer Probleme heranzuziehen.

Dies ist wiederum ein wichtiger Faktor für die seelische Gesundheit.<sup>8</sup>

In diesem Punkt habe ich wichtige Faktoren zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am Beispiel protektiver Faktoren und der sicheren Bindung ausgeführt. Im folgenden Punkt möchte ich nun auf die psychosozialen und soziokulturellen Belastungen eingehen, denen die Kinder und Jugendlichen unserer heutigen Zeit angesichts der gesellschaftlichen Umstände ausgesetzt sind. Diese Faktoren haben einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

---

<sup>8</sup> vgl. Großmann 2008, S.224 ff.

### 1.3 Herausforderungen durch die gesellschaftlichen Umstände für Kinder und Jugendliche

Die Verbindlichkeit von Normen wird insgesamt immer geringer. In den letzten Jahren ist verstärkt zu beobachten, dass Lebensformen in ihrer Vielfalt zunehmen. Es besteht dabei ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und den gesellschaftlichen Umständen.

„... das Risiko, an einem psychischen Problem zu leiden, [steht] in deutlichem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Lebensbedingungen.“<sup>9</sup>

Die Veränderung der Wirklichkeit in den letzten Jahren, hat starke Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern bzw. Jugendlichen. Epidemiologische Studien verzeichnen eine Zunahme von psychischen Erkrankungen junger Menschen, die in Verbindung mit dem gesamtgesellschaftlichen Kontext gesehen werden müssen. Kinder und Jugendliche unserer Zeit haben mit unterschiedlichsten Herausforderungen zu kämpfen.

So gibt es bspw. eine wachsende Zahl an Kindern die in Armut aufwachsen.<sup>10</sup>

Ökonomisch schlechte Bedingungen wirken sich nicht nur auf die Eltern aus. Sie können bei Kindern und Jugendlichen psychische Störungen wie z.B. ein erhöhtes Risiko für depressive Stimmungen auslösen. Die Arbeitslosigkeit der Eltern hat somit auch für die Kinder und Jugendlichen weitreichende Folgen. Die schlechte finanzielle Situation der Eltern kann bspw. Umzüge in kleinere Wohnungen und die Ausgrenzung oder Einschränkung von der Teilhabe am soziokulturellen Leben zur Folge haben.<sup>11</sup>

Eine bedeutende gesamtgesellschaftliche Veränderung der letzten Jahre ist, dass die Institution Familie einen Strukturwandel durchlebt. Die Familiengröße hat sich reduziert, Großelterngenerationen verschwanden aus dem gemeinsamen Haushalt und eine Zunahme von Familien mit Einzelkindern ist zu verzeichnen.

Der Anteil der Alleinerziehenden stieg im Verlauf der letzten dreißig Jahre deutlich an. Alleinerziehende Mütter haben generell auch erhöhte ökonomische, psychosoziale und gesundheitliche Belastungen zu tragen. Diese wiederum wirken sich auch auf das Wohlbefinden und Verhalten der Kinder bzw. Jugendlichen aus. Die Scheidung der Eltern hat ebenfalls Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.

---

<sup>9</sup> Schemmel/Schaller 2003, S.13

<sup>10</sup> vgl. Engbarth 2003, S.28 ff.

<sup>11</sup> vgl. Seiffge-Krenke 2007, S.85 f.



---

Mütter sind in der Nachscheidungsphase oft sehr mit sich beschäftigt, was zu einer unsystematischen und widersprüchlichen Erziehungshaltung führen kann. Kinder reagieren auf diese unstabilen Verhältnisse, in denen sie oftmals emotional auf sich selbst gestellt sind, mit Disziplinproblemen oder einem Absinken der Schulleistungen. Es ist zu beobachten, dass sich erst etwa zwei Jahre nach erfolgter Scheidung das veränderte familiäre Gefüge wieder stabilisiert hat. Das Fehlen des Vaters bleibt für das Kind dabei weiterhin schmerzlich und kann ein Risikofaktor für eine spätere psychische oder psychosomatische Beeinträchtigung des Kindes bzw. Jugendlichen sein.

Kinder und Jugendliche mit einem Migrationshintergrund sind durch ihre Herkunft besonderen Belastungen ausgesetzt. Sie sollen mit den deutschen Jugendlichen im Leistungsbereich konkurrieren können, haben jedoch z.T. aus unterschiedlichsten Gründen Sprach- oder Bildungsdefizite. Dadurch kann es bei den jungen Migranten zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls kommen. Vor allem eine geringe Sprachkompetenz kann mit Ängstlichkeit, Einsamkeit und sozialer Unsicherheit einhergehen. Kinder und Jugendliche mit Migrantensstatus haben in ihren Familien zusätzlich zu den eigenen Herausforderungen, noch weitere Aufgaben zu bewältigen. Von ihnen wird u.a. erwartet, dass sie als Übersetzer zwischen den Eltern und der Kultur des Einwanderungslandes vermitteln. Dies ist eine zu große Verantwortung für die Kinder und Jugendlichen, die oft selbst Probleme mit der Eingewöhnung in ihre neue Heimat haben.

Die Zukunftsperspektiven von Jugendlichen sind ebenfalls vom gesellschaftlichen Wandel betroffen. Die Chancen den angestrebten Ausbildungsplatz zu bekommen, werden trotz zunehmender Qualifikation immer geringer. Der Leistungsdruck der auf den Jugendlichen unserer Zeit liegt, wird immer größer.

In Bezug auf die neuen Bundesländer lässt sich sagen, dass die Lage auf den Arbeitsmarkt hier besonders bedenklich ist. Jugendliche finden keinen Ausbildungsplatz und Eltern sind von Arbeitslosigkeit bedroht.

Die familienstrukturellen Veränderungen wie Scheidungen und Einelternfamilien treffen ostdeutsche Kinder und Jugendliche noch stärker als westdeutsche. Die Wende kann dabei in Verbindung mit den aktuellen psychischen Auffälligkeiten ostdeutscher Jugendlicher gebracht werden. Der Fall der Mauer brachte u.a. eine massive Existenzunsicherheit mit sich. Die Arbeit und die Wohnung der Familie waren nicht mehr gesichert und die Beziehung zwischen den Menschen veränderte

sich. Dies zeigte sich u.a. im Wegbrechen nachbarschaftlicher Unterstützungsressourcen. Die daraus resultierende Verunsicherung zeigt sich bis in die heutige Generation.<sup>12</sup>

Ein weiterer bedeutender Faktor für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ist, wenn Eltern hohe Ansprüche an sich und ihre Elternschaft in sich tragen. Sie haben sich oft sehr bewusst für Kinder entschieden und wollen ihnen nun die bestmöglichen Entwicklungschancen geben. Dadurch tragen sie sehr unflexible, statische und idealisierte Erwartungen an ihr Kind heran. Diesen Eltern bleibt die Individualität ihrer Kinder oft verborgen. Sie haben das Beste im Sinn, übersehen jedoch die eventuellen Entwicklungsschwierigkeiten ihres Kindes und haben übermäßig hohe Erwartungen.

Eine weitere Überforderung für Kinder und Jugendliche ist es, wenn sie für ihre Eltern die einzigen verlässlichen Bezugspersonen sind. Solche Beziehungsmuster zwischen Eltern und ihren Kindern führen auf Seiten der Kinder zu einer Überlastung und erschweren zusätzlich altersangemessene Ablösungsprozesse.<sup>13</sup>

Im ersten Kapitel habe ich die altersspezifische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dargestellt und bin auf Faktoren eingegangen, die einen Schutz vor psychischen Erkrankungen bieten können. Der letzte Punkt widmete sich den gesellschaftlichen Umständen und ihrem Einfluss auf die Entstehung psychischer Erkrankungen. Im Folgenden Kapitel möchte ich nun klären, was eine psychische Erkrankung überhaupt ist und an welchen Kriterien diese gemessen wird.

---

<sup>12</sup> vgl. Seiffge-Krenke 2007, S.73 ff.

<sup>13</sup> vgl. Engbarth 2003, S.28 ff.

## 2. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

In der Entwicklungspsychopathologie wird eine psychische Erkrankung als negative Abweichung von einem idealtypischen Zustand verstanden.<sup>14</sup>

Doch, was ist idealtypisch und wo beginnt „psychisch krank“?

### 2.1 Was bedeutet „psychisch krank“?

Kinder und Jugendliche verhalten sich im Verlauf ihrer Entwicklung alle ab und an auf eine Art und Weise, die man als auffällig bezeichnen könnte. Ein Kind bzw. ein Jugendlicher der alters- und phasentypische Entwicklungsphänomene durchläuft und dabei auch mal Abweichungen zeigt, ist längst nicht klinisch bedeutsam.<sup>15</sup>

In Bezug auf Eriksons Stufenmodell (s. Punkt 1.1) kommt es z.B. gerade in der Phase der Identität versus Identitätsdiffusion zu Verhaltensweisen, die aus der Sicht der Eltern nur schwer nachvollziehbar sind.

Ein Grundmerkmal menschlicher Entwicklung ist, dass das Durchleben von Krisen zu ihr gehört. Der größte Teil dieser Krisen kann vom Individuum eigenständig bewältigt werden. Das Kind oder der Jugendliche ist also in der Lage, die anstehenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und mit seinen alltäglichen Belastungen umzugehen.

Manchmal ist es Kindern und Jugendlichen jedoch nicht mehr möglich Krisen zu bewältigen. Es kommt zu einer Überforderung, die sich im Auftreten von Symptomen zeigen kann. Ein Symptom ist hierbei als ein Anzeichen dafür zu deuten, dass der junge Mensch in seiner aktuellen Situation nicht mehr über geeignete Mittel zum Lösen seiner Probleme verfügt. Psychische Störungen können somit als inadäquate Lösungsversuche für anstehende Entwicklungsaufgaben bezeichnet werden. Die Bewältigungsmöglichkeiten reichen dann, im Verhältnis zur vorhandenen Belastung, nicht mehr aus.<sup>16 17</sup>

---

<sup>14</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.35

<sup>15</sup> ebenda

<sup>16</sup> vgl. Trost 1999, S.85 ff.

<sup>17</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.35

Menschen entwickeln sich mehrdimensional, d.h. auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene. Diese drei Ebenen sind tatsächlich aufs engste miteinander vermischt, zur besseren Orientierung unterscheidet man sie.<sup>18</sup>

Psychische Störungen zeigen sich immer auf allen genannten Ebenen, wobei sich eine unterschiedliche Akzentuierung zeigt.

Im Zuge einer psychischen Erkrankung kann es zu unterschiedlichsten Graden an Leidensdruck und Funktionsstörungen kommen. Die Störung des seelischen Gleichgewichts zeigt sich z.B. im veränderten Erleben von Gefühlen. Das körperliche Empfinden und auch das Verhalten ist beeinflusst.<sup>19 20</sup>

Auffälligkeiten und Normalität liegen in Bezug auf seelische Erkrankungen nah beieinander. Es werden daher möglichst objektive Maßstäbe zur Bewertung der Verhaltensauffälligkeiten genutzt. Es wird nach bestimmten Kriterien geprüft, ob es sich um eine psychische Störung handelt.<sup>21</sup>

### **2.1.1 Kriterien psychischer Erkrankungen**

Zur Bestimmung, ob eine psychische Störung bei einem Kind bzw. Jugendlichen vorliegt, prüft man das auftretende Symptom oder die Verhaltensauffälligkeit anhand verschiedener Kriterien.

Es wird zum Beispiel die Angemessenheit des Verhaltens hinsichtlich des Alters angeschaut. Zeigt ein 14-jähriger Junge massive Trennungsängste in Bezug auf seine Mutter, ist dies auffällig. Bei einem 6-jährigen Jungen hingegen, ist das weniger unangemessen. Es wird auch die Persistenz der Störung betrachtet. Persistenz meint, dass es sich nicht nur um ein Durchgangssphänomen handelt. Ein Kind das vorübergehende Schulunlust zeigt, ist von einem Kind, welches grundsätzlich den Schulbesuch verweigert, abzugrenzen.

Die aktuellen Lebensumstände spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, wenn es um Symptome bzw. Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes bzw. Jugendlichen geht. Die Auffälligkeiten können z.B. auch durch akute Belastungssituationen auftreten und somit nur vorübergehend sein. Es wird daher auch geschaut, ob es zeitnah Probleme für den jungen Menschen gab, wie z.B. einen Umzug, einen Schulwechsel oder die Trennung der Eltern.

---

<sup>18</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.23

<sup>19</sup> vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 1999, S.31

<sup>20</sup> vgl. Trost 1999, S.85 ff.

<sup>21</sup> vgl. Steinhausen 1996, S.15 f.

Des Weiteren werden die soziokulturellen Gegebenheiten betrachtet. Den Begriff Normalität sollte man in der psychiatrischen Arbeit sehr vorsichtig verwenden. Er wird nämlich immer auch individuell, von verschiedenen sozialen Schichten oder Kulturen bestimmt. Die Nutzung der Begriffe Normalität oder Abnormalität ist subjektiv und daher auch ein ungenauer Bewertungsmaßstab.

Die Kriterien für eine psychische Erkrankung sind erst dann erfüllt, wenn mehrere kombinierte Symptome auftreten. Tritt nur ein einzelnes Symptom auf, ist es häufig ohne psychiatrische Relevanz. Das Ausmaß der Störung wird nach Schweregrad und Häufigkeit des Symptoms bestimmt. Auch wird die Stimmigkeit des Verhaltens mit der Reifung sowie dem Entwicklungsstand des Kindes abgeglichen.

Die Beeinträchtigung des Kindes bzw. des Jugendlichen durch die Symptome muss ebenfalls bestimmt werden. Es wird daher geprüft, ob das Kind bzw. der Jugendliche unter der Situation leidet. Es kann z.B. vorkommen, dass ein Kind von seinen Eltern als isoliert wahrgenommen wird. In Gesprächen mit dem Kind kann sich jedoch herausstellen, dass das Kind sich nicht als isoliert empfindet und auch nicht unter Sozialangst leidet. Leidet das Kind nicht, muss eventuell auch nicht interveniert werden.

Des Weiteren wird geschaut, ob das Kind bzw. der Jugendliche durch die Störung eine soziale Einengung erfährt. Symptome können u.a. dazu führen, dass ein Kind oder Jugendlicher nur noch verminderte Sozialkontakte hat. Da Beziehungen zu Gleichaltrigen elementar für die Entwicklung des Kindes sind, ist ein wichtiger Faktor im Leben des Kindes beeinträchtigt.

Durch mangelnde Freundschaftsbeziehungen leidet z.B. auch die emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung.

Ein letztes bedeutendes, zu prüfendes Kriterium ist, ob die Verhaltensauffälligkeit des Kindes oder Jugendlichen auch Auswirkungen auf andere Personen hat. Die meisten Störungen beziehen sich nicht ausschließlich auf das Individuum, sondern wirken auch auf andere Menschen. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise Aggressionen zu nennen, die sich gegen sich selbst, aber auch gegen andere richten können. Richten sich die Aggressionen gegen die soziale Umwelt, ist diese von den Problemen des Kindes bzw. Jugendlichen mit betroffen.<sup>22</sup> In einem solchen Fall ist eine Intervention unumgänglich.

---

<sup>22</sup> Steinhausen 1996, S.15 f.

Anhand all der eben genannten Kriterien wird geprüft, ob es sich bei den Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen, um eine psychische Erkrankung handelt und ob professionelle Hilfe nützlich ist.

Ist eine psychiatrische Behandlung für den jungen Menschen empfehlenswert, stellt sich die Frage, wie man seine psychische Erkrankung genauer bestimmen bzw. erfassen kann. Zu diesem Zweck nutzt man ein Klassifikationssystem, welches ich im Folgenden kurz vorstellen möchte.

## 2.2 Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Auffälligkeiten werden in ein Klassifikationssystem eingeteilt.

Psychopathologische Phänomene sollen in diesem System, unter dem Aspekt gleicher oder ähnlicher Merkmale, systematisch eingeordnet werden.

Die einheitliche Klassifikation psychischer Störungen, macht es u.a. für die Epidemiologie möglich, die Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen zu erfassen.<sup>23</sup>

Das Verfahren der Klassifizierung dient auch der Abgrenzung von Störungsbildern. Für Mediziner ist es von Nutzen Erkrankungen auf diese Art und Weise zu erfassen, da sie sich dadurch besser über Krankheitsbilder verständigen können sowie prognostische Einschätzungen vornehmen können.

Zur Klassifikation psychischer Erkrankungen wurden Idealnomen geschaffen. Es wurde festgelegt, was normale Verhaltensnormen sind und wann eine Abweichung vom Normalen beginnt.<sup>24</sup>

Es ist wichtig anzumerken, dass die Klassifikation einer psychischen Erkrankung nicht mit einer Diagnose verwechselt werden darf. Eine Diagnose umfasst weit mehr als die durch die Klassifikation erfassten Merkmale.<sup>25</sup>

Nun bleibt noch die Frage offen, welche Möglichkeiten zur Klassifikation psychischer Störungen genutzt werden?

Weltweit wird mit zwei Systemen gearbeitet, die z.T. miteinander konkurrieren, sich aber auch ergänzen. Zum Einen handelt es sich dabei um die International Classification of Diseases (ICD), zum Anderen um das Diagnostic and Statistic Manual (DSM), welches vornehmlich in Amerika oder für Forschungszwecke angewandt wird. In Deutschland hingegen ist die Verwendung des ICD verbindlich.

---

<sup>23</sup> vgl. Trost 1999, S.97 ff.

<sup>24</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.35

<sup>25</sup> ebenda, S.47 f.

Beide Manuale wurden von der World Health Organisation (WHO) herausgegeben und erfassen alle anerkannten Krankheiten und Diagnosen.<sup>26</sup>

Die Modelle stammen aus der somatischen Medizin. Es wird z.T. für problematisch gehalten, sie zum Erfassen psychischer Erkrankungen zu nutzen. Im Licht neuer Erkenntnisse ist es diskussionswürdig, ob es sinnvoll ist, gerade auch im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Erfassung psychischer Erkrankungen derart defizitorientiert vorzunehmen.

Professionelle Hilfe sollte sich, so die Forderung, immer auch an erkennbaren Entwicklungsressourcen orientieren und sich nicht ausschließlich auf Defizite begrenzen. Problematische Symptome ohne die individuelle bzw. psychosoziale Situation zu betrachten, so der Vorwurf, ist einseitig und unzureichend, da dadurch bspw. auch die Bedeutung der gezeigten Symptome verloren geht.

Die unreflektierte Anwendung des Klassifikationssystems birgt also u.a. die Gefahr, Erkrankungen aus ihrem Bedeutungszusammenhang zu reißen.<sup>27</sup>

Im Folgenden möchte ich daher auf Kritik an der Störungsdiagnostik eingehen.

### 2.3 Kritik an der Störungsdiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es das Bestreben psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten in Diagnosen zu vereinheitlichen. Diese Art der Einordnung und Festlegung vernachlässigt jedoch das Ineinandewirken unterschiedlicher Faktoren, die zu der jeweiligen Erkrankung geführt haben. Faktoren, wie bspw. die familiären Verhältnisse oder auch angstauslösende Erfahrungen werden durch die Nutzung der internationalen Klassifikation nicht erfasst.<sup>28</sup> Die Individualität des Kindes bzw. Jugendlichen und seine ganz eigene Geschichte werden auf einen Code reduziert. Die Komplexität die seine Krankheitsgeschichte hat verschwindet hinter Zahlen und Ziffern.<sup>29</sup>

In der Praxis kommt es des Weiteren oft zu Situationen, in denen das Kind bzw. der Jugendliche nur der Symptomträger ist. Es ist nicht neu, dass familiäre Faktoren einen entscheidenden Beitrag zur Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern

---

<sup>26</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.48

<sup>27</sup> vgl. Trost 1999, S.97 ff.

<sup>28</sup> vgl. Engbarth, S.29 f.

<sup>29</sup> ebenda, S.253

und Jugendlichen leisten. Das Kind wird in diesem Fall durch die Diagnose als psychisch krank etikettiert, obwohl das gesamte familiäre System „krank“ ist. Die schnelle Festlegung auf eine Diagnose scheint im Bereich der KJP auch dazu zu führen, dass die gezielte Bekämpfung von Symptomen im Vordergrund der Therapie steht. Während eines Aufenthaltes in der Psychiatrie erfährt ein Kind bzw. ein Jugendlicher eine Menge an Therapieangeboten, die sich an seiner diagnostizierten Störung orientieren. Durch die Fülle an Therapien entsteht der Eindruck, dass die psychische Erkrankung in möglichst kurzer Zeit eliminiert werden soll. Die enorme Wichtigkeit der persönlichen Begegnung mit dem Patienten wird dabei sträflich unterschätzt. Gerade im Fachgebiet der Psychiatrie müsste berücksichtigt werden, dass psychische Prozesse Zeit brauchen.<sup>30</sup>

Der Gebrauch der ICD-Codierung birgt zudem auch den Nachteil in sich, dass schon Kinder- und Jugendliche etikettiert werden. Idealnormen, wie sie in der Klassifikation verlangt sind, sind in der Realität nicht vorhanden. Es ist also subjektiv und der Einschätzung des Therapeuten überlassen, ob es sich um eine normale Abweichung oder ein klinisches Symptom handelt. Wer entscheidet was normal und was gestört ist?<sup>31</sup>

Wilhelm Rotthaus wirft die Frage auf, ob die Störungsdiagnostik und die darauf aufbauende störungsspezifische Therapie nicht ihr Ziel verfehlt, indem sie wahrscheinlich nicht zur Genese anregt, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit die Störung aufrecht erhält. Er äußert, dass die psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen so komplex sind, dass sie nicht durch eine reine Fixierung auf die Störung zu erfassen und zu therapieren seien. Er rät an, nicht nur die störungsspezifischen Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch die störungsübergreifenden, um eine entsprechend angepasste therapeutische Strategie zu finden.<sup>32</sup>

Die Störungsdiagnostik sieht aus der Defizitperspektive auf den Klienten. Es findet eine ausschließliche Ausrichtung auf die problematischen Anteile statt. Die Schwächen, Mängel und Beschädigungen des jungen Klienten werden in den Focus gerückt. Dies führt zu einer einseitigen Betrachtung der Kinder und Jugendlichen. Menschen sind, wie ich später noch ausführen werde, jedoch immer auch Inhaber

---

<sup>30</sup> vgl. Engbarth, S.29 f.

<sup>31</sup> vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2000, S.48

<sup>32</sup> vgl. Rotthaus 2003, S.53 ff.



---

von Ressourcen (s. Punkt 4.1). Selbst bei ausgeprägten Erkrankungen verfügen Menschen immer über Ressourcen.<sup>33</sup>

Zunächst möchte ich mich jedoch der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Institution widmen. Wurde nach den oben genannten Kriterien bei einem Kind bzw. Jugendlichen eine psychische Erkrankung diagnostiziert, kann eine Behandlung in der KJP erfolgen. Im Folgenden möchte ich u.a. einen kleinen Einblick in die Geschichte, das Aufgabengebiet, die Strukturen sowie Therapieformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie geben.

### **3. Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

#### **3.1 Historischer Hintergrund der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

„Gezielte Fürsorge für seelisch kranke, behinderte oder verhaltensauffällige Menschen ist nicht selbstverständlich, ...“<sup>34</sup>

Ich habe meinen Ausführungen zum historischen Hintergrund der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Zitat vorangestellt. Es soll ersichtlich machen, dass es eine besondere Leistung unserer heutigen Gesellschaft ist, dass psychisch Erkrankte nicht mehr derart ausgegrenzt und stigmatisiert werden, wie es noch vor circa 70 Jahren der Fall war.

Ich werde die Entwicklungsgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur kurz darstellen. Auf die Rolle der KJP während der NS Zeit möchte ich dagegen einen intensiveren Blick werfen. Aus dieser Zeit liegen detaillierte Quellen über den Umgang mit psychisch erkrankten Kindern vor. Die Entstehung des eigenständigen Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist leider eng mit diesem dunklen Kapitel in der Geschichte verknüpft.

Die Quellen über die Geschichte der KJP sind sehr begrenzt. In der Mitte des 19. Jahrhunderts standen medizinische Fortschritte im Vordergrund und es wurde kaum ein Blick zurück gerichtet. Es ist aber davon auszugehen, dass psychisch kranke Kinder bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts gemeinsam mit Erwachsenen behandelt

---

<sup>33</sup> vgl. Willutzki 2003, S.92

<sup>34</sup> Engbarth 2003, S.245

wurden. Die Erwachsenenpsychiatrie bot somit, neben der Kinderheilkunde, eine ganz entscheidende Grundlage für die Entwicklung der Kinder und Jugendpsychiatrie.<sup>35</sup>

Der Begriff Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde vermutlich 1937 auf einem Kongress in Paris geprägt. Somit ist die KJP in der Geschichte der Psychiatrie erst sehr spät entstanden. Die Aufgabe der KJP wurde dort als ein konkretes „Verstehen und Helfen bei seelischen Schwierigkeiten in Anwendung auf das Kind“ verstanden.<sup>36</sup>

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte sich in Deutschland von 1933 bis 1945 aufgrund der politischen Lage kaum. Die Fürsorge für die Schwachen hatte in diesen Zeiten an Ansehen verloren. 1940 gründete sich in Wien dennoch die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“, deren Aktivitäten jedoch aufgrund der politischen Umstände behindert wurden.

Nach Kriegsende kam es 1950 auf dem deutschen Psychiaterkongress in Stuttgart zur Wiedergründung der Gesellschaft „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“. Diese Vereinigung wurde als ärztliche Organisation etabliert, die KJP erhielt 1968 den Status eines eigenen ärztlichen Fachgebietes und wurde somit ein Teilbereich der Medizin.<sup>37</sup>

Im Folgenden möchte ich auf den Umgang mit psychisch kranken Kindern zwischen 1933-1945 eingehen, da die Politik des Nationalsozialismus starke Auswirkungen auf die gerade entstehende Kinder und Jugendpsychiatrie hatte.

„Im Nationalsozialismus erfährt die Einstellung zum Andersartigen, zum Absonderlichen eine entscheidende Veränderung. Sowohl die Fremdrassigen als auch die Kranken werden mit wenigen Ausnahmen zu Minderwertigen in Bezug auf das Volkswohl.“<sup>38</sup>

In der Zeit des Nationalsozialismus schlich sich der Gedanke ein, dass ausschließlich gut veranlagte und gesunde Menschen einer Förderung wert seien. Es wurde die Organisation „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ gegründet. Der Gedanke über das Auslesen der Unerziehbaren gelangte in die Diskussion.<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> vgl. Engbarth 2003, S.246

<sup>36</sup> ebenda, S.19

<sup>37</sup> ebenda, S.18 ff.

<sup>38</sup> ebenda, S. 242

<sup>39</sup> ebenda, S.227

Ab August 1939 wurden Leiter von Entbindungsanstalten sowie Hebammen dazu angehalten, Kinder mit schweren angeborenen Leiden zu melden. Auf diese Art und Weise, wurden Kinder mit unterschiedlichsten Erkrankungen wie beispielsweise Missbildungen, dem Fehlen einzelner Gliedmaßen, Mongolismus, Mikrozephalie, Lähmungen etc. in Meldebögen erfasst. Ärzte wurden aufgefordert, die Kinder mit den oben genannten Leiden beim zuständigen Amtsarzt zu melden. Aufgabe des Amtsarztes war es dann die Eltern davon zu überzeugen, dass es notwendig für ihre Kinder sei in einer speziellen „Jugend- Psychiatrischen Fachabteilung“ behandelt zu werden. Da Kinder offiziell nicht gegen den Willen ihrer Eltern in jenen Fachabteilungen behandelt werden konnten, erweckten die Amtsärzte bei den Eltern die Hoffnung, dass eine Aussicht auf gewisse Heilerfolge bei ihren Kindern besteht. Im Jahr 1939 entstand in Brandenburg die erste Einrichtung mit einer so genannten Kinderfachabteilung. Bis 1945 wurden in den etwa 30 Kinderfachabteilungen innerhalb Deutschlands Kindestötungen durchgeführt.

Für die Öffentlichkeit wurden die Kinderfachabteilungen als Anstalten dargestellt, in denen Kinder mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln professionell behandelt werden.

Hatte der Amtsarzt die Eltern von der Notwendigkeit und vermeintlichen Chance der Behandlung in der Kinderfachabteilung überzeugt, wurden die Kinder in wohnortnahe Einrichtungen gebracht. Nach einiger Zeit verlegte man sie dann in weit vom Elternhaus entfernte Einrichtungen. Die Verlegung hatte zur Folge, dass die Eltern ihre Kinder nicht mehr unkompliziert besuchen konnten und von schriftlichen Mitteilungen der Einrichtung abhängig wurden. Eltern waren in Bezug auf die Arbeit innerhalb der Kinderfachabteilungen vollkommen ahnungslos.

Im Laufe der Zeit wurden auch Kinder mit leichten Behinderungen getötet.

Die Zahl der bürokratisch geplanten Kindestötungen beläuft sich bis 1945 auf circa 5000.<sup>40</sup>

Angesichts dieses Umgangs mit psychisch Erkrankten Menschen, bin ich sehr dankbar über die Ursachenforschung, die auf dem Gebiet der Psychiatrie seither betrieben wurde. Die Zeiten in denen psychisch Kranke als von Erbsünde betroffen oder von Dämonen besessen galten sind vorbei. Heute ist bekannt, dass multifaktorielle Bedingungen zu psychischen Erkrankungen führen.<sup>41</sup> Welche

---

<sup>40</sup> vgl. Engbarth 2003, S.236 ff.

<sup>41</sup> ebenda, S.246

---

Bedeutung die Ursachenfrage auf den Umgang mit psychisch Erkrankten hat, möchte ich im Folgenden ausführen.

### 3.2 Bedeutung der Ursachenfrage psychischer Erkrankungen

Ursachen psychischer Erkrankungen liegen, wie bereits oben erwähnt, auf biologischer und psychologischer Ebene. Soziokulturelle Faktoren sowie die aktuellen Lebensumstände sind ebenfalls Einflussgrößen.

Psychische Erkrankungen sind immer durch eine Wechselwirkung mehrerer Faktoren bestimmt.<sup>42</sup>

„Die Beantwortung der Frage nach der Verursachung hat einen entscheidenden Einfluss auf den praktizierenden Umgang mit Krankheiten und abweichendem Verhalten ...“<sup>43</sup>

Anette Engbarth äußert, dass die Einstellung zu und Behandlung von psychischen Erkrankungen, mit der oft gestellten Schuldfrage zusammenhängt. Sie erklärt, dass es auch von der Beantwortung der Frage nach der Ursache psychischer Erkrankungen abhängt, welcher Umgang mit den Erkrankten stattfindet.

In Bezug auf die sogenannte Schuld- oder Ursachenfrage sind zwei Ansätze erkennbar. Die Einen deuten psychische Erkrankungen als rein biologisch verursacht, die Anderen führen die Krankheit ausschließlich auf psychologische Ursachen zurück.

Beide Ansätze beantworten die Frage nach den Ursachen psychischer Erkrankungen jedoch einseitig. Diese einseitige Sicht birgt wiederum die Gefahr anzunehmen, Krankheiten seien bspw. durch einfache gesellschaftliche Veränderungen oder eine voranschreitende Gentechnik zu besiegen.

Diese utopischen Vorstellungen können für die Wahrnehmung von psychisch Erkrankten bedeuten, dass sie als störend empfunden werden, da Gesundheit als einfach zu erreichen empfunden wird.

Auch in Bezug auf die Beziehungsgestaltung zwischen den Beschäftigten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den jungen Klienten, spielt die Frage nach der Ursache der Erkrankung eine entscheidende Rolle.

---

<sup>42</sup> vgl. Steinhausen 1996, S.25 f.

<sup>43</sup> Engbarth 2003, S.12

Im konkreten Fall kann dies bedeuten, dass ein Mitarbeiter des Pflegepersonals versucht ausschließlich durch erzieherische Mittel auf die Krankheit zu reagieren, da er diese als ausschließlich reaktiv ansieht. Führt sein Ansatz zum Scheitern der Behandlung, ist der Mitarbeiter in seiner Enttäuschung dazu geneigt, dieses auf die fehlende Motivation des Klienten zurückzuführen.

Wird in Bezug auf die Ursache der Erkrankung nur der biologische Faktor betrachtet, kommt es eventuell zu einer ausschließlich medikamentösen Behandlung der Erkrankung. Durch diese Form der einseitigen Intervention, lässt man jedoch ebenfalls entscheidende Mittel und Möglichkeiten ungenutzt.<sup>44</sup>

Es ist im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie daher elementar zu wissen, dass psychische Erkrankungen immer mehrdimensional sind und daher auch breitgefächert und dass vor allem ganz individuell interveniert werden muss.

### 3.3 Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Bundesärztekammer definiert das Aufgabengebiet der KJP wie folgt:

„Die Kinder und Jugendpsychiatrie umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie der psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Volljährigen mit Entwicklungsverzögerung, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt, einschließlich der Psychotherapie als Einzel-, Gruppen und Familientherapie.“<sup>45</sup>

Im Jahr 1990 ging man von 2,5 Millionen kranker oder verhaltensauffälliger Kinder in der BRD aus, 800.000 von ihnen galten als dringend behandlungsbedürftig.<sup>46</sup>

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nicht nur seelisch kranke Kinder und Jugendliche behandelt. Es gehören auch andere junge Menschen zum Klientel. Die Störungen bei diesen jungen Klienten haben keinen Krankheitswert, jedoch ist ihre soziale Integration stark eingeschränkt oder behindert.

---

<sup>44</sup> vgl. Engbarth 2003, S.14 f.

<sup>45</sup> Trost 1999, S.84

<sup>46</sup> vgl. Engbarth 2003, S.20 f.

Kinder und Jugendliche die in der KJP behandelt werden sind aus unterschiedlichsten Gründen dort. Einige sind an ganz alltäglichen Herausforderungen gescheitert, andere an besonderen Zumutungen zerbrochen.<sup>47</sup> Einige der Kinder und Jugendlichen haben jahrelang unterschiedlichste Kränkungen erfahren und Vermeidungsstrategien entwickelt. Diese eingefahrenen Verhaltensweisen führen im Verlauf ihrer Entwicklung nun immer wieder zum Scheitern. Die Familien der erkrankten Kinder sind oft belastet und das Verhältnis zwischen Kind und Eltern zum Teil bestimmt von Angst, Enttäuschung und Misstrauen. Durch die massiven Belastungen in ihrem alltäglichen Leben, konnten die Kinder und Jugendlichen oft keine realistischen Lebenspläne entwickeln. Die KJP sollte ein Ort für sie sein, an dem ihnen Zeit und Raum gegeben wird, um im Abstand zu ihrer sonstigen Lebenssituation neue Perspektiven zu entwickeln. Die Beschäftigten in der KJP sollten dabei Werte wie Solidarität, Rücksichtnahme und Gerechtigkeit erfahrbar machen und auf die Einhaltung von Verhaltensregeln achten. Idealtypisch sollte die KJP für die Kinder und Jugendlichen einen Raum zur Verfügung stellen, in dem sie neue Erfahrungen machen dürfen und ihnen Kränkungen erspart bleiben.<sup>48</sup> Sie sollten eine Wertschätzung ihrer Person erfahren und die Möglichkeit bekommen angemessene Rückmeldungen zu erfahren, jenseits von Vorwürfen und Beschuldigungen.

### 3.4 Strukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen. Im Folgenden möchte ich die Strukturen der KJP in Verbindung mit den dort beschäftigten Berufsgruppen darstellen.

Eine Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von einem Chefarzt bzw. einer Chefarztin geleitet. Diese sind in der Regel Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der Leiter der Einrichtung trägt die fachliche sowie inhaltliche Verantwortung für die am Patienten geleistete Arbeit. Er steht dem multiprofessionellen Team vor. Die Vertretung des Chefarztes wird von einem Oberarzt bzw. einer Oberärztin geleistet. Neben den leitenden Ärzten sind in einer KJP noch weitere Fachärzte und Assistenzärzte vorhanden. Zum Klinikteam gehören

---

<sup>47</sup> ebenda, S.250

<sup>48</sup> vgl. Engbarth 2003, S.249 ff.

des Weiteren Psychologen, Sozialpädagogen, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten bzw. Kunsttherapeuten, Logopäden, Heilerzieher und eventuell noch weitere Beschäftigte wie Musiktherapeuten.

Der Pflegedienst wird in der Regel von einer Kraft mit einer pädagogischen oder pflegerischen Ausbildung geleitet.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Regel eine Klinikschule angeschlossen, in der die Kinder während ihrer Therapie beschult werden. Zu diesem Zweck kommen Lehrer in die Klinik und vermitteln den Kindern das Wissen, das sie benötigen, um den Anschluss in ihren Heimatschulen nicht zu verlieren.

Die Kliniklehrer zählen nicht zum Behandlungsteam der KJP. Sie werden nur allgemein über den Klienten informiert, d.h. ausschließlich wenn es notwendig ist bzw. für den konkreten Schulalltag von Nutzen ist. Dazu kann z.B. eine diagnostizierte Lese- und Rechtschreibschwäche zählen. Die Lehrer ihrerseits können durch ihre Unvoreingenommenheit in Bezug auf den Klienten wichtige Rückmeldungen an das Behandlungsteam geben. Sie können Aussagen zum Sozialverhalten der Kinder bzw. Jugendlichen in der Schule machen oder auch Anmerkungen zur Angemessenheit der Schulform. Ein junger Mensch kann bspw. Verhaltensauffälligkeiten entwickelt haben, da er in der gymnasialen Stufe einer ständigen Überforderung ausgesetzt ist. Solche Beobachtungen werden dann mit Leistungstests abgeglichen, wodurch wiederum eine differenzierte Diagnose möglich ist.

Eine Station in der KJP ist in der Regel mit ca. zehn Patienten belegt. Die meisten Stationen sind alters- bzw. störungsspezifisch konzipiert.

Zum Konzept der Kinder- und Jugendpsychiatrien gehört es in der Regel auch, dass für jeden neuen Patienten ein Bezugspfleger benannt wird.<sup>49</sup>

Die Bezugspflege wird leider nicht in all ihren Möglichkeiten ausgeschöpft. Sie wird als grundlegendes Element für eine erfolgreiche Therapie des jungen Klienten oft unterschätzt. Es ergibt sich daraus oft die Tatsache, dass mehr oder weniger bindungsgestörte Kinder bzw. Jugendliche von vielen verschiedenen Personen betreut werden. Der jeweilige Ansprechpartner ist der diensthabende Mitarbeiter des Pflegepersonals. Diese Bedingungen machen es den Kindern und Jugendlichen unnötig schwer Bindungen aufzubauen und sich auf die Therapie einzulassen.

---

<sup>49</sup> vgl. Brünger 2004, S.357 f.

Junge Klienten, die dazu neigen sich zurückzuziehen, können unter solchen Bedingungen auch leicht übersehen werden. Die Mitarbeiter haben durch diese mangelnde Organisation des Milieus immer nur die jeweils auffälligsten Kinder und Jugendlichen im Blick.<sup>50</sup>

Ein Bezugspfleger sollte idealtypisch zum verbindlichen Ansprechpartner und bestenfalls zum Vertrauten für den jungen Klienten werden. Der Klient kann sich dadurch anfangs u.a. besser in den Stationsalltag einfinden. Er bekommt eine Person an die Seite gestellt, die ihn während seines Aufenthalts in der KJP begleitet und der er sich in Krisensituationen eher als ihm nicht bekannten Beschäftigten anvertrauen würde.

Die Bezugspflege bietet, wenn man sie als elementare Aufgabe ernst nimmt, eine Grundlage dafür, dass der einzelne Klient mit seinen individuellen Bedürfnissen, Sorgen und Nöten im Stationsalltag nicht untergeht. Ein Bezugspfleger kann immer einen Blick auf sein „Pflegekind“ haben. Durch die mindestens einmal wöchentlichen Einzelkontakte, kennt er viele Einzelheiten über die Lebenssituation des jungen Klienten und kann sich daher auch in die wöchentliche Visite gezielt einbringen, wenn es u.a. um die Therapieplanung geht. Des Weiteren nimmt er an Familien- und Elterngesprächen teil und bekommt durch die bewusste Begleitung des jungen Klienten einen umfassenden Einblick in dessen Lebenswelt.

Die Funktion des Bezugspflegers übernehmen im Stationsalltag zumeist die Mitarbeiter des Krankenpflegepersonal oder auch die pädagogischen Fachkräfte, da sie die Möglichkeiten haben intensiv Zeit mit den Klienten zu verbringen.

Mit Ärzten, Psychologen oder auch den Ergo- und Musiktherapeuten verbringen die Klienten dagegen weniger Zeit. Sie vereinbaren in der Woche wenige, zeitlich begrenzte Termine mit den Klienten, in denen sie z.B. Einzel- oder Elterngespräche führen.<sup>51</sup>

### 3.5 Die besondere Rolle des minderjährigen Klienten innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist es längst üblich, dass der Klient wesentliche Informationen über die Art, Risiken und Ziele der Behandlung erhält.

---

<sup>50</sup> vgl. Rotthaus 1990, S.169 ff.

<sup>51</sup> vgl. Brünger 2004, S.357 f.



Der erwachsene Klient wird umfassend informiert, um sich nach der Beratung frei für oder gegen eine Behandlung entscheiden zu können. Ist die Information durch den Arzt ausgeblieben, hat der Klient u.a. die Möglichkeit die Verantwortlichen rechtlich zu belangen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gestaltet sich dies etwas anders. Der Klient ist minderjährig und diese Tatsache bestimmt das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Kind bzw. Jugendlichen, in seiner Rolle als Patient, maßgeblich.

Die Klienten werden aufgrund der Annahme, dass sie selbst noch nicht in der Lage sind verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen, leider oftmals vom Arzt übergangen.

Meistens bekommen die Eltern die Aufgabe übertragen im Interesse ihres Kindes zu entscheiden. Grundsätzlich ist dieses Vorgehen kein Problem, problematisch ist jedoch, dass die Kinder bzw. Jugendlichen komplett von anstehenden Entscheidungsprozessen ausgeschlossen werden.

Kritisch ist zu sehen, wenn der Arzt mit den Eltern, im Beisein des Kindes, beginnt so über die bevorstehende Behandlung zu kommunizieren, als ob das Kind nicht anwesend wäre. Da die Eltern die Entscheidungsträger sind, wird sich oft nicht die Mühe gemacht die Informationen kindgerecht aufzuarbeiten. Die Teilnahme des Kindes an der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird einfach vorausgesetzt.

Dieses Vorgehen kann sich dann als problematisch erweisen, wenn die Eltern- Kind Beziehung gestört ist und das Kind den Arzt und die Institution KJP als Verbündete seiner Eltern empfindet

Kinder und Jugendliche sind bei ihrer Einweisung in die KJP oft komplett uninformiert. Sie haben keine Ideen, warum sie dorthin gebracht werden, wie lange sie dort bleiben werden und was das Ziel des Aufenthaltes dort ist.

Da keine gemeinsame Entscheidungsfindung stattfand, sind die Kinder oft auch nicht themotiviert. Sie kennen die Ziele ihres Aufenthaltes in der KJP nicht und können sie daher auch nicht mittragen.

In der Vergangenheit wurden Studien dazu gemacht, wie viel Kinder und Jugendliche über ihre Behandlung in der KJP wissen. Viele Patienten zeigten dabei starke Informationsdefizite über ihre eigene psychiatrische Behandlung. Eine Studie ergab, dass 50 % der Kinder und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

keine Vorstellung über die ihnen bevorstehende Behandlung hatten. 60 % gaben an, nicht auf den Klinikaufenthalt vorbereitet worden zu sein.

Diese Voraussetzungen sind katastrophal wenn man bedenkt, dass die KJP eine Institution ist, in der Kindern und Jugendlichen geholfen werden soll, jene jedoch nichts davon wissen und ihren Aufenthalt dort z.T. sogar als Strafe empfinden. Mangelnde Informationen und die massive Unaufgeklärtheit haben zur Folge, dass die Kinder gerade zu Beginn der Behandlung von starken Ängsten und Unsicherheiten geplagt sind. Die jungen Klienten quält u.a. die Frage, wann sie wieder zurück in ihr Elternhaus dürfen bzw. wie lange sie noch in der KJP festgehalten werden. Die Kinder fühlen sich von ihren Eltern verlassen und anderen Menschen sowie einer fremden Umgebung ausgeliefert. Grundlegende Fragen über ihren Aufenthalt in der KJP sind für sie nicht geklärt worden. Viele haben komplett falsche Vorstellungen über ihren Aufenthalt in der KJP. Es ist nur verständlich, dass sich dies denkbar schlecht auf die Therapie auswirkt.<sup>52</sup>

Einige Eltern drohen ihren Kinder mit einer Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn diese sich nicht endlich ordentlich benehmen. Für diese Kinder ist es dann verständlicherweise eine besondere Katastrophe, wenn aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten ein Aufenthalt in einer KJP ins Gespräch kommt. Ich habe während meines fünf Monate andauernden Praktikums in einer Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Klientin begleitet, die eine solche Erfahrung gemacht hat. Die Klientin war 12 Jahre alt und befand sich vor der tagesklinischen Behandlung bereits 3 Monate in stationärer Behandlung.

Im Verlauf unserer wöchentlichen Bezugspflegegespräche kamen wir auch auf ihren vorherigen Aufenthalt in der stationären KJP zu sprechen.

Die Klientin berichtete, dass ihre Mutter ihr schon einige Zeit vor ihrer tatsächlichen Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie damit gedroht hatte, sie dort einzuweisen. Die Mutter hatte die Forderung an das junge Mädchen, sie solle sich endlich besser benehmen. Nach Einschätzung der Klientin meinte die Mutter damit die ständigen Streitereien mit ihrer Schwester und das Schule schwänzen.

Das junge Mädchen sagte mir, dass sie den Drohungen ihrer Mutter aber keinen Glauben schenkte und auch keine Angst, angesichts der Androhung ihrer Mutter bekam. Sie hatte ihre Mutter noch nie konsequent erlebt, äußerte sie und daher war sie sich sicher, dass nichts dergleichen passieren werde.

---

<sup>52</sup> vgl. Wiethoff/Dippold/Fegert 2004, S.395 ff.

Nach einiger Zeit erfuhr das Jugendamt über die Schule vom massiven Schulschwänzen des Mädchens und lud die Mutter zum Termin ins Amt. Die Mutter wurde dort, erinnerte sich das Mädchen, vor die Wahl gestellt ihre Tochter in eine Heimeinrichtung zu bringen oder sie zur Behandlung in die KJP einzuweisen. Die Mutter entschied sich daraufhin sie in die Psychiatrie zu bringen. Die Klientin war schon kurze Zeit später in der stationären KJP untergebracht. Sie berichtete mir, dass sie die erste Zeit dort nur weinte und sich immer in ihr Zimmer zurückzog. Sie empfand den Aufenthalt in der KJP als eine Strafe. Niemand hatte ihr bei ihrer Einweisung erklärt, was der Zweck ihres Aufenthaltes sei. Sie sah dadurch keine Hilfe darin, sondern lediglich die schmerzhaft, erzwungene Trennung von ihrem Elternhaus. Es war ihr nicht möglich sich für die Therapie dort zu öffnen.

Für Kinder bedeutet der stationäre Aufenthalt in der KJP eine zuvor noch nicht erlebte, lange andauernde Trennung von ihrem Elternhaus. Aufgrund ihres Alters würden sie gerade angesichts dieser besonderen Situation Schutz und altersspezifische Aufklärung brauchen. Das Verunsicherung und Angst keine günstigen Therapiegrundlagen sind, dürfte jedem Therapeuten bekannt sein. Die Bereitstellung von altersangemessenen Informationen für die jungen Klienten, bietet eine elementare Grundlage, um mit ihnen an gemeinsam entwickelten Therapiezielen zu arbeiten. Kinder und Jugendliche müssen aktiv mit einbezogen werden und ihre Sicht auf die anstehende Behandlung muss unbedingt zur Sprache kommen.

Nachfolgend möchte ich darauf eingehen, welche Behandlungsmodalitäten es in Kinder- und Jugendpsychiatrien gibt. Wenn eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung notwendig wird, ist es unbedingt erforderlich ganz individuell zu prüfen, welches die geeignete Behandlungsmodalität für das Kind bzw. den Jugendlichen ist.

### 3.6 Ambulant, teilstationär oder doch vollstationär?

Kinder- und Jugendpsychiatrien haben unterschiedliche Behandlungsmodalitäten. Nach der Diagnosestellung wird im Idealfall gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern herausgearbeitet, welches die geeignete Interventionsmöglichkeit sein könnte. Je nach der Schwere der aktuellen psychischen Belastung des jungen Menschen, kann eine ambulante, stationäre oder auch teilstationäre Therapie erfolgen. Die ambulante Therapie ist bei den meisten Klienten ausreichend und daher die häufigste Behandlungsform.

Die Behandlungsdauer und Intensität der Therapie kann bei allen Therapieformen flexibel und ganz individuell gestaltet werden.

Bei einer ambulanten Behandlung kommt die Familie zu fest vereinbarten Terminen in die Praxis oder Beratungsstelle. Dort findet die Therapie statt. Das Kind bzw. der Jugendliche lebt dabei weiterhin in seinem Elternhaus. Das alltägliche Leben wird durch die ambulante Therapie nicht in seiner Struktur beeinträchtigt. Die Familienmitglieder erleben durch die regelmäßigen Sitzungen - im Idealfall - eher eine Verbesserung der familiären Situation. Bei der Auswahl der Behandlungsmodalitäten gilt es immer, zuerst auf die niedrigschwelligste Interventionsform zurückzugreifen. In diesem Fall ist das die ambulante Therapie. Teilstationäre Behandlungen finden in Tageskliniken statt. Tageskliniken haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Es besteht leider eine Unterversorgung, was diese Behandlungsform angeht. Es kann in Deutschland noch keine ausreichende Versorgung mit teilstationären Angeboten gewährleistet werden.

Bei einer Behandlung in der Tagesklinik kommen die jungen Klienten jeden Morgen in die Klinik und gehen am Nachmittag wieder zurück in ihre Familie. Den Abend und die Nacht verbringen sie in ihrem gewohnten Umfeld. Der Vorteil der teilstationären Therapie ist, dass die tagesklinische Behandlung von ihren Therapiemöglichkeiten nahezu dieselben Möglichkeiten, wie eine stationäre Therapie bietet. Der Klient erfährt die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, ohne dass er aus seinen sozialen Bezügen gerissen wird.

Der Bedarf an teilstationärer Behandlung ist generell hoch, durch den Mangel an Plätzen müssen Klienten jedoch oft vollstationär aufgenommen werden.

Für den jungen Klienten ist eine vollstationäre Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem großen psychischen Aufwand verbunden. Er wird aus seinem bisherigen Lebensumfeld herausgerissen. Der Nutzen einer vollstationären Therapie sollte daher genau abgewogen werden. Sollte durch die Schwere der Störung (Selbst- bzw. Fremdgefährdung) eine vollstationäre Aufnahme in der KJP notwendig sein, ist es Ziel, die Therapie dort möglichst kurz zu halten.

Die Herausforderung einer vollstationären Behandlung ist immer, dass die Kinder und Jugendlichen ihrem Aufenthalt dort oft nicht wohlgesonnen gegenüberstehen. Sie werden aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen und erleben u.a. Beziehungsabbrüche. Klienten fürchten sich außerdem vor der eventuellen Stigmatisierung durch ihren Psychiatrieaufenthalt und fühlen sich z.T. wie im Praxisbeispiel ausgeführt, durch die

Therapie in der KJP bestraft.<sup>53</sup> Demzufolge ist es immer vorzuziehen Kinder und Jugendliche teilstationär zu behandeln und in Zukunft ausreichend Plätze dafür zu schaffen. Im nächsten Punkt möchte ich kurz die gängigen Therapieformen in der KJP erwähnen.

### 3.7 Therapieformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Therapie bzw. Behandlung seelischer Leiden bei Kindern und Jugendlichen ist in der KJP aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit psychischer Erkrankungen multimodal angelegt.

Die Erkrankungen werden je nach Ausprägung durch verschiedene Verfahren behandelt. Die Therapien sollten patientenbezogen und individuell kombiniert sein. Den Kindern und Jugendlichen können u.a. Psychotherapie bspw. in Form von Gesprächstherapie, Pharmakologie, Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, soziales Kompetenztraining, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken wie Progressive Muskelrelaxation und Logopädie angeboten werden. Je nach Möglichkeit und Ausstattung der Klinik werden auch weitere Angebote gemacht, wie Reit- oder Theatertherapie.

Die genannten Therapieverfahren können alle auch ressourcenorientiert angelegt sein.<sup>54</sup> In der Therapie mit kleineren Kindern ist die Gesprächstherapie nicht die beste Therapieform. Jüngere Kinder können sich z.T. noch nicht so gut artikulieren, deshalb wird man allein mit sprachlichen Mitteln schnell an seine Grenzen stoßen. Die Anwendung von Therapieverfahren die eher spielerisch sind, ist hier besser geeignet. Der professionelle Helfer kann dazu z.B. eine Puppe einsetzen, durch die er mit dem Kind kommuniziert. Insbesondere die Probleme, welche vom Kind als schwer kommunizierbar empfundenen werden, können durch diese Form spielerischer Kommunikation besser aufgefangen werden.<sup>55</sup>

Ich habe bisher einen Überblick über entwicklungspsychologische Grundlagen, psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben.

Im weiteren Verlauf meiner Arbeit möchte ich mich nun auf Ressourcen, als Wirkfaktor in der therapeutischen Arbeit auseinandersetzen.

---

<sup>53</sup> vgl. Libal/Fegert 2004, S.232 ff.

<sup>54</sup> vgl. Trost 1999, S.108 f.

<sup>55</sup> vgl. Retzlaff 2009 (Internetquelle)

---

## 4. Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen

Zur Klärung der Grundbegrifflichkeiten der Ressourcenorientierung, werde ich im Folgenden z.T. allgemein über Klienten reden, ohne dabei speziell auf Kinder und Jugendliche einzugehen.

### 4.1 Einführung

Im Verlauf der letzten Jahre geht die Entwicklung dahin, dass immer mehr Kritik an der einseitigen Defizitorientierung im Bereich Psychiatrie auftaucht (s. Punkt 2.3). Bisherige Behandlungskonzepte und -methoden werden zunehmend hinterfragt. Eine stärkere Orientierung an den Kompetenzen, Stärken und Veränderungspotentialen des Klienten wird gefordert.

Die Konzentration auf die Ressourcen des Klienten wird hier als Möglichkeit in der Therapie gesehen, die klinifizierte Sichtweise auf psychisch erkrankte Menschen zu korrigieren. Dies bedeutet nicht die Störungsperspektive gänzlich auszuklammern, sie wird jedoch um die positive Perspektive, die Ressourcenperspektive, erweitert. Der Klient wird durch eine zusätzliche Analyse seiner Ressourcen vollständiger beschrieben. Es wird nicht länger nur der pathogene Teil betrachtet, sondern die salutogenen Anteile werden ergänzt. Die Einnahme dieser beider Perspektiven macht es möglich, sich ein komplettes und ganzheitliches Bild des Klienten zu machen.<sup>56</sup>

Im Konzept der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie geht de Shazer, der die Ressourcen seiner Klienten konsequent nutzt, sogar soweit, dass er die Störungsperspektive für irrelevant hält und sich ausschließlich auf Ressourcen- und Lösungen ausrichtet. Er schließt das Vorhandensein von Problemen nicht aus, fokussiert aber die Fähigkeiten, Kräfte und Ideen des Klienten für die Lösung von Problemen.<sup>57</sup>

Nachfolgend möchte ich mich nun den Grundlagen der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen widmen. Dazu werde ich mich einleitend mit der Klärung des Ressourcenbegriffs auseinandersetzen.

---

<sup>56</sup> vgl. Klemenz 2003, S.15 ff.

<sup>57</sup> vgl. Bürgi 2004, S. 177

## 4.2 Klärung des Ressourcenbegriffs

Der Blick auf die Ressourcen von Hilfesuchenden ist in der psychiatrischen Arbeit nicht neu, findet aber erst in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit. In der Arbeit mit psychisch Erkrankten kommt man gegenwärtig an ressourcenorientierten Ansätzen nicht mehr vorbei. Das ist vermutlich der Erkenntnis zu verdanken, dass Ressourcen ein bedeutsamer Wirkfaktor für positive Veränderungen bei psychischen Problemen sind. In der Psychotherapie gelangt man nach Jahren der Praxis langsam zum Wissen darum, dass eine punktgenaue Bestimmung der Ursache keine Ansätze zur Veränderung in sich birgt. Eine exakte Analyse der Probleme spezifiziert nicht, welche Mittel und Wege zu einer Lösung des Problems führen können.<sup>58</sup>

Im Rahmen der Psychotherapie werden Ressourcen als Bestandteil der Behandlung seit langem genutzt. In der Verhaltenstherapie geht man z.B. davon aus, dass Menschen die Fähigkeit haben eingefahrenes Verhalten zu verändern und Neues zu lernen. Eine gezielte Einbindung von Ressourcen in die therapeutische Arbeit kann man dies jedoch noch nicht nennen.

Bei Konzepten zur Arbeit mit Ressourcen geht es zuerst einmal darum, von der üblichen Problemorientierung wegzusehen. Das vorhandene Potential des Hilfesuchenden soll dabei ganz in den Vordergrund der Therapie rücken. Dazu reicht es nicht aus, theoretisch um den Nutzen der Stärken des Klienten zu wissen. Die Orientierung auf die Ressourcen des Klienten sollte handlungsleitend sein. Im Verlauf der Behandlung partiell Kleinigkeiten am Klienten lobend hervorzuheben, ist faktisch keine Ressourcenorientierung. Auf diese Art und Weise bleibt das Potential des Hilfesuchenden lediglich eine Randerscheinung.<sup>59</sup>

Das Fundament des ressourcenorientierten Ansatzes ist die Überzeugung, dass jeder Mensch Ressourcen hat und somit auch über die Fähigkeit verfügt „mit belastenden Lebensumständen und persönlichen Problemen konstruktiv umzugehen.“<sup>60</sup>

Diese Aussage trifft auf psychisch kranke Menschen ebenso zu, wie auf vermeintlich Gesunde. Menschen im Allgemeinen besitzen immer förderbare Ressourcen, die es ihnen möglich machen sich wieder aufzurichten und Lösungen für aktuelle Probleme zu finden.

---

<sup>58</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

<sup>59</sup> vgl. Schemmel/Schaller, S.9 ff.

<sup>60</sup> Willutzki 2003, S.91

In der Realität werden Menschen mit psychischen Störungen oft ausschließlich defizitär wahrgenommen und das leider nicht nur von ihrem unwissenden sozialen Umfeld, sondern z.T. auch von Beschäftigten im Bereich der Psychiatrie. Das liegt evtl. auch darin begründet, dass in psychiatrischer Fachliteratur und in Lehrbüchern die zur Ausbildung von Therapeuten dienen, oft lediglich detaillierte Anleitungen zum Identifizieren von Problemen zu finden sind. Die Diagnostik und Aktivierung von Ressourcen findet dagegen kaum Beachtung, fehlt zum Teil sogar vollständig. Es wird nicht wahrgenommen, z.T. sogar komplett ausgeblendet, dass die hilfeschuchenden Menschen vor der Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung, ihr Leben selbstständig bewältigt haben.

Diese Tatsache lässt im Prinzip zweifellos erkennen, dass psychisch erkrankte Personen Fähigkeiten in sich tragen, die sie ihre bisherigen Lebensaufgaben bewältigen lassen haben. Bei einem Eintritt in die Welt der Psychiatrie scheint diese Tatsache jedoch bedeutungslos zu sein.<sup>61</sup>

Mit fiel ein Zitat von Willutzki auf, welches die absolute Notwendigkeit der Nutzung von Ressourcen, gerade in Bezug auf die Arbeit in der KJP noch mal unterstreicht.

„...Ressourcen [sind] für die Bewältigung alltäglicher und besonderer Anforderungen bzw. Lebensaufgaben von zentraler Bedeutung ... und somit [ist] letztlich unsere psychische und physische Gesundheit sowie unser Wohlbefinden von ihrer Verfügbarkeit und ihrem Einsatz abhängig ...“.<sup>62</sup>

Was ist also die Folge davon, einen Klienten mit seiner Erkrankung ausschließlich defizitär zu betrachten und seinen Ressourcen keine Beachtung zu schenken?

Der Betroffene erhält keine Anregungen, keinen Impuls und vor allem kein Handwerkzeug dafür, sich seinen Problemen zu stellen. Es bleibt für ihn unklar, wie er seine Situation verändern kann und welche Mittel ihm dafür zur Verfügung stehen.

Diese Form der Therapie bringt für den Erkrankten kaum Nutzen. Seine individuellen Möglichkeiten zur Lösung seiner Probleme werden nicht beachtet.

Die Mittel zur Veränderung, die in ihm in Form von Ressourcen bzw. Selbsthilfekräften bereits angelegt sind, werden nicht genutzt. Dabei würde es dem Klienten systematisch bei der Lebensbewältigung helfen, seine ganz eigenen Ressourcen zu kennen.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> vgl. Willutzki 2003, S.91

<sup>62</sup> Willutzki 2003, S.91

<sup>63</sup> dies. 2009 (Internetquelle)



Allgemein ist zu sagen, dass Ressourcen sich nur in Bezug auf die Person ermitteln lassen. Sie sind keine feststehenden Gegenstände. Damit eine Ressource nutzbar ist, überhaupt erst zu einer wird, muss sie zu der zu bewältigenden Aufgabe passen. Was eine Ressource ist, entscheidet sich also immer erst durch die Auseinandersetzung mit dem Problem und dem Kontext.<sup>64</sup>

Da Ressourcen zur Bewältigung und Lösung aktuell belastender Lebensumstände genutzt werden, sind sie auch als Mittel zur Zielerlangung und Findung einer individuellen Zukunftsperspektive zu betrachten.

Des Weiteren lassen sie sich nur dann gezielt zur Bewältigung von Problemen nutzen, wenn sie gemeinsam mit dem Klienten herausgearbeitet werden. Der Klient muss die Ressourcen selbst als solche wahrnehmen.<sup>65</sup> Wird das Potential ausschließlich vom Therapeuten wahrgenommen, kann es nur bedingt oder gar nicht zur Entwicklung von Lösungswegen und Zielvorstellungen genutzt werden.

Das mangelnde Interesse an der konkreten Einbindung und Arbeit mit den Ressourcen psychisch Erkrankter ist sehr bedauerlich. Die Nichtbeachtung der Ressourcen führt dazu, dass übersehen wird, dass die Möglichkeit zur Veränderung im Menschen bereits angelegt ist und nur aktiviert werden möchte.<sup>66</sup>

Im Verlauf meiner Auseinandersetzung mit dem Thema Ressourcen fiel mir auf, dass die Begriffe Ressourcenorientierung, Ressourcenaktivierung oder auch ressourcenorientierte Arbeit sehr uneinheitlich verwendet werden. Ich fragte mich, ob es Hindernisse in der Arbeit mit Ressourcen durch dieses heterogene Begriffsverständnis gibt.<sup>67</sup>

#### **4.2.1 Schwierigkeiten bei der Klärung des Ressourcenbegriffs**

Eine klare Definition des Ressourcenbegriffs, eine Grundlage für ein kollektives Begriffsverständnis, ist bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht gefunden worden. Der Begriff Ressource ist inhaltlich vielfältig und schwer zu fassen. In der Literatur die sich thematisch mit Ressourcen auseinandersetzt, findet sich eine ganze Reihe von formalen Definitionen des Begriffs. Diese Begriffsvielfalt trägt jedoch nicht gerade zur Klarheit bei. Andererseits lässt genau diese Vielfalt gut erkennen, wie viele Möglichkeiten im Umgang mit Ressourcen vorhanden sind.

---

<sup>64</sup> vgl. Willutzki 2003, S.91ff.

<sup>65</sup> vgl. Bürgi 2004, S.179

<sup>66</sup> vgl. Willutzki 2003, S.91ff.

<sup>67</sup> vgl. Schaller/Schemmel 2003, S.577 ff.

Als ungünstig ist zu nennen, dass das vielförmige Begriffsverständnis die Diskussion über das Thema Ressourcen erschwert.

Ressourcenorientierung bzw. -aktivierung ist nicht klar definiert und vielleicht ist dies auch ein Grund dafür, dass ressourcenorientierte Ansätze in der Fachwelt z.T. noch nicht akzeptiert werden. In der Arbeit mit Ressourcen erfindet jeder eine eigene Ressourcenkonstruktion, was für Neulinge sehr verwirrend sein kann. Durch diese Verwirrung bleiben die Besonderheiten und Möglichkeiten der

Ressourcenorientierung im Unterschied zur problemorientierten Herangehensweise leider oft unklar.<sup>68</sup> Für den weiteren Ausbau bspw. ressourcendiagnostischer Verfahren, wird eine Klärung des Begriffs Ressourcen elementar sein.<sup>69</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ressourcenorientierung noch keine klare Identität hat. Es ist ein breites Begriffsverständnis vorhanden. Dies birgt die Gefahr in sich, dass Therapeuten sich vorschnell zugestehen bereits ressourcenorientiert zu arbeiten. Die Schubkraft der Ressourcenorientierung könnte durch einen solchen Fehlgebrauch verloren gehen.<sup>70</sup>

### 4.3 Grundlagen ressourcenorientierter Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ressourcenorientierung bzw. ressourcenorientierte Therapie in der KJP knüpft, wie bereits oben erwähnt an den Gedanken an, dass Menschen über ganz eigene Stärken und Potentiale verfügen, die sie fähig machen aktuellen Schwierigkeiten zu begegnen. Das Kind bzw. der Jugendliche in der KJP soll ganz persönlich in seiner jeweiligen Lebenssituation mit seinen individuellen Möglichkeiten angesprochen werden. Er wird dazu von seinem professionellen Helfer gezielt dazu ermutigt, seine ganz eigenen Selbsthilfekräfte zum Lösen des Problems in sich zu entdecken.

Der Ansatz hierbei ist, in der Therapie aus den individuellen Stärken des jungen Klienten Lösungen zu erarbeiten, die ihn fähig machen sein Leben zu bewältigen.<sup>71</sup>

In der Praxis, also bspw. im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen, ist eine auf Ressourcen ausgerichtete Therapie noch längst nicht üblich. Heike Schemmel und Johannes Schaller kritisieren, dass gerade bei

---

<sup>68</sup> vgl. Schaller/Schemmel 2003, S.577 ff.

<sup>69</sup> vgl. Klemenz 2003, S.36

<sup>70</sup> vgl. Schaller/Schemmel 2003, S.577 ff.

<sup>71</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

Dienstleistungen kassenärztlicher Versorgung noch immer dazu geneigt wird „problemorientiert, defizitorientiert und pathologisierend zu Denken“.

In Lehrbüchern, die sich mit der Behandlung psychischer Erkrankungen befassen ist, wie bereits erwähnt, noch immer eine klare Tendenz zu erkennen: die Ausrichtung auf einseitig störungsspezifische Therapiemodelle.

Dabei sind die Ressourcen welche die Kinder und Jugendlichen in die Behandlung mitbringen, die entscheidenden Bausteine für das Gelingen der Therapie. Der junge Klient bekommt in der ressourcenorientierten Therapie durch sein aktives Mitwirken die Möglichkeit, sich selbst als wesentlich mitgestaltend zu erleben. Er erfährt eine dringend benötigte Stärkung seines Selbstbewusstseins. Diese Selbstwertstabilisierung hängt wiederum mit seiner psychischen Gesundheit zusammen.<sup>72</sup>

Das Herausarbeiten von Ressourcen dient dem jungen Klienten über den Aufenthalt in der KJP hinaus, also im konkreten Alltag dazu, sich wieder als Quelle von positiven Veränderungen in seinem Leben wahrzunehmen.

Im Zusammenhang mit dem Thema Ressourcen kommt oft die Frage auf, ob die Konzentration auf die Ressourcen eines Klienten in der Therapie nicht gleichzeitig das Verweigern der Wahrnehmung eines vorhandenen Problems ist.

Wolfgang Loth meint dazu, dass in Konzepten zur Ressourcenorientierung darauf geachtet wird, sich „auf Ressourcen und Lösungen konzentrieren zu können, ohne die erlebte Leidenswirklichkeit von Hilfesuchenden leugnen zu müssen.“<sup>73</sup>

Sich auf die Ressourcen des Kindes bzw. Jugendlichen zu besinnen bedeutet nicht, die störungsspezifischen Konzepte zur Veränderung von Problemen zu ignorieren. Das Leid und die Probleme der jungen Klienten sind ernst zu nehmen, doch eine alleinige Fokussierung auf die pathologischen Anteile ist einseitig und unprofessionell.<sup>74</sup>

Zu den Grundlagen der ressourcenorientierten Therapie zählt auch die therapeutische Beziehung. Ihr kommt eine besondere Rolle zu, denn Ressourcenorientierung ist nicht lediglich ein erlernbares Konzept, sondern eine Haltung, welche in der Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen zum Ausdruck gebracht werden muss. Ich möchte in den folgenden Ausführungen deutlich machen, welche Bedeutung die

---

<sup>72</sup> vgl. Schemmel/Schaller 2003, S.9 ff.

<sup>73</sup> Loth 2003, S.29 ff.

<sup>74</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

---

Haltung des professionellen Helfers dem jungen Klienten gegenüber, für den positiven Verlauf der Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat.

#### **4.3.1 Die spezielle Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die Ressourcenorientierung ist bestimmt von einer Haltung des professionellen Helfers dem jungen Klienten gegenüber, der dessen Individualität wertschätzt und ihm zutraut selbst zu entscheiden, was er als hilfreich empfindet.

Der junge Klient muss immer auch die Möglichkeit haben Hilfsangebote und Hilfsvorschläge zurückzuweisen. Die professionellen Helfer sollten den Kindern bzw. Jugendlichen ein Umfeld bieten, in dem die jungen Klienten selbst bestimmen dürfen, welches Maß und welche Form der Hilfe sie benötigen, um sich zu entwickeln oder zu verändern. Allein schon durch dieses Zutrauen, so der Ansatz, wird ihre Handlungsfähigkeit gefördert und gestärkt.<sup>75</sup>

Des Weiteren ist es hilfreich für therapeutische Beziehung, wenn die professionellen Helfer in ihrem eigenen Leben Erfahrungen darüber sammeln konnten, dass es möglich ist wieder zu Kräften zu kommen, nachdem man restlos erschöpft war. Die meisten beratend oder therapeutisch Tätigen haben in ihrer eigenen Geschichte Krisen und schwierige Zeiten überstanden. Solche existenziellen Erlebnisse in der eigenen Geschichte machen sie fähig, hinter dem vordergründigen Klagen, auch die mannigfaltigen Möglichkeiten des Klienten zu erahnen. Sie geben dem professionellen Helfer die unbeirrbar Gewissheit, dass selbst größte Schwierigkeiten überwindbar sind.<sup>76 77</sup>

Der Gebrauch der Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen, sollte für die professionellen Helfer in der KJP im Vordergrund der Therapie stehen. Die jungen Klienten richten zu Beginn der Therapie ihren Focus oft auf ihre Mängel und auf ihr empfundenes Scheitern. Sie haben die Sichtweise ihres Umfeldes, auf ihr eigenes Verhalten übertragen. Der professionelle Helfer hingegen, sollte schon zu Beginn der Therapie die Ressourcen im Blick haben. Er wird dadurch zu einem förderlichen Gegenüber, das dem jungen Klienten nicht ermöglicht, in seiner negativen Sicht auf sich zu verharren. Das Kind bzw. der Jugendliche wird angeregt seine Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen und Möglichkeit (wieder) zu entdecken. Die Therapie

---

<sup>75</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

<sup>76</sup> vgl. Bürgi 2004, S.180

<sup>77</sup> vgl. Loth 2003, S.36 ff.

läuft auf einer solchen Grundlage nicht Gefahr, problemstabilisierend zu sein. Ausgehend von diesem Fundament fällt es den Kindern und Jugendlichen auch leichter über Schwieriges und Problematisches zu sprechen.

Wie bereits erwähnt ist das Ziel der ressourcenorientierten Therapie u.a., dass es den professionellen Helfern gelingt mit dem jungen Klienten, dessen ganz individuelle Ressourcen zu erarbeiten. Der junge Klient muss diese Ressourcen auch subjektiv empfinden.<sup>78</sup>

Ich fand ein Bild besonders passend, das Loth zur Darstellung der Rolle des professionellen Helfers in Bezug auf diese Aufgabe wählt. Er beschreibt den Therapeuten darin als blind. Der Helfer sieht also selbst noch keine Lösungen für den Klienten, sondern er hilft diesem zu passenden Lösungen für sich zu kommen. Er schreibt, es sei ein guter Ansatzpunkt für eine Therapie, von der Kundigkeit der Klienten auszugehen. Diese wissen selbst am Besten was ihnen gut tut und was sie brauchen.

Der professionelle Helfer sollte, so Loth, nicht mit einer vorgefertigten Idee auf den Klienten zugehen, sondern erst im Zusammenwirken sollen gemeinsam Ideen erarbeitet werden. Dazu ist es notwendig das Selbstverständliche immer zu hinterfragen und nicht vorschnell vermeintliche Lösungsvorschläge zu verteilen.<sup>79</sup> Gelingt ihm dies, kann das Kind bzw. der Jugendliche seine Ressourcen wieder (entdecken) und sie in vollem Umfang zur weiteren Lebensbewältigung nutzen. Nachdem ich etwas Klarheit in den Ressourcenbegriff und die Grundlagen ressourcenorientierter Arbeit gebracht habe, knüpfe ich im fünften Kapitel daran an. Ich werde ausführen, welche Faktoren im Leben von Kindern und Jugendlichen als Ressourcen gesehen werden und wie man diese einteilt. Ebenso werde ich mich der Diagnostik und Aktivierung von Ressourcen widmen.

---

<sup>78</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

<sup>79</sup> vgl. Loth 2003, S.36 ff.

---

## **5. Ressourcenorientierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

### **5.1 Ressourcenpotentiale bei Kindern und Jugendlichen**

Die konkreten und ganz persönlichen Mittel, die der junge Mensch zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse hat, kann man Ressourcenpotential nennen. Es handelt sich dabei um die ganz individuellen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen.

In der folgenden Ausführung und Einteilung sind Potentiale von Kindern bzw. Jugendlichen genannt, die ihnen als Ressourcen in schwierigen Situationen dienlich werden können.

Das Kennen der verschiedenen Ressourcenpotentiale ist wichtig für den Therapeuten, um diese diagnostizieren zu können. Der Therapeut kann durch die Nennung und Einteilung der verschiedenen Ressourcen gezielt nach ihnen forschen und dem Kind bzw. Jugendlichen helfen seine individuellen Fähigkeiten (wieder) zu entdecken.

#### **5.1.1 Personale Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen**

Mit den personalen Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen sind zum Einen die physischen Ressourcen gemeint und zum Anderen die psychischen. Zu den physischen Ressourcen gehören u.a. Potentiale wie Gesundheit, Fitness, Kraft, Ausdauer, protektive Temperamentsmerkmale sowie physische Attraktivität. Die psychischen Ressourcen sind z.B. individuelle Begabungen, über die der junge Klient verfügt. Damit können Musikalität, Kreativität, Intelligenz, Sozialkompetenz oder auch psychomotorische Fähigkeiten gehören. Nichtkognitive Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. das Motivations-, Arbeits- und Lernverhalten zählen ebenfalls dazu. Auch Interessen im Allgemeinen und die Fähigkeit Probleme zu bewältigen gehören zu den Personenressourcen.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> vgl. Klemenz 2003, S. 132

### 5.1.2 Umweltressourcen bei Kindern und Jugendlichen

Die Umweltressourcen von Kindern und Jugendlichen umfassen auch die sozialen Ressourcen des Klienten. Mit den sozialen Potentialen sind z.B. eine positive Eltern-Kind Beziehung, Netzwerkressourcen oder auch die Ressourcen einzelner Familienmitglieder oder Bezugspersonen gemeint. Hat das Kind bzw. der Jugendliche die Möglichkeit sich Unterstützung und sozialen Rückhalt durch emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt zu holen, ist dies ebenfalls eine Ressource für ihn. Gefühle der Zugehörigkeit z.B. Freundschaften und Anerkennung in der Peergruppe sowie ein generalisiertes Gefühl der Akzeptanz, sind wichtige soziale Potentiale für Kinder und Jugendliche. Zu den Umweltressourcen zählen die ökonomischen (z.B. Familieneinkommen) und ökologischen (z.B. Wohnumfeldbedingungen) Ressourcen der Familie, in der ein Kind bzw. Jugendlicher aufwächst. Im Einzelfall sind auch die soziokulturellen Ressourcen von Bedeutung. Soziokulturelle Ressourcen sind unter anderem Werte, Normen und Regeln der Familie.<sup>81</sup>

Darum zu wissen, welche Bedingungen dem Kind bzw. dem Jugendlichen als Ressourcen dienen können, ist jedoch nur ein Anfang. Nun ist es wichtig zu klären, wie diese Ressourcen und Potentiale innerhalb der KJP diagnostiziert werden können. Ist dies überhaupt schon möglich? Ferner ist zu klären, welche Vorteile die Ressourcendiagnostik für den jungen Klienten und auch für den diagnostizierenden Therapeuten hat.

## 5.2 Ressourcendiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Laufe der Jahre immer differenziertere, kategoriale Systeme zum Einordnen psychischer Erkrankungen erstellt. Es handelt sich dabei ausschließlich um problemorientierte Diagnosesysteme, die eine möglichst genaue Bestimmung der Störung zum Ziel haben.

Den Forschungsbemühungen im Bereich der Entwicklungspsychopathologie ist es zu verdanken, dass das Wissen über psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten enorm angewachsen ist. Diese wissenschaftliche Auseinandersetzung ist von großer Bedeutung. Ein geschichtlicher Rückblick (s. Punkt 3.1) macht deutlich,

---

<sup>81</sup> vgl. Klemenz 2003, S. 132

---

welch verheerende Auswirkungen Unaufgeklärtheit über psychische Erkrankungen haben kann.

Es wurde bisher leider zum größten Teil die problem- und störungsbezogene Betrachtung der psychischen Störungen optimiert, was zu einer einseitigen Betrachtung psychischer Erkrankungen führt (s. Punkt 2.3). Es lässt sich eine Menge Fachliteratur finden, die sich mit dem Thema psychische Störungen im Kindes und Jugendalter sowie ihrer Diagnostik beschäftigt. Im Vergleich dazu findet sich nur erschreckend wenig Literatur, die sich auf das Diagnostizieren von Ressourcen konzentriert. Durch diese einseitige Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der KJP, wird den Kindern und Jugendlichen Unrecht getan.

Die gesunden Anteile ihrer Person werden bei der Störungsdiagnostik nicht berücksichtigt, obwohl diese einen großen Teil ihrer Person ausmachen. Neben den Störungen des jungen Klienten sollten immer auch seine Ressourcen diagnostiziert werden. Da es Grundlage einer gelingenden Problembearbeitung und somit einer therapeutisch wirksamen Behandlung ist, sollte ein Therapeut nicht nur die Problemanalyse beherrschen, sondern auch die Analyse der Ressourcen.<sup>82</sup>

Derzeit sind jedoch kaum diagnostische Verfahren zur Ressourcenerhebung vorhanden, da die Ressourcenperspektive bisher nicht im Fokus des Interesses war. Selbst Therapien in denen man seit Jahren mit Konzepten der Ressourcenorientierung arbeitet, haben sich der genaueren Diagnostik der individuellen Kompetenzen nicht gewidmet. Bodo Klemenz merkt jedoch an, dass sich Tests die für die Störungsdiagnostik entwickelt und eingesetzt wurden auch für die Ressourcendiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nutzen lassen. Bei der Auswertung der Tests, so Klemenz, muss dazu gezielt die Ressourcenperspektive eingenommen werden. Der Blick des Diagnostikers muss von den Störungen des Kindes bzw. Jugendlichen weggelenkt sein. Er fokussiert dazu seine Aufmerksamkeit nur auf die positiven Möglichkeiten und Bedingungen des Klienten. Die problematischen bzw. gestörten Anteile werden dazu zeitweilig ausgeblendet. Diese aktive Betrachtung der Kompetenzen kann man als Einnahme der Ressourcenperspektive betrachten.<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> vgl. Klemenz 2003, S.15 ff.

<sup>83</sup> vgl. Klemenz 2003, S.29 ff.



Dieser Ansatz beinhaltet sowohl für den jungen Klienten, als auch für den Therapeuten viele positive Effekte, auf die ich im nachfolgenden Kapitel eingehen möchte.

### **5.2.1 Der positive Effekt der Ressourcendiagnostik für den Klienten**

Kinder bzw. Jugendliche die in der Kinder und Jugendpsychiatrie behandelt werden, werden von ihren Eltern oft ausschließlich in ihren problematischen Anteilen wahrgenommen. Die Situation im Elternhaus ist geprägt von zermürbenden Auseinandersetzungen und Konflikten. Das Kind wird daher zumeist nur noch als Auslöser von Sorgen und Schwierigkeiten wahrgenommen. Ausgehend von dieser familiären Situation erwarten die jungen Klienten, dass in der Therapie auch ausschließlich über ihre Unzulänglichkeiten, Defizite und Schwächen gesprochen wird.

Ressourcenorientiert arbeitende Therapeuten wollen jedoch ein Gegenüber für das Kind oder den Jugendlichen sein, das ein tief gehendes Interesse an ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten hat. Der Therapeut erkundigt sich nicht nur beiläufig, wie in der Störungsdiagnostik üblich, nach Vorlieben, sondern widmet sich ausgiebig der Erhebung von Potentialen und Kompetenzen des jungen Klienten.

Kinder und Jugendliche erleben diese Erkundung ihrer Ressourcen als sehr überraschend, positiv und angenehm. Die Therapiebeziehung hat durch dieses zugewandte Interesse des Therapeuten eine gute Grundlage bekommen.

Die Kinder und Jugendlichen die in der KJP behandelt werden, sind z.T. durch die vorangegangenen Konflikte innerhalb ihrer Herkunftsfamilie stark belastet. Sie gehen angespannt in Therapiesitzungen. Durch das starke Interesse an ihren Ressourcen erleben sie dann förmlich eine Entlastung. Die Kinder und Jugendlichen bekommen durch den ressourcendiagnostischen Ansatz eine Art Expertenrolle zugedacht, durch die sie sich souveräner dem Therapeuten gegenüber fühlen. Diese Position und das rege Interesse des Fragestellers an ihnen, ermutigen die Kinder bzw. Jugendlichen sich zu öffnen. Sie können sich aus der Problemverhaftung lösen und bekommen die Möglichkeit sich als ganz individuell begabte Personen wahrzunehmen. Es kommt auf Seiten des jungen Klienten zu einer Selbstwerterhöhung, da er sich als konstruktiv am therapeutischen Prozess mitarbeitend erlebt.

Ein weiterer positiver Aspekt der Ressourcendiagnostik ist, dass die diagnostische Situation nicht klinisch wirkt. Das Gespräch zwischen dem Therapeuten und dem jungen Klienten ist bestimmt von positiven Emotionen und einer guten Gesprächsatmosphäre.

Ist zu Beginn des diagnostischen Prozesses eine solche anregende und beziehungsfördernde Atmosphäre aufgebaut worden, ist auch der Übergang zur Problemdiagnostik leichter. Der junge Klient fühlt sich vom Therapeuten nicht negiert und hat keine beschämenden Unterlegenheitsgefühle entwickelt. Es fällt ihm auf dieser vertrauensvollen Basis leichter, auch über problematische Anteile zu sprechen.<sup>84</sup>

### **5.2.2 Der positive Effekt der Ressourcendiagnostik für den Therapeuten**

Der Vorteil der Ressourcendiagnostik liegt auch für den Therapeuten in erster Linie darin, dass sie beziehungsfördernd ist. Die Kinder bzw. Jugendlichen öffnen sich dem Therapeuten, da sie sein aufrichtiges Interesse spüren. Es ergeben sich noch weitere Vorteile. Der diagnostizierende Therapeut bekommt z.B. durch die ressourcenorientierten Gespräche die Möglichkeit die Lebenswelt des Kindes bzw. Jugendlichen kennenzulernen. Bei der Störungsdiagnostik bleiben diese tiefen Einblicke in das Leben des jungen Klienten weitgehend aus.

Der Therapeut erfährt durch die offenen Gespräche mit dem jungen Klienten eine Menge darüber, mit welchen Mitteln es dem Kind bzw. dem Jugendlichen im Alltag bereits gelingt seine Bedürfnisse zu befriedigen. Daneben bekommt er auch Einblicke, wie der junge Klient bisher die unterschiedlichsten Anforderungen seines Lebens gemeistert hat.

Durch die Einnahme der Ressourcenperspektive wird der professionelle Helfer zu einem Kenner der kindlichen Lebenswelt. Dies wiederum dient ihm auch in Bezug auf andere junge Klienten, zum Aufbau von Vertrauensbeziehungen.<sup>85</sup>

Weiterführend möchte ich darauf eingehen, wie Ressourcen aktiviert werden können, so dass sie zu einer Hilfe für den jungen Klienten werden. Ich werde mich dabei auf das bedürfnistheoretische Modell von Seymour Epstein beziehen, anhand dessen Emma Smith und Klaus Grawe die Ressourcenaktivierung dargestellt haben.

---

<sup>84</sup> vgl. Klemenz 2003, S.146 ff.

<sup>85</sup> ebenda, S. 148 f.

## 5.3 Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für den jungen Klienten bedeutet Ressourcenaktivierung, dass die Verfügbarkeit seiner eigenen Ressourcen und Selbsthilfekräfte hergestellt wird. Er lernt zu erkennen, welche Ressourcen in ihm verborgen und somit nutzbar für ihn sind, um Schwierigkeiten zu bewältigen. Es sind verschiedene Ansätze dazu vorhanden, wie Ressourcen aktiviert werden können. Einigkeit hingegen herrscht darüber, dass die Beziehung zwischen dem professionellen Helfer und dem Kind bzw. Jugendlichen zur Ressourcenaktivierung geprägt sein muss von Wertschätzung und Akzeptanz. Der junge Klient sollte sich vom Therapeuten angenommen und unterstützt fühlen (s. Punkt 4.3.1).

Die Ressourcenaktivierung ist ein Veränderungsprozess. Es ist daher von großer Wichtigkeit dem Kind bzw. Jugendlichen auch Raum und Zeit zur Entfaltung von Ressourcen zu geben. Die jungen Klienten müssen lernen, ihre im therapeutischen Prozess (wieder)entdeckten Potentiale im Alltag zu nutzen. Der professionelle Helfer sollte Gelassenheit und Akzeptanz in Bezug auf das vom jungen Klienten gewählte Tempo ausstrahlen.<sup>86</sup> Durch diese Atmosphäre der Annahme werden auch jene Ressourcen aktiviert, die das Selbstvertrauen und die Schubkraft für Veränderungen mit sich bringen.<sup>87</sup>

Im Folgenden möchte ich auf einen interessanten Ansatz der Ressourcenaktivierung eingehen. Es handelt sich hierbei um die bedürfnisbezogene Aktivierung von Ressourcen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### 5.3.1 Bedürfnisbezogene Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Grundlage des Modells der bedürfnisbezogenen Ressourcenaktivierung ist, dass vom Vorhandensein vierer angeborener, gleichberechtigter Grundbedürfnisse ausgegangen wird. Epstein sieht als zentrale Bedürfnisse des Menschen das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, das Bindungsbedürfnis und das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz an. Die permanente Nichterfüllung dieser Grundbedürfnisse sieht er als den wichtigsten Nährboden für die Entstehung

---

<sup>86</sup> vgl. Willutzki 2009 (Internetquelle)

<sup>87</sup> vgl. Schemmel/Schaller 2003, S.579

psychischer Störungen. Von dem Bedürfnismodell ausgehend ist ein Kind bzw. ein Jugendlicher der in die KJP eingewiesen wird und therapeutische Hilfe benötigt, nicht ausreichend in einzelnen oder mehreren Grundbedürfnissen befriedigt worden. Dieser Mangel kann z.B. dadurch zustande gekommen sein, dass der junge Klient in einem Milieu aufgewachsen ist, in dem ihm keine Möglichkeiten zur ausreichenden Bedürfnisbefriedigung geboten worden sind. Grund kann ebenfalls sein, dass eine aktuell sehr belastende Lebenssituation das Kind bzw. den Jugendlichen daran hindert, seine prinzipiell verfügbaren Ressourcen zu nutzen. Ressourcenaktivierung bedeutet nun, die Aufmerksamkeit des Kindes bzw. Jugendlichen auf die Bereiche seiner Person zu lenken, in denen er über Potentiale und Kompetenzen verfügt. Kinder haben bei dem Versuch ihre Bedürfnisse zu befriedigen oft verletzende Erfahrungen gemacht. Im Rahmen der Therapie soll der junge Klient positive Erfahrungen in Bezug auf seine Grundbedürfnisse machen. Er soll Selbstwirksamkeitserfahrungen machen und erleben, dass sich dadurch sein Selbstwertgefühl erhöht. Er soll an Selbstvertrauen gewinnen und wieder positive Emotionen spüren. Diese Erfahrungen ermöglichen es ihm, seine verborgenen Ressourcen (wieder) zu entdecken und zu aktivieren.<sup>88 89</sup>

Im Folgenden möchte ich ausführen, wie Probleme in der Therapie durch die Kenntnis der eigenen Ressourcen besser bearbeitet werden können.

### **5.3.2 Die Förderung korrekativer Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Ressourcenaktivierung**

Die jungen Klienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben oft widersprüchliche Bestrebungen in sich, die eine einheitliche Handlungstendenz blockieren. Man könnte auch sagen, dass ihre Handlungen in Zusammenhang mit ihren eigentlichen Bedürfnissen nicht stimmig bzw. inkongruent sind. Ein solches Verhalten entsteht daraus, dass der junge Mensch wie bereits oben erwähnt, bei der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse verletzt und frustriert wurde. Daraus entstehen Vermeidungsziele, d.h. das Handeln wechselt von der Ausrichtung auf die Bedürfnisbefriedigung darauf, eine wiederholte Verletzung zu vermeiden. Oberflächlich betrachtet gelingt es dem Kind bzw. Jugendlichen durch dieses

---

<sup>88</sup> vgl. Smith/Grawe 2003, S.111 ff.

<sup>89</sup> vgl. Klemenz 2003, S. 78 ff.

Vermeidungsverhalten schmerzliche Erlebnisse zu verhindern. Die vier bereits genannten Grundbedürfnisse zur psychischen Gesundheit bleiben durch dieses Verhalten jedoch unbefriedigt. Diese Inkongruenz bietet einen Nährboden für das Entstehen psychischer Erkrankungen. Hat sich ein solches Verhaltensmuster zur Reduktion von Verletzung intrapsychisch etabliert, wird es auch in anderen Situationen aktiviert. Die klar zu markierende Situation, die jene Vermeidung anfangs ausgelöst hat, breitet sich aus und wird in unterschiedlichsten Situationen aktiviert. Viele äußerlich verschiedene Ausgangssituationen erzeugen so ein immer gleiches Reaktionsmuster. Es entsteht ein stabiles Verhaltensmuster, das nicht einfach wieder aufgelöst werden kann. Solche Reaktionsmuster können in der Therapie durch neue Erfahrungen überschrieben werden.

Ein zehnjähriges Kind, welches für sich verinnerlicht hat, nicht ohne seine Mutter sein zu können, wird bspw. alles dafür tun, seine Mutter daran zu hindern es zu verlassen. Es möchte verhindern allein sein zu müssen und sich schutzlos zu fühlen. Dieses Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Abwesenheit der Mutter führt wiederum dazu, dass das Kind immer wieder die subjektive Erfahrung macht ohne seine Mutter schutzlos zu sein.

Angesichts solcher verfestigter Verhaltensmuster muss die Möglichkeit geschaffen werden, bewusst andere Erfahrungen zu machen. Um die Vermeidungstendenzen und Befürchtungen zu verändern, muss das Problem von dem betroffenen Kind erst mal als solches wahrgenommen werden. Diesen Prozess nennt man Problemaktivierung. Diese reicht jedoch nicht aus, um die Situation zu verändern. Es tritt eher das Gegenteil ein, die jungen Klienten fühlen sich angesichts der Problemaktivierung gänzlich hilflos.

Zu der Aktivierung des Problems müssen also unbedingt auch die Ressourcen aktiviert werden. Diese fördern die Überschreibung des ursprünglichen Musters. Das Kind bzw. der Jugendliche kann korrektive Erfahrung machen, da er sich als Inhaber von Stärken und Potentialen begreift. Erst die Ressourcenaktivierung führt letztlich dazu, dass Lernprozesse und neue Entwicklungen angeregt werden.

Veränderungsschritte müssen immer sehr behutsam gegangen werden. Der junge Klient sollte den Prozess gut ertragen können und es nicht als nötig erleben einen inneren Widerstand gegen den Veränderungsprozess aufzubauen. Dazu ist es vor allem auch hilfreich, wenn der Klient, wie bereits oben ausgeführt seine Grundbedürfnisse in der Therapie befriedigt sieht. Im Rahmen der kinder- und

---

jugendpsychiatrischen Behandlung sollte eine Atmosphäre geschaffen werden, die Mut zu Veränderungen macht und das allgemeine Wohlbefinden steigert. Kinder und Jugendliche die ihre Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ziele in die Therapie einbringen dürfen, tun sich wesentlich leichter damit, sich den schmerzlichen und problematischen Bereichen ihres Lebens zu stellen. Die Förderung von Ressourcen anderer Bereiche, die auf den ersten Blick nichts mit der Verhaltensauffälligkeit oder dem Symptom zu tun hat, wirkt sich ebenfalls positiv auf die Bereitschaft zur Bearbeitung von Verhaltensauffälligkeiten aus.<sup>90</sup>

Nach meinen Ausführungen zu Ressourcenpotentialen, der Ressourcendiagnostik sowie der Ressourcenaktivierung, werde ich mich im nachfolgenden Abschnitt mit ressourcenorientierten Interventionen im Rahmen der KJP befassen.

## **6. Anwendung ressourcenorientierter Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

### **6.1 Ressourcen- und lösungsorientierte Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Ressourcen lassen sich u.a. auch dadurch aktivieren, dass der Fokus der Therapie auf die Lösung ausgerichtet wird. Die Überzeugung von dem Vorhandensein der erforderlichen Ressourcen beim Kind bzw. Jugendlichen für die Lösung seiner Probleme, ist Grundbedingung für die Nutzung des lösungsorientierten Ansatzes. Lösungsorientierte Interventionen werden im Erwachsenenbereich bereits erfolgreich angewandt und sie lassen sich z.T. auch für den klinischen Alltag in der KJP anwenden.

Die Ressourcenorientierung in Verbindung mit der Lösungsorientierung ist u.a. auch wichtiges Element des systemischen Ansatzes. In der systemischen Perspektive finden sich auch nützliche Hinweise zur Umsetzung der Lösungs- und Ressourcenorientierung.

---

<sup>90</sup> vgl. Smith/Grawe 2003, S.111 f.

Konkrete Techniken und Interventionsformen der systemisch-therapeutischen Perspektive eignen sich gut zum (wieder)entdecken der Ressourcen von Kindern und Jugendlichen. Beim Erwecken der Ressourcen und Selbsthilfekräfte der jungen Klienten in der KJP geht es letztlich darum, zu Lösungen für aktuelle Schwierigkeiten zu kommen.

Die lösungsorientierte Gesprächsführung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat zum Ziel, jene Ressourcen sichtbar zu machen, welche der junge Klient für die Bewältigung seiner momentanen Problemlage benötigt. Das Problemsystem wird zu Veränderungen in Richtung Selbstverantwortung, Selbstbefähigung und Lösungsfindung bewegt. Der professionelle Helfer sollte sich dabei immer auf die konkreten Möglichkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen konzentrieren. Die Fokussierung auf die Ressourcen, die selbstwirksamen, zur Problemlösung fähigen Kräfte des Kindes bzw. Jugendlichen, regen den Problemlösungsprozess an. Daran anknüpfend möchte ich auf einige Verfahren der systemisch-therapeutischen Perspektive zur Lösungsfindung eingehen. Diese haben sich in der Praxis zur Umsetzung der Ressourcenorientierung bewährt. Es sind Techniken, Blickweisen, und Methoden, die immer eng mit der Ausrichtung auf die Ressourcen des Kindes bzw. Jugendlichen verbunden sind und daher seine Selbstverantwortung stärken und Selbstbefähigung fördern.<sup>91 92</sup>

Das Menschenbild (defizitzentriert oder ressourcenorientiert) sowie die bewussten und unbewussten Vorannahmen bzw. Grundannahmen des Therapeuten beeinflussen die Therapie entscheidend. Die nun genannten Methoden können folglich nur auf dem Hintergrund einer gelungenen therapeutischen Beziehung wirksam genutzt werden.<sup>93</sup>

### **6.1.1 Frage nach Ausnahmen**

Die Suche nach Ausnahmen meint, dass der professionelle Helfer gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen ergründet, wann es problemfreie Zeiten gibt. Es wird nach den Anteilen im jungen Klienten gesucht, die er als problemfrei empfindet. Durch dieses Verfahren wird gleichzeitig die Lösungsperspektive eingenommen, denn diese Ausnahmen repräsentieren den zu erreichenden Zustand. Durch gezielte

---

<sup>91</sup> vgl. Geiken 2001, S.299 ff.

<sup>92</sup> vgl. Hesse 2003, S.459

<sup>93</sup> vgl. Trost/Wienand 2009 (Internetquelle)

Interventionen regt der professionelle Helfer das Kind bzw. den Jugendlichen an, diese symptomfreien Räume bewusster wahrzunehmen und gezielt zu nutzen. Diese Ausnahmesituationen sollten von dem jungen Klienten als echter Unterschied zum sonstigen Problemzustand empfunden werden. Das genaue und interessierte Nachfragen des professionellen Helfers ist in diesem Fall sehr nützlich, da das Kind bzw. der Jugendliche dadurch selbst zu noch mehr Klarheit über die Ausnahme kommt. Die konkrete Beschreibung markiert die Ausnahme deutlich. Außerdem entspannt sich der junge Klient beim Realisieren, dass es auch symptomfreie, entspannte Momente im Umgang mit anderen Personen (z.B. Familienmitgliedern) gibt. Die Aktivitäten die das Kind bzw. der Jugendliche in Richtung Veränderung geht sollten immer auch gewürdigt werden. Das Loben des professionellen Helfers wird vom jungen Klienten gut aufgenommen und motiviert ihn.<sup>94</sup>

### **6.1.2 Hypothetische Lösungen**

Es kann vorkommen, dass es Kindern bzw. Jugendlichen nicht gelingt Ausnahmen vom Problemzustand zu benennen. Die familiäre Situation ist evtl. schon massiv belastet und das Kind bzw. der Jugendliche teilt die Ansicht seiner Eltern, lediglich aus problematischen Anteilen zu bestehen. In einem solchen Fall besteht die Möglichkeit die so genannte „Wunderfrage“ zu stellen. Diese lässt den jungen Klienten phantasieren wie die Situation wäre, wenn das Problem über Nacht gelöst wäre. Auf diese Art und Weise wird spielerisch eine Lösung angesteuert. Das Kind bzw. der Jugendliche wird dazu angeregt sich in die Zukunft zu versetzen. Das Problem ist hier bereits gelöst und es können Vorstellungen darüber entwickelt werden, wie das Problem bewältigt wurde. Dieses hypothetische Arbeiten ermöglicht es den Problemrahmen aufzubrechen. Durch das Konkretisieren der Schritte, hin zur Problemlösung, können diese nach und nach in die Gegenwart übertragen werden.<sup>95</sup>

### **6.1.3 Skalierung**

Skalierungsfragen sind sehr vielseitig. Sie eignen sich gut für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da Kinder und Jugendliche in der Regel mit den Zahlen vertraut sind. Die Skala besitzt in der Regel die Zahlen von eins bis zehn. Die zehn ist dabei der Idealzustand, die eins das genaue Gegenteil. Mit Hilfe von Skalierungsfragen

---

<sup>94</sup> vgl. Bürgi 2004, S.185 ff.

<sup>95</sup> ebenda



können die individuellen Einschätzungen der Kinder bzw. Jugendlichen in Bezug auf verschiedenste Dinge gut erfasst werden. Gerade abstrakte, schwer in Worte zu fassende Dinge können so verdinglicht werden. Eine ganz allgemeine Skalierungsfrage wäre zum Beispiel: „Was meinst du wie viel Selbstvertrauen du im Moment besitzt?“ Eine solche Frage wäre mit Worten schwer zu beantworten. Die Nutzung einer Skala macht sie fassbarer. Bei kleineren Kindern, die mit dem Umgang mit Zahlen nicht vertaut sind, kann auch die Spannweite der Arme als Maß genutzt werden.<sup>96</sup>

#### **6.1.4 Reframing**

Eine weitere lösungsorientierte Intervention ist das Reframen. Dies meint einen Prozess, in dem das als problematisch empfundene Verhalten umgedeutet wird. Es können aber auch als negativ empfundene Ereignisse, Gedanken und Empfindungen reframt werden. Der junge Klient kommt durch diese Technik zu anderen Bewertungen von Ereignissen. Dem Geschehen wird sozusagen ein neuer Rahmen gegeben. Eine Möglichkeit, um z.B. ausschließlich problematisch erscheinende Verhaltensweisen umzudeuten ist es, dass Kind bzw. den Jugendlichen nach positiven Auswirkungen seines Verhaltens zu fragen.

Ein hyperaktives Kind, welches sein Temperament ausschließlich negativ empfindet, kann durch das Umdeuten lernen, seine Eigenschaft als Lebendigkeit und Beweglichkeit wahrzunehmen. Durch das Reframen klingt seine Eigenschaft nicht mehr negativ und es kann gezielt nach Möglichkeiten gesucht werden, in denen das Kind diese neu entdeckte Fähigkeit nutzen kann. Es kann z.B. ein Sportverein gesucht werden, in dem seine Bewegungsfreunde und sein Temperament eine positive Bewertung erfährt.

Manchmal ist es ausreichend, einen negativ behafteten Begriff durch einen neuen, vom jungen Klienten positiv bewerteten, zu ersetzen.

Ich erlebte während meines Praktikums in einer Tagesklinik einen konkreten Fall der Umdeutung. Es wurde ein Junge in der Einrichtung behandelt, der durch seine Grobmotorik und plakativen Gefühlsausdrücke auffiel. Er klagte z.B. täglich sehr massiv über multiple Beschwerden und betonte dies auf seine ganz eigene Art und Weise. Ich tat mich anfangs schwer im Umgang mit diesem Klienten und sprach mit

---

<sup>96</sup> vgl. Berg 1999, S.95 ff.

einem Kollegen darüber. Dieser empfahl mir das Verhalten des Klienten umzudeuten. Ich ging also in mich und überlegte, was dieses Verhalten für einen positiven Nutzen für den Jungen beinhaltete und was ich selbst daran als positiv bewerten kann. Mir fiel auf, dass es dem jungen Klienten zwar nicht gelang, klar zu benennen was ihm fehle, er aber Wege gefunden hatte sich Aufmerksamkeit zu verschaffen, wenn er sie benötigte. Er hatte durch dieses Verhalten eine große Präsenz und konnte sich durch sein Jammern über körperliche Beschwerden Beachtung der Mitarbeiter des Teams verschaffen. Es stellte ich im Laufe der Zeit heraus, dass er dadurch die Aufmerksamkeit und Gespräche mit dem Pflegepersonal bekam, nach denen er sich sehnte. Für mich persönlich hatte das Refrainen in diesem konkreten Fall einen großen Nutzen. Ich nahm den Jungen fortan als ressourcenstark wahr und konnte sein Verhalten besser einordnen. Auch für den jungen Klienten hatte es einen Gewinn. Meine Vermutung in Bezug auf seine körperlichen Beschwerden und meine Ahnung er sehne sich eigentlich nach Fürsorge teilte ich ihm in einem Einzelgespräch mit. Er bestätigte meine Annahme und erzählte mir sogleich von den Sorgen und Nöten, die ihm wortwörtlich auf der Seele lagen. Es entstanden auf dieser Grundlage viele gute Gespräche.<sup>97</sup>

### **6.1.5 Offen reflektierendes Team**

Bei dem offen reflektierenden Team beobachten die Mitarbeiter einen bestimmten Klienten über einen Zeitraum von einer Woche. Jeder Mitarbeiter soll dabei gezielt auf die Fähigkeit und Ressourcen des jungen Klienten achten.

Nach dieser Woche wird das entsprechende Kind von den Mitarbeitern eingeladen, ihnen bei der Wochenauswertung zuzuhören. Das Team unterhält sich über die beobachteten Fähigkeiten und Stärken des Kindes, das Kind hört dabei kommentarlos zu.

Ich habe dieses reflektierende Team einmal miterlebt. In der Visite stellten wir fest, dass wir in Bezug auf einen bestimmten Jungen sehr ernüchtert waren. Wir konnten keine kleinste Veränderung oder Bewegung bei ihm erkennen. Wir beschlossen eine Woche lang bewusst auf die Stärken des jungen Klienten zu achten. Ziel sollte es sein, den Blick weg von unserer eingeschlichenen Negativwahrnehmung, hin zu einer Wahrnehmung der Ressourcen, des Klienten zu führen. Nach einer Woche luden wir den Jungen in unsere Visite ein. Er saß außerhalb des Stuhlkreises, den das

---

<sup>97</sup> vgl. Geiken 2001, S.304 f.

Team gebildet hatte. Er hörte uns dabei zu, wie wir miteinander über unsere positiven Beobachtungen und Erfahrungen mit ihm in der letzten Woche sprachen. Wir schrieben diese Beobachtungen reduziert auf ein Wort (z.B. hilfsbereit, aufmerksam) auf Zettel und legten sie in eine Schale, die er später als seinen Schatz mitnehmen durfte. Als wir die Runde beendet hatten, war der junge Klient gerührt und äußerte, dass er sehr verwundert sei, dass er in unseren Augen so viele gute Eigenschaften habe. Dieses reflektierende Team hatte beide Seiten bereichert. Wir nahmen ihn wieder als Inhaber einzigartiger Ressourcen wahr und er uns als an ihm interessiert und liebevoll auf ihn blickend.

### **6.1.6 Ressourcenorientiertes Genogramm**

Das Ziel der Aufstellung eines ressourcenorientierten Genogramms ist es, dem Kind bzw. Jugendlichen zu ermöglichen seine Familie in einem neuen Bezugsrahmen zu sehen. Die jungen Klienten bekommen dadurch die Möglichkeit, die Ressourcen und Fähigkeiten ihrer Herkunftsfamilie neu zu entdecken. Es wird ihnen ein neuer emotionaler Zugang ermöglicht, der auch zu neuen Lösungsansätzen für aktuelle Probleme führen kann. Im ressourcenorientierten Genogramm wird das Kind bzw. der Jugendliche gezielt nach den Ressourcen, Potentialen und Stärken der einzelnen Familienmitglieder gefragt. Diese Form der Intervention ist vor allem auf die Herkunftsfamilie des jungen Klienten zentriert. Sie möchte ihn befähigen, die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen seiner Familie zu erkennen, um sie für sich nutzen zu können.<sup>98</sup>

Nutzt man im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung diese Interventionsformen, kann dies die notwendigen Ressourcen für Veränderungsschritte aktivieren. Durch die Techniken und Methoden des systemisch-therapeutischen Ansatzes, löst man sich auch aus der starren Problemsicht. Dies lässt die Kinder und Jugendlichen neue Zuversicht gewinnen und sie können zu neuen Lösungsansätzen kommen.<sup>99</sup> Zur Entwicklung neuer Lösungswege und Zukunftsperspektiven lässt sich u.a. auch die lösungsorientierte Kurzzeittherapie nutzen. Diese knüpft an die Idee der Ressourcenorientierung an und macht sich diese zu Nutze. Die Kompetenz des jungen Klienten wird bei diesem Ansatz nicht gesondert hervorgehoben. Es wird selbstverständlich davon ausgegangen, dass Klienten über einen reichen Fundus an

---

<sup>98</sup> vgl. Geiken 2001, S.305 f.

<sup>99</sup> vgl. Trost 1999, S.105

Ressourcen und Selbsthilfefähigkeiten verfügen. Dabei greift das Modell viele von mir bereits genannte Ansätze der Ressourcenorientierung auf.

## 6.2 Grundlagen Lösungsorientierter Kurzzeittherapie

Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie geht auf den Psychotherapeuten Steve de Shazer zurück. Lösungsorientiert sind Interventionen in seinem Modell u.a. dann, wenn sie sich auf die Zukunft ausrichten, d.h. auf den Zustand, den der Klient für sich erreichen möchte. Die drei Regeln der lösungsorientierten Kurzzeittherapie lauten: „Wenn es nicht kaputt ist, dann repariere es auch nicht! Wenn du weißt, was funktioniert, mach` mehr davon! Wenn etwas nicht funktioniert, dann hör` auf damit; mach` etwas anderes!“<sup>100</sup>

Das Modell arbeitet mit positiven Grundannahmen, also mit der Überzeugung vom Vorhandensein der Ressourcen und Selbsthilfefähigkeiten beim Klienten, die er zur Problemlösung benötigt. In der Haltung des professionellen Helfers muss sich das Wissen um die Kompetenzen des Hilfesuchenden verwirklichen, nur dann wird die Therapie wirksam bzw. erfolgreich sein.<sup>101</sup>

Der Blick eines lösungsorientiert arbeitenden Therapeuten richtet sich gänzlich auf die Lösung.

Er geht davon aus, dass es mehr als eine Lösung für ein Problem gibt und hält Lösungen für konstruierbar. Lösungen werden konstruiert, indem herausgearbeitet wird was der Klient will und was nicht. Ist dies geklärt, formuliert der Klient aus dem was er möchte ein konkretes Ziel. In Ausrichtung auf dieses Ziel wird nach dem gesucht was funktioniert, um es zu erreichen. Handlungen die in Bezug auf die angestrebte Lösung nicht funktionieren, werden dabei durch funktionierende ersetzt.<sup>102</sup>

Kinder und Jugendliche haben oft Ziele. Im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es z.T. leider noch nicht üblich die Kinder und Jugendlichen diesbezüglich ernst zu nehmen bzw. danach zu fragen (s. Punkt 4.6). Oft kommen die Eltern mit Anliegen, in Bezug auf eine erwünschte Veränderung bei ihren Kindern, in die KJP. Die Kinder fühlen sich übergangen bzw. nicht persönlich angesprochen.

---

<sup>100</sup> Berg 1999, S.145

<sup>101</sup> vgl. Trost/Wienand 2009 (Internetquelle)

<sup>102</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.21 ff

Zur Umsetzung des lösungsorientierten Ansatzes muss man die Kinder und Jugendlichen dazu ermutigen, ganz eigene Ziele zu entwickeln. Das Kind bzw. der Jugendliche wird durch das selbstgesteckte Ziel zum Experten, was den Weg dorthin und somit die Lösung seines Problems angeht. Diese Expertenrolle verändert auch die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen. Der professionelle Helfer und der junge Klient werden zu Dialogpartnern auf Augenhöhe. Durch diesen Umgang mit dem jungen Klienten, wird dessen Vertrauen in sich selbst, seine Kompetenzen und seine Möglichkeiten gestärkt.

Therapie ist im Rahmen der Lösungsorientierung ein interaktionelles, gemeinsames Vorhaben von Klient und Therapeut. Die Ausrichtung auf die Lösung und auf die Ressourcen unter Vernachlässigung des Gesprächs über Probleme, soll dabei eine Veränderung in die gewünschte Richtung erleichtern.<sup>103</sup>

Der lösungsorientiert arbeitende Therapeut richtet seine Wahrnehmung zur Entwicklung von Lösungsideen ganz auf die Ausnahmen vom Problem, auf die problemfreien Zeiten. Es wird dabei davon ausgegangen, dass es für Menschen einfacher ist bereits vorhandene Verhaltensmuster zu wiederholen, als symptomatisches oder problematisches Verhalten zu verändern.<sup>104</sup>

Die Familien der Kinder- und Jugendlichen in der KJP haben z.T. ganz bestimmte Vorstellungen und Erwartungen in Bezug auf die Lösung eines Problems. Sie nehmen Ausnahmen vom Problem daher oft nicht bewusst wahr. Ihr Denkmuster lässt sie andere, schnellere und offensichtlichere Lösungen erträumen.

Der Ansatz der Lösungsorientierung allerdings besagt, dass kleine Änderungen schließlich zu größeren Veränderungen führen. Es sollten nicht zu schnelle Lösungen erwartet werden.

Manchmal besteht die Erwartung von Seiten der Eltern, dass schon nach dem ersten Therapiegespräch mit ihrem Kind bzw. Jugendlichen eine deutliche Verhaltensveränderung sichtbar werden muss. Derartig unrealistische Hoffnungen müssen natürlich zerstreut werden. Sie führen zu Frustrationen oder schlimmstenfalls zur Resignation, auch beim professionellen Helfer. Probleme werden, realistisch betrachtet Schritt für Schritt gelöst. Schon kleine Veränderungen und Ausnahmen von Problemen können Großes bewirken und viel bewegen.<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.7 ff.

<sup>104</sup> vgl. Berg 1999, S.26

<sup>105</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.27 ff.

---

Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie sieht den Klienten, wie oben bereits kurz angeführt, als Experten. Im Rahmen anderer Therapien wird oft der professionelle Helfer als Experte für das bestimmt, was das Richtige für den Klienten ist. Er bestimmt das Symptom, den Behandlungsverlauf und das Ziel, das für eine Entlassung möglichst erreicht werden soll. Das lösungsorientierte Modell richtet seine Aufmerksamkeit dagegen ganz auf das Kind bzw. den Jugendlichen, als Experten für seine Situation und seine Ziele. Der junge Klient wird dazu ermutigt, seine Ziele so genau wie möglich zu formulieren. Die Rolle des professionellen Helfers dabei ist es, ihn beim Erreichen dieser Ziele zu unterstützen.

Was möchte der junge Klient an der bisherigen Situation verändern?

Woran möchte er arbeiten?

Dieses Modell schließt somit einen normativen Maßstab aus, der klar definiert was Normalität ist und wie der zu erreichende Zustand für das Kind bzw. den Jugendlichen aussieht.<sup>106</sup>

Die Sprache des lösungsorientiert arbeitenden Therapeuten sollte ebenso wie bei der Ressourcenorientierung nicht problemorientiert sein. Ständige Gespräche über Probleme, so der Ansatz der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, verstärken das Problem nur weiter.<sup>107</sup> Die Therapie nur auf die Lösung auszurichten und nicht auch das Problematische anzuschauen, halte ich jedoch für genauso einseitig, wie die ausschließliche Konzentrierung auf die pathologischen Anteile. Klemenz fordert daher nicht das gänzliche Ausblenden der Verhaltensauffälligkeiten des Klienten, sondern die Ergänzung seiner Ressourcen und Selbsthilfekräfte in die bisher ausschließlich, angewandte Störungsperspektive (s. Punkt 5.2). Es ist nur möglich sich ein vollständiges Bild vom Kind bzw. Jugendlichen zu machen, wenn auch dessen Probleme und Leid betrachtet werden.

Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie ist in ihren Überlegungen natürlich viel umfangreicher als hier von mir dargestellt. Mein Anspruch war es lediglich die grundlegenden Gedanken des Modells herauszuarbeiten, um ein Beispiel für die konsequent umgesetzte Orientierung an den Ressourcen darzustellen.

Nachfolgend möchte ich nun auf einige Methoden der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie zurückgreifen, die sich im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gut anwenden lassen.

---

<sup>106</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.46 ff.

<sup>107</sup>ebenda, S.53 ff.

### **6.2.1 Anwendung der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Das Modell der lösungsorientierten Kurzzeittherapie bietet einige Fragetechniken, die sich gut anwenden lassen, um die jungen Klienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Lösungen für ihre aktuellen Probleme zu bringen.

Einen jungen Klienten, der als sein Ziel allgemein äußert, er wollte sich nicht mehr schlagen könnte man zur Lösungsfindung z.B. fragen: Was möchtest du stattdessen tun? Aus dieser Nachfrage lässt sich für den Klienten ein konkretes Bild, eine konkrete Idee entwerfen, was er zukünftig tun möchte anstatt sich mit anderen zu prügeln. Er verbleibt nicht bei der vagen sowie allgemeinen Aussage nicht mehr schlagen zu wollen. Er findet zu einer positiven Beschreibung eines eindeutigen Ziels.<sup>108</sup>

Lösungsorientiert arbeitenden Therapeuten ist aufgefallen, dass Klienten über ihre Ziele und Wünsche oft so reden, als ob es ein irrealer, nie zu erreichender Idealzustand der fernen Zukunft wäre. Ein Klient könnte bspw. sagen „Ich würde gern nicht mehr lügen, wenn ich aus der KJP entlassen bin. Der Therapeut könnte an dieser Stelle, die das Ziel in weite Ferne rücken lässt, z.B. fragen: „Wenn du heute aus der KJP entlassen werden würdest und du würdest tatsächlich ehrlich sein, was wäre anders?“ Solch eine Frage bringt den Klienten direkt zum weit entfernt scheinenden Prozess und seiner Umsetzung. Die Umsetzung sollte dabei so spezifisch wie möglich beschrieben werden.

Dem Therapeuten kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, den Klienten zu helfen ihr konkretes Denken und Handeln in Worte zu fassen.

Dies kann durch Fragen wie: „Kannst du mir genau schildern, wie du mit anderen reden würdest, wenn du ehrlich wärst? Was würden die anderen an dir bemerken?“ erreicht werden.

Eine weitere Grundlage der lösungsorientierten Therapie ist, dass man den jungen Klienten helfen muss zu verstehen, dass sie nur sich selbst, nicht aber die Anderen verändern können.

Kinder- und Jugendliche wünschen sich aufgrund ihrer empfundenen Ohnmacht oft das Verhalten ihres Umfeldes geändert. Da dies unmöglich ist, muss der Therapeut den jungen Klienten helfen, ein eigenes Ziel zu bestimmen. Dieses Ziel muss unabhängig von gewünschten Verhaltensveränderungen bei den anderen gefunden

---

<sup>108</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.73 ff.

werden. Die Änderung der anderen als Bedingung für das eigene Handeln ist ein verzweifelt Vorhaben. Ein Mädchen, das nicht zur Schule geht und als Bedingung für einen Schulbesuch verlangt, ihre Klassenkameraden sollen aufhören sie zu ärgern ist in seinem Wunsch zu verstehen. Dieser Wunsch ist jedoch nicht umsetzbar. Das Mädchen hat ein Ziel formuliert, das nicht von ihr kontrolliert werden kann. Die Aufgabe des Therapeuten wäre hier ihr zu helfen, ihre Erwartungen in Bezug auf den Schulbesuch umzuformen. In diesem Fall würde es bedeuten, das Mädchen dazu zu motivieren, wieder zur Schule zu gehen, um andere Erfahrungen machen zu können. Durch ihre Entscheidung für den Schulbesuch können dann Wege gefunden werden, die ihr dies möglich machen. Diese Handlung hin zur Veränderung liegt innerhalb ihrer Kontrolle.<sup>109</sup>

Positive Rückmeldungen haben, so ein Ansatz der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, ebenfalls einen beachtlichen Effekt. Diese lassen sich erfolgreich in die Arbeit mit den jungen Klienten während der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung einbinden. Zuspruch und Unterstützung durch den professionellen Helfer tun dem Kind bzw. dem Jugendlichen gut. Komplimente können genutzt werden, um neues und positives Verhalten zu unterstützen. Daneben erinnert man die Klienten durch Komplimente auch daran, dass der Verdienst für Veränderungen auf sie zurückzuführen ist. Das fördert ihre Unabhängigkeit und lässt sie ihre eigenen Ressourcen klarer erkennen.

Auch Rückschläge sollten vom Therapeuten normalisiert werden. Junge Klienten oder ihre Eltern neigen oft dazu, bereits gegangene Schritte zu entwerten, wenn die Kinder bzw. Jugendlichen das erste Mal wieder in altes Problemverhalten zurückfallen. Die Gedanken des Versagens von Seiten der Kinder und Jugendlichen, sowie die ihrer Eltern gilt es dann aufzufangen und zu normalisieren.<sup>110</sup>

Das Gefühl von Verantwortung und Vermögen wird bei den Kindern und Jugendlichen durch die lösungsorientierte Kurzzeittherapie ebenfalls vergrößert.<sup>111</sup>

Wann kann eine Therapie laut des Modells von de Shazer enden?

Der Ansatz hier ist, dass das Problem nicht vollständig gelöst sein muss, um die Behandlung zu beenden. Es ist ausreichend, wenn die Kinder und Jugendlichen Zuversicht haben auf einem Lösungspfad zu sein. Sie sollten das Gefühl bekommen

---

<sup>109</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.76 ff.

<sup>110</sup> ebenda, S.131 ff.

<sup>111</sup> ebenda, S.188 ff.



haben handlungsfähig geworden zu sind, während sie sich vorher machtlos gefühlt haben.<sup>112</sup>

Ich habe in diesem Kapitel nur jene Techniken und Verfahren genannt, die ich für anwendbar im Rahmen der KJP halte. An vielen Stellen kam mir die lösungsorientierte Kurzzeittherapie jedoch zu distanziert und kühl für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen daher. Die Begegnungs- und Beziehungsebene kommt bei diesem Ansatz zu kurz, was gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ungünstig ist. Die mitmenschliche Begegnungsebene spielt in Gesprächen mit jungen Klienten eine große Rolle. Gerade wenn sie im Rahmen einer stationären Therapie aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen sind, sollten sie echte Begegnungen und Nähe erleben können. Manchmal ist das Aushalten ihrer Gefühlsäußerungen und das tiefe Mitfühlen in Gesprächen nötig, damit sie Kraft für das Vorgehen schöpfen können und Lust auf das Gestalten ihrer Zukunft bekommen. Bei manchen Kindern bzw. Jugendlichen muss erst eine Grundlage geschaffen werden die Halt bietet, damit auf Lösungen für aktuelle Schwierigkeiten hingearbeitet werden kann.<sup>113</sup>

Rüdiger Retzlaff ist der Meinung, dass die Haltung, Kinder sollten ihre Probleme mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen selbst lösen, eine Überforderung für diese darstellt. Er sagt: „Sie erinnert an die Legende von Baron Münchhausen, der sich am eigenen Zopfe aus dem Morast herauszuziehen vermochte.“<sup>114</sup>

Ich habe mich in dieses Kapitel bisher Techniken zur Ressourcenorientierung gewidmet und bin auf die lösungsorientierte Kurzzeittherapie als eine Methode eingegangen, in der die Ausrichtung auf die Ressourcen der Klienten sehr konsequent genutzt wird. Im nächsten Punkt möchte ich mich damit auseinandersetzen, welche Möglichkeiten im Rahmen der KJP für Sozialarbeiter vorhanden sind, um ressourcenorientiert zu arbeiten.

Haben Sozialarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt die Möglichkeit die Ressourcenorientierung anzuwenden? Bleibt dies nicht ausschließlich den Psychologen für ihre Therapien vorbehalten?

---

<sup>112</sup> vgl. Walter/Peller 1999, S.298 ff.

<sup>113</sup> vgl. Haselmann 2008, S.275

<sup>114</sup> vgl. Retzlaff 2009 (Internetquelle)

### 6.3 Bezugspflege als Rahmen ressourcenorientierten Arbeitens für Sozialarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen meiner Auseinandersetzung mit dem Thema Ressourcenorientierung habe ich an vielen Stellen die Begriffe Therapeut oder auch professioneller Helfer genutzt. In diesem Kapitel möchte ich darauf eingehen, warum sich diese Begriffe in dem meisten Fällen (ausschließlich der Diagnostik) jeweils auch durch den Begriff Sozialarbeiter ersetzen lassen.

Faktisch sind Sozialarbeiter nicht therapeutisch tätig. Die Begriffe Therapie und Beratung sind „mit Blick auf die professionellen Kontexte zu differenzieren.“<sup>115</sup> Sozialarbeiter sind beratend tätig, die „Durchführung von Therapien [gehört] nicht zum professionellen Selbstverständnis von Sozialarbeitern.“<sup>116</sup>

Doch reicht es aus, wenn nur einem Psychologen im Rahmen seiner Therapie das ressourcenorientierte Arbeiten vorbehalten ist? Psychologen haben jenseits der anfänglichen Diagnosestellung und den circa einmal wöchentlich stattfindenden Therapiegesprächen faktisch kaum Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen. Ich denke die bereits genannten, ursprünglich für die Psychotherapie entwickelten Konzepte, können Sozialarbeiter (ebenso wie die anderen professionellen Helfer in der KJP) im Rahmen ihrer Tätigkeit ebenso für ihre Arbeit nutzen, wie die Psychologen.<sup>117</sup>

Die Differenzierung von Therapie und Beratung erfolgte u.a. deshalb, weil die Psychotherapie sich dem Umstrukturieren der Persönlichkeit widmete, die Beratung jedoch das Ziel hatte Hilfe anzubieten und vorhandene Kräfte zu mobilisieren. Therapie war sozusagen aufdeckend, Beratung dagegen unterstützend angelegt. Im Rahmen der systemischen Therapie, zu der die Ressourcenorientierung gehört, ist diese Unterscheidung faktisch überflüssig. Therapeuten die systemisch arbeiten sind nämlich, ebenso wie beratend Tätige es immer schon waren, an Problemlösungen interessiert.<sup>118</sup> Somit hat man es, was Therapie und Beratung angeht „mit fließenden Übergängen zu tun.“<sup>119</sup>

Ressourcenorientierung fordert zuerst einmal eine Haltung vom professionellen Helfer dem Klienten gegenüber, die vom Zutrauen und Wissen in die Stärken,

---

<sup>115</sup> Haselmann 2008, S.266

<sup>116</sup> ebenda, S.265

<sup>117</sup> vgl. Haselmann 2008, S.266

<sup>118</sup> ebenda, S.265

<sup>119</sup> Haselmann, S.265

---

Fähigkeiten und Kompetenzen des Klienten geprägt ist. Diese Grundhaltung den Kindern und Jugendlichen gegenüber, sollte jeder Mitarbeiter des professionellen Teams in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben.

Welche Möglichkeiten hat nun also ein Sozialarbeiter im Tätigkeitsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um ressourcenorientiert zu arbeiten?

Ich denke die Bezugspflege, die idealtypisch die durchgehende Begleitung des jungen Klienten, während seines Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie meint, ist der bestmögliche Rahmen um ressourcenorientiert zu arbeiten.

Die Bezugspflege wird im Allgemeinen vom Pflorgeteam durchgeführt, zu dem auch Sozialarbeiter gehören. Die Bezugspfleger haben durch ihren regelmäßigen Kontakt zum Kind bzw. Jugendlichen die Möglichkeit, eine tragfähige Beziehung bzw. ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

„Die Kunst der systemischen Therapie [zu der die Ressourcenorientierung gehört] besteht .. nicht darin, Menschen direktiv zu verändern, sondern darin, einen Kontext zu schaffen, der zu Veränderungen einlädt und Entwicklungsschritte begünstigt.“<sup>120</sup>

Sozialarbeiter können für die Kinder bzw. Jugendlichen, als Vertraute einen solchen Kontext schaffen.

Auf Techniken, Interventionsmöglichkeiten sowie auf die Bedeutung der Haltung im ressourcenorientierten Ansatz, bin ich im Rahmen meiner Beschäftigung mit dem Thema Ressourcenorientierung bereits ausführlich eingegangen. Die Grundeinstellung und all die genannten Arbeitsweisen, lassen sich exakt auf die Arbeit des Sozialarbeiters mit dem jungen Klienten übertragen.

Schlussendlich möchte ich nun noch auf die besondere Bedeutung der Familie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung eingehen. In den vorangegangenen Kapiteln habe ich mich ausschließlich auf die Therapie der jungen Klienten in der KJP bezogen. Kinder und Jugendliche können jedoch nicht ohne ihre Familie betrachtet werden. Ihre Erkrankung muss auch im Kontext mit ihrem familiären Umfeld betrachtet werden. Die Familie sollte daher in die Behandlung ihrer Kinder bzw. Jugendlichen miteingebunden werden.

---

<sup>120</sup> vgl. Retzlaff 2009 (Internetquelle)

## 6.4 Bedeutung der Familie im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gehört es mittlerweile zum Basiswissen, dass möglichst auch das Primärsystem, die Familie, gestärkt und gestützt werden sollte. Mit Familie ist im Folgenden jeder gemeint, den das Kind als zu seiner Familie gehörig bezeichnen würde. Dabei spielen biologische und rechtliche Kriterien keine Rolle.

In der systemischen Therapie ist es selbstverständlich, dass der Kontext in dem das Kind bzw. der Jugendliche lebt, entscheidend für die Entstehung der psychischen Auffälligkeit ist. Die Kinder und Jugendlichen die in der KJP behandelt werden leben nicht in einem Vakuum. Sie sind Teil eines sozialen Bezugssystems. Die Entwicklung von Kindern bzw. Jugendlichen wird, wie bereits anhand Eriksons Stufenmodells (s. Punkt 1.1) dargestellt, entscheidend vom familiären Kontext beeinflusst. Die jungen Klienten in der KJP sollten demzufolge immer auch in diesem Kontext gesehen werden. Diese Betrachtung führt zu einem umfassenderen Verständnis ihrer psychischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten.<sup>121</sup> Kinder- und Jugendliche haben trotz Konflikten und Schwierigkeiten mit ihren Eltern, eine große emotionale Bindung an diese. Für die jungen Klienten ist es also am förderlichsten, wenn ihre Familie als Einheit gestärkt und gestützt wird. In Eltern- bzw. Familiengesprächen können die familiären Kräfte und Ressourcen gezielt (wieder)entdeckt und gefördert werden.

Die Nutzung ihrer Potentiale wiederum, gibt den Familien ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über ihr eigenes Leben. Auf dieser Grundlage kann sich die Familie wieder zu einem Ort für das Kind bzw. den Jugendlichen entwickeln, an dem es sich geborgen fühlt.

Es ist dagegen nicht förderlich, weder für den professionellen Helfer noch für die Familien, wenn man ihnen unzureichendes bzw. falsches Erziehungsverhalten zuschreibt und sie für schlechte Eltern hält.<sup>122</sup>

Die Familien sollten in ihrer Kraft und Stärke nicht unterschätzt werden. Ihre Problemlösungsmethoden sind z.T. von außen betrachtet nicht die erfolgreichsten, doch sie konnten mit ihnen bisher trotzdem viele Schwierigkeiten bewältigen.<sup>123</sup>

---

<sup>121</sup> vgl. Retzlaff 2009 (Internetquelle)

<sup>122</sup> vgl. Berg 1999, S.17 ff.

---

Familien haben oft Angst vor den Gesprächen in der KJP. Sie haben Bedenken, von den vermeintlichen Experten gering geschätzt oder verurteilt zu werden. Es ist daher sinnvoll, wenn der professionelle Helfer zuerst an einer positiven Arbeitsbeziehung arbeitet. Ehrliches Interesse erleichtert es den Familien Vertrauen zu fassen und zu kooperieren. Auf diese Kooperation ist der professionelle Helfer angewiesen, um die Familie zu stärken. Bestimmte Maßnahmen erleichtern es der Familie sich auf die Therapie einzulassen, dazu gehört es z.B., dass Fachausdrücke möglichst vermieden werden und der professionelle Helfer Alltagssprache benutzt. Auch die Sichtweise der Familien, die z.T. befremdlich sein kann, sollten akzeptiert und nicht entwertet werden.

Die Familienmitglieder sind die Experten in Bezug auf ihre Probleme. Professionelle Helfer sollten daher in Gesprächen nicht versuchen der Familie zu erklären, worin ihr Problem besteht. Solch eine Gesprächskultur führt auf Seiten der Familien oft zum inneren Widerstand und zum Verlust des Interesses, sich auf die Therapie einzulassen.

Zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung kann es hilfreich sein, anerkennende Worte an die Familie zu richten. Dazu kann der Therapeut z.B. Kleinigkeiten, die auf irgendeine Weise den Selbstwert und das Gefühl von Kompetenz der Familie stärken, lobend erwähnen.<sup>124</sup>

Die könnte z.B. bedeuten, dass der Therapeut einer Familie, bei denen er Angst und Misstrauen in Bezug auf die Therapie spürt betont, dass er sich der Mühe die es die Eltern kostet zum Gespräch in die KJP zu kommen bewusst ist. Er könnte darauf hinweisen, dass er es sehr zu schätzen weiß, dass sie sich für die Gespräche Zeit nehmen und darin ihr großes Interesse an ihrem Kind erkennt. Solch eine Anerkennung zu Beginn des Gespräches, kann die Befürchtungen der Eltern mildern und die Grundlage zur Zusammenarbeit herstellen.

Der professionelle Helfer sollte versuchen, sich in die Standpunkte der Eltern bzw. des jungen Klienten hineinzusetzen und diese gleichermaßen anerkennen. Stellt sich der professionelle Helfer auf eine Seite bspw. auf die des Kindes, positioniert er sich dadurch gegen die Eltern und gefährdet das Gelingen der Therapie.

Der Auftrag in der Arbeit mit den Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Familien ist es, die Familien so zu stärken, dass sie ihr Leben wieder selbstständig leben können.

---

<sup>123</sup> vgl. Berg 1999, S.48

<sup>124</sup> ebenda, S.58 ff.

---

Das Leben der Familie läuft weiter. Das tat es bevor das Kind bzw. der Jugendliche in der die KJP kam, und das wird es tun, wenn der junge Klient diese wieder verlässt. In der Zeit des Aufenthaltes des Kindes bzw. des Jugendlichen in der KJP, haben wir als professionelle Helfer die Chance bekommen, die Konflikte und Schwierigkeiten innerhalb der Familie zu verringern. Wir können durch unsere Arbeit gemeinsam mit der Familie Problemlösestrategien erarbeiten und die positiven Gefühle füreinander fördern.<sup>125</sup> Auf diese Art und Weise stärken wir die Familie und somit auch das Kind bzw. den Jugendlichen.

## 7. Resümee

Angesichts des historischen Hintergrundes der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr viel bewegt. Das sehr medizinisch ausgerichtete Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zeigt zunehmend Interesse am systemischen Arbeiten und somit auch an Themen, wie der Ressourcen- oder Lösungsorientierung.

Es sind bereits viele Konzepte und Methoden zum ressourcenorientierten Arbeiten vorhanden. Eine weitere Aufgabe ist es nun, spezielle Diagnostikverfahren zur Findung von Ressourcen in die Diagnostik der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzubauen. Die ressourcenorientierte Arbeit, mit ihrer grundlegenden Haltung psychisch Erkrankten gegenüber, sollte nun unbedingt auch in der Ausbildung von Psychologen und Psychiatern eine größere Rolle spielen. Dies würde den ausschließlich defizitären Blick auf psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche nachhaltig verändern.

Ressourcenorientierung ist ein sehr komplexes Thema, auf das ich im Rahmen meiner wissenschaftlichen Arbeit nur partiell eingehen konnte. Es ist eine große Menge an Literatur dazu verfügbar, die mich z.T. (angesichts der uneinheitlichen Definitionen des Ressourcenbegriffs) vollständig durcheinander gebracht haben. Als Neuling auf diesem Gebiet erschien mir der Gegenstand dadurch z.T. sehr undurchsichtig.

---

<sup>125</sup> vgl. Berg 1999, S. 111 ff.

---

Ich habe mich darum den Schwierigkeiten bei der Klärung des Ressourcenbegriffs gewidmet (s. Punkt 4.2.1).

Fazit ist, dass der Ressourcenbegriff inhaltlich schwer zu fassen ist und es der Ressourcenorientierung gut täte, ein einheitliches Begriffsverständnis zu finden.

Um die angewandete Ausrichtung auf die Ressourcen von jungen Klienten in der Praxis darzustellen, habe ich das Modell der lösungsorientierten Kurzzeittherapie von de Shazer genutzt. Dieses Modell nutzt die Ressourcenorientierung sehr konsequent. Steve de Shazer richtet sich in seinem Ansatz vollständig auf die Lösung, unter Vernachlässigung von Gesprächen über die Probleme, aus.

Ich bin der Meinung, dass beides, Lösungen bzw. die Zukunft, sowie Probleme bzw. die Vergangenheit, im Rahmen einer Therapie seinen Raum finden muss. Gespräche über die Vergangenheit halte ich für ebenso wichtig, wie die, über die Zukunft.

Mich persönlich sprechen die Ansätze der Ressourcenorientierung an, in denen beides angeschaut und thematisiert wird, die Probleme und die Ressourcen des Klienten. Ich denke, gerade im Rahmen von Gesprächen über Herausforderungen und Schwierigkeiten, kann der professionelle Helfer den Blick des Klienten wieder auf seine Stärken, Potentiale und Möglichkeiten richten lassen.

Eine verstärkte Nutzung von ressourcenorientierten Ansätzen im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre sinnvoll, da sich Kinder und Jugendliche in einer Therapie, die sich verstärkt auf ihre Ressourcen ausrichtet, wertgeschätzt und angenommen fühlen. Dies wiederum führt bei ihnen zu einer höheren Bereitschaft, sich den schmerzlichen und problematischen Bereichen ihres Lebens zu stellen (s. Punkt 5.3.1).

Durch die Haltung, die die Ressourcenorientierung vom professionellen Helfer fordert, wird für die Kinder und Jugendlichen zudem eine Atmosphäre geschaffen, die ihr Wohlbefinden steigert. Dieses hat auf die Therapiemotivation der jungen Klienten einen positiven Einfluss.

Desgleichen ist in bisher genutzten Therapieverfahren der Therapeut der Experte, der bestimmt, was das Richtige für den Klienten ist. Ressourcenorientierung dagegen bindet die Kinder und Jugendlichen aktiv in den Therapieprozess mit ein. Hier bekommen sie eine Art Expertenrolle zugeordnet. Durch diese Möglichkeit gestaltet der junge Klient den therapeutischen Prozess aktiv mit, was wiederum mit dem Wohlbefinden sowie der Therapiemotivation in Verbindung steht (s. Punkt 4.3).

Ich denke im Rahmen der Bezugspflege eine gute Möglichkeit, sozialarbeiterischer Umsetzung der ressourcenorientierten Arbeit gefunden zu haben. Die Bezugspflege ist, wenn man sie zu nutzen weiß, eine große Chance und verantwortungsvolle Aufgabe.

In den letzten Jahren habe ich großes Fachwissen erworben. Mein Studium der Sozialen Arbeit sollte mich fähig dazu zu machen, kompetent qualifizierte Arbeit zu leisten.

Ich habe viele Dinge gelernt, die mich zum Experten für Probleme anderer Menschen machen sollten. Auf dieser Grundlage, so dachte ich, kann ich anderen Menschen gute und hilfreiche Ratschläge erteilen.

Die Ressourcenorientierung stellt diese Absicht in Frage. Sie lehrt uns professionelle Helfer, dass es gerade nicht darum gehen sollte, uns als allwissende Experten sämtlicher Probleme aufzuspielen und leichtfüßig (angeblich) gute Ratschläge zu verteilen. Unser Ziel sollte es dagegen vielmehr sein, unsere Klienten ernst zu nehmen, ihnen zuzuhören und vor allem: ihnen alles zuzutrauen.



---

## Literaturnachweise

- Berg, Insoo Kim: Familien- Zusammenhalt(en), verlag modernes lernen, 6.Auflage  
Dortmund 1999
- Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst: Sozialarbeit und  
Sozialpädagogik in der Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn 1999
- Brünger, Michael: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
In: Fegert, Jörg / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe-  
Jugendpsychiatrie/ Interdisziplinäre Kooperation, Juventa Verlag Weinheim  
und München 2004, S.355-359
- Bürgi, Andreas: Ressourcen, Lösungen und Ziele  
In: Bürgi, Andreas / Eberhart, Herbert (Hrsg.): Beratung als strukturierter und  
kreativer Prozess- Ein Lehrbuch für die ressourcenorientierte Praxis,  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004, S.176-202
- Dörner, Klaus u.a.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und  
Psychotherapie, 2. korrigierte Auflage, Psychiatrie Verlag Bonn 2004
- Engbarth, Anette: Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre  
Bedeutung für die heutige Praxis, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag  
der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2003
- Erikson, Erik H.: Kindheit und Gesellschaft, veränderte Auflage, Klett-Verlag  
Stuttgart 1992, S.241- 270
- Frick, Jürg: Resilienz  
URL: [http://www.kindergarten-heute.de/beitraege/fachbeitraege/psychologie\\_](http://www.kindergarten-heute.de/beitraege/fachbeitraege/psychologie_Html?k_onl_struktur=729518&einzelbeitrag=863085&archivansicht=1)  
[Html?k\\_onl\\_struktur=729518&einzelbeitrag=863085&archivansicht=1](http://www.kindergarten-heute.de/beitraege/fachbeitraege/psychologie_Html?k_onl_struktur=729518&einzelbeitrag=863085&archivansicht=1)  
[Stand: 11.04.2009]
- Geiken, Günther: Systemisch ressourcenorientierte Interventionen in der stationären  
Arbeit mit Kindern und Jugendlichen  
In: Rotthaus, Wilhelm (Hrsg.): Systemische Kinder- und  
Jugendpsychotherapie, Carl-Auer-Systeme Verlag Heidelberg 2001,  
S. 299-312

- 
- Goldbeck, Lutz/ Schulze, Ulrike/ Fegert, Jörg: Diagnostik in der Kinder- und  
Jugendpsychiatrie  
In: Fegert, Jörg/ Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe-  
Jugendpsychiatrie/ Interdisziplinäre Kooperation, Juventa Verlag Weinheim  
und München 2004, S.259-264
- Großmann, K.: Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen  
In: Herpertz- Dahlmann et al. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie:  
Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen,  
2.Auflage, Schattauer 2008, S.221-241
- Haselmann, Sigrid: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie- systemisch oder  
subjektorientiert? -Ein Lehrbuch, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008
- Hesse, Joachim: Die Initialzündung- oder wie ein gelöster Blick die Lebensgeister  
wieder wecken kann  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand- und  
Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003, S.453- 460
- Klemenz, Bodo: Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und  
Jugendlichen, dgvt- Verlag Tübingen 2003
- Knölker, Ulrich/ Mattejat, Fritz/ Schulte-Markwort, Michael (Hrsg.): Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch, 2. Auflage, UNI-MED  
Verlag, Bremen 2000
- Libal, Gerhard/ Fegert, Jörg: Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie  
In: Fegert, Jörg/ Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe-  
Jugendpsychiatrie/Interdisziplinäre Kooperation, Juventa Verlag Weinheim  
und München 2004, S.225-241
- Libal, Gerhard/ Fegert, Jörg: Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie- und  
Interventionsmaßnahmen  
In: Fegert, Jörg/ Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe-  
Jugendpsychiatrie/ Interdisziplinäre Kooperation, Juventa Verlag Weinheim  
und München 2004, S. 243- 250
- Loth, Wolfgang: Ressourcen bewegen  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand- und  
Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003,  
S.29- 49

- 
- Retzlaff, Rüdiger: Kinder und Jugendliche im Kontext systemischer Therapie  
URL: <http://afp-info.de/Retzlaff-R-2008-Kinder-un.177.0.html> [Stand: 17.05.2009]
- Rotthaus, Wilhelm: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
verlag modernes lernen, Dortmund 1990
- Rotthaus, Wilhelm: Systemische Therapie  
In: Schulte-Markwort, Resch (Hrsg.) Methoden der Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie, 1. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2008,  
S. 49-60
- Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes: Ressourcen: Ausgangspunkte  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand- und  
Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003,  
S.9-23
- Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes: Ressourcen- zum Stand der Dinge in  
Forschung und Praxis  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand-  
und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003,  
S.575-593
- Schulte- Markwort, Resch (Hrsg.): Methoden der Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie, 1. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2008
- Seiffge- Krenke, Inge: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte  
Psychotherapie mit Jugendlichen, Klett- Cotta Verlag, Stuttgart 2007, S.73-93
- Smith, Emma & Grawe, Klaus: Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für  
therapeutische Veränderungen  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand-  
und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003,  
S.111-122
- Steinhausen, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen:  
Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Auflage, Urban &  
Schwarzenberg, München 1996

- 
- Trösken, Anne/ Grawe, Klaus: Das Berner Ressourceninventar- Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003, S. 195-214
- Trost, Alexander: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
In: Schwarzer, Wolfgang/ Trost Alexander (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho- soziale Berufe, borgmann publishing Dortmund 1999, S.83- 142
- Trost, Alexander/Wienand, Franz: Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis  
URL: [http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/trost\\_kurztherapie\\_in\\_kjp.pdf](http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/trost_kurztherapie_in_kjp.pdf) [Stand: 14.05.2009]
- Walter, John/ Peller, Jane: Lösungs-orientierte Kurzzeittherapie- Ein Lehr- und Lernbuch, 4. Auflage, verlag modernes lernen, Dortmund 1999
- Wiethoff, Katja/ Dippold, Ines/ Fegert, Jörg: Patienteninformationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
In: Fegert, Jörg/ Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie/ Interdisziplinäre Kooperation, Juventa Verlag Weinheim und München 2004, S.395-404
- Willutzki, Ulrike: Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffserklärung  
In: Schemmel, Heike/ Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen- Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvt Verlag Tübingen 2003, S.91- 109
- Willutzki, Ulrike: Ressourcenorientierung in der Psychotherapie- Eine „neue“ Perspektive?  
URL: <http://www.afp-info.de/Willutzki-U-2000-Ressource.89.0.html> [Stand: 27.03.2009]

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Ausführungen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Schriften übernommen habe, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Greifswald, 13.06.2009

---

Anja Klifoth