

Branik, Emil und Meng, Heiner

Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 3, S. 198-213

urn:nbn:de:bsz-psydok-46531

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen

Emil Branik und Heiner Meng

Summary

The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards

In the daily work of multidisciplinary teams on child and adolescent psychiatric wards team-meetings play a central role to coordinate various treatment activities. In medical literature studies on the topic are lacking, and only few articles were found. The authors explore by a descriptive-hermeneutic analysis the numerous functions of meetings for the treatment team. To them belong catharsis, containment, reflection, regulation and integration. Psychodynamic, group dynamical and institutional factors will be described regarding their influence on the therapy management. Issues of power in institutions will be comprised in the discussion. The dialectical tension between professionalism and emotionality in the work with patients especially from the borderline-spectrum as well as between unity and diversity within the treatment team in regard to the different roles of each and everyone team member will be presented. Hints at how to manage these tensions will be given to preserve the therapeutical milieu on the ward.

Key words: meeting – conference – treatment team – child and adolescent psychiatry – multimodal therapy

Zusammenfassung

Teambesprechungen spielen im Alltag multidisziplinär arbeitender kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen eine zentrale Rolle für die Koordination der Behandlungsaktivitäten. Dennoch finden sich in der medizinischen Fachliteratur keine Studien zu und nur wenig Beschäftigung mit diesem Thema. Mittels einer deskriptiv-hermeneutischen Analyse untersuchen die Autoren die verschiedenen Funktionen der Besprechungen für das Team. Dazu zählen Katharsis, Containment, Reflexion, Regulation und Integration. Psycho-, gruppendynamische und von der Institutionsstruktur ausgehende Einflüsse werden in ihrer Auswirkung auf die Therapiege-

staltung beschrieben. Das Thema der Macht in Institutionen wird einbezogen. Die dialektische Spannung zwischen Professionalität und Emotionalität in der Arbeit mit Patienten vor allem aus dem Borderline-Spektrum wird dargestellt, ebenso die Spannung zwischen Einheit und Verschiedenheit innerhalb eines Behandlungsteams in Bezug auf die jeweils unterschiedlichen Rollen von einzelnen Teammitgliedern. Es werden Hinweise gegeben, wie Teambesprechungen einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung des therapeutischen Milieus leisten können.

Schlagwörter: Besprechung – Behandlungsteam – Kinder- und Jugendpsychiatrie – multimodale Therapie

1 Einleitung

Unter dem Einfluss von Behandlungskonzepten nach dem Muster der „therapeutischen Gemeinschaft“ (Main 1946) und dem allgemeinen Demokratisierungsprozess innerhalb stationärer psychiatrischer Institutionen der westlichen Welt in den siebziger Jahren kam es zu erheblichen Veränderungen in der Zusammenarbeit zwischen den in psychiatrischen Kliniken tätigen Berufsgruppen. Die vormals medizinisch dominierte Klinikhierarchie wurde flacher. Die Berufsrollen der an der Therapie nun spezifischer und eigenverantwortlicher beteiligten Mitarbeiter mussten neu definiert werden (Rose 1981). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie differenzierten sich die verschiedenen, ursprünglich in der Mehrzahl von psychoanalytischer Pädagogik beeinflussten stationären Organisationsmodelle weiter (Zauner 1972, 1980). Die Priorität des ärztlichen Handelns verlagerte sich in Richtung einer multimodalen, weniger schulengebundenen Therapie durch ein Behandlungsteam, das sich intensiv um die Integration der multiprofessionellen Ansätze bemühen muss (Streeck-Fischer 1997; Eggers 2004). Dieser Prozess wurde nicht nur durch gesellschaftspolitisches, sondern auch fachspezifische Faktoren forciert: Unter anderem durch das sich weitende Indikationsspektrum verschiedener psychotherapeutischer Therapiemethoden, die breite Ausweitung ihrer Einsatzgebiete auf das stationäre Setting sowie das wachsende Wissen um die multifaktorielle Ätiologie psychischer Störungen.

Neben dem wünschenswerten Zuwachs an Autonomie und Entfaltungsräumen für die Klinikmitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen entstand die Schwierigkeit, dass die Abgrenzung zwischen den einzelnen Berufsrollen vermehrte Aufmerksamkeit einforderte, und die Integration der verschiedenen therapeutischen Aktivitäten einen erheblichen Energieaufwand nach sich zog. Sowohl in den Teambesprechungen als auch bei der direkten Patientenarbeit muss mehr Disziplin und Bereitschaft aufgebracht werden, die Grenzen der eigenen Kompetenz und des eigenen begrenzten Auftrages bzw. Arbeitsfeldes zu respektieren. Zudem gilt es zu erreichen, dass die multidisziplinäre Zusammenarbeit nicht nur ein Nebeneinander verschiedener Maßnahmen, sondern eine spezifische multimodale Intervention darstellt, deren Wirkung mehr bzw. etwas anderes ist als die Summe ihrer Teile. Andernfalls müsste erwogen werden, ob mancher Nachteil der stationären Maßnahmen (Branik 2001; Green u. Jones 1998) nicht durch Kosten sparendere ambulante Aktivitäten von

gleichzeitig mehreren Therapeuten vermieden werden könnte. Um also die Zusammenarbeit zu koordinieren, ist eine effiziente Besprechungs- und Supervisionsstruktur erforderlich.

Ein wünschenswertes Kooperations- und Kommunikationsniveau ist nicht ein für alle Mal erreicht. Zu seiner Erhaltung ist eine fortlaufende Anstrengung erforderlich. Es handelt sich um einen dynamischen und stets störbaren Prozess. Die verschiedenen Störquellen sind nicht immer bewusst und werden nicht immer ausreichend wahrgenommen und gewichtet: Einflussfaktoren sind institutionelle Strukturen, psychodynamische Faktoren von Seiten der wechselnden Patienten, ihrer Familien, aber auch der Mitarbeiter sowie gruppendynamische Prozesse, die von diesen Einflüssen im Behandlungsteam in Gang gesetzt werden. Die Rahmenbedingungen, innerhalb welcher kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit stattfindet, sind, wie oben bereits angedeutet, einem ständigen, von ökonomischen, kulturellen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Veränderungen bestimmten Wandel unterworfen. Die notwendigen Veränderungs- und Anpassungsprozesse führen regelhaft zu Krisen, welche die Mitarbeiter herausfordern, sich mit ihren eigenen Ängsten, Konflikten und Wünschen um solch empfindliche Themen wie Macht, Rivalität, Anerkennung, Sicherheit, Selbstverwirklichung, Identität auseinander zu setzen. Die Frage, mit welchem theoretischen Rüstzeug und mit welchen Modellen der Aufgabe, ein Behandlungsteam zu konstituieren, die Verantwortlichkeiten und Rollenabgrenzungen zu definieren, begegnet wird, kann zu emotional intensiven Auseinandersetzungen innerhalb des Teams, der Klinik und/oder im Verhältnis zu anderen Institutionen gleicher Fachrichtung führen. Gemäß Cramer (nach Bettschart 1979) komme den theoretischen Modellen die Funktion eines Ich-Ideals zu. Jede Infragestellung werde als eine Bedrohung empfunden, auf die wir mit Zorn reagieren oder nach Allianzen suchen würden, um unsere „Sache“ zu verteidigen. Dabei kann sich das so genannte Ich-Ideal der einzelnen Berufsgruppen oder sogar einzelner Mitarbeiter je nach persönlichem oder Ausbildungshintergrund sehr unterscheiden. Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Einblick in die notwendigen Bemühungen, bei den Behandlungsteammitgliedern eine konstruktive Balance zwischen Ängsten vor Veränderung und Bedürfnissen nach Stabilität auf der einen sowie Flexibilität und Orientierung an der Arbeitsaufgabe auf der anderen Seite zu erhalten (Lohmer 2005).

2 Methode

Die Literaturrecherche in der Datenbank Medline zielte speziell auf „Besprechungen“ von kinder- und jugendpsychiatrischen Teams. Sie ergab mit der Kombination von Stichworten „meeting OR conference AND team AND psychiatry“ 53 Treffer. Während es zu stationären Therapiekonzepten im Allgemeinen eine Reihe von Arbeiten und Monographien aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Schulrichtungen gibt, fanden sich bei Einbeziehung von „Besprechungen“ nur ganz wenige relevante Titel für das hier zur Diskussion stehende Thema. Dies mag auch daran liegen, dass eine einheitliche Begrifflichkeit in Bezug auf die Fragestellung bisher fehlt, was die

Zielgenauigkeit von Datenbankrecherchen erschwert. Obwohl Teambesprechungen ein wesentliches Arbeitsmittel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind und den Alltag zu gutem Teil strukturieren, scheint es zumindest in der medizinischen Literatur keine Studien und nur wenig Auseinandersetzung mit diesem Thema zu geben. Die vorliegende deskriptiv-hermeneutische Analyse der Besprechungsstrukturen und -dynamiken basiert auf einer Systematisierung jahrelanger klinisch-stationärer Erfahrung beider Autoren und der exemplarischen Analyse signifikanter Fälle, welche sich wiederholende Konfliktstrukturen innerhalb des Behandlungsteams sichtbar machten. Unter dem Begriff „Behandlungsteam“ werden diejenigen Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen verstanden, die direkt mit einem bestimmten stationär in der Klinik behandelten Patienten arbeiten. Die Arbeit entstand im Kontext eines psychodynamisch ausgerichteten integrativen stationären Behandlungskonzeptes. Die Konzeptualisierung der Funktion von Besprechungen bezieht sich jedoch nicht auf ein spezifisches Behandlungskonzept oder eine bestimmte Schwerpunktproblematik. Sie verfolgt das Ziel, einige der zentralen allgemeinen Funktionen der Besprechungen deutlich zu machen.

3 Funktionen von Besprechungen

3.1 Zwischen pragmatischer Arbeitsorganisation und Klärung psycho- und gruppendynamischer Prozesse

Behandlungsteambesprechungen dienen der Klärung, Organisation und Abstimmung von diagnostischen, therapeutischen, schulischen und sozialpsychiatrischen Aktivitäten im Hinblick auf den laufenden Klinikaufenthalt und die Entlassungsplanung von Patienten. Um dabei die Begrenztheit eines stationären Behandlungsauftrages nicht aus den Augen zu verlieren und unrealistischen Wünschen nach regressiver Entwicklungsvermeidung keinen Vorschub zu leisten, ist es empfehlenswert, mit den Entlassungsvorbereitungen am Aufnahmetag oder schon bei der Indikationsstellung für eine Hospitalisation (vgl. Meng et al. 2002) zu beginnen. Die Klärung der Ziele und Erwartungen an den Aufenthalt ist eine wiederkehrende Aufgabe während der stationären Behandlung und somit ein kontinuierlicher Diskussionsgegenstand innerhalb der Besprechungen des Behandlungsteams, an dem sich nicht selten unterschiedliche Positionen der Teammitglieder herauskristallisieren.

Ganz wesentlich hängt es vom Behandlungskonzept und der darin vorgesehenen Intensität, Strukturierung und Reflexionstiefe der Beziehungsarbeit zwischen Teammitgliedern und Patienten ab, inwiefern die dabei entstehende emotionale Dynamik als diagnostisches und damit auch die Therapie mit steuerndes Mittel herangezogen wird. Psychodynamisch orientierte stationäre Behandlungsmodelle versuchten verschiedene Interventionsebenen zu konzeptualisieren und zu strukturieren, indem sie das therapeutische Milieu in einen „Therapieraum“ und einen „Realraum“ einteilten (eine zusammenfassende, Konzepte von Enke, Zauner, Heigl und Nerenz referierende Darstellung siehe z. B. bei Janssen 1987). Im erstgenannten werden in der Einzel- und Gruppentherapie die analytisch-therapeutischen Prozesse gefördert, im

zweiten werden soziales Lernen, emotionale Neuerfahrungen innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft und die so genannten supportiven Therapien angesiedelt. Im stationären Alltagsbereich sollten die Betreuer darauf ausgerichtet sein, den Realitätsbezug der Patienten zu stärken, Sicherheit zu gewährleisten, angemessene Eigenverantwortung bei den Patienten zu fördern, mit ihnen die Einhaltung von Regeln und Grenzen zu üben, ausgewogene und berechenbare Nähe-Distanz-Regulation vorzuleben, um soziale Erfahrungen zu vermitteln, die nicht entgleisen, wie es die meisten der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten erlebten. Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse machen allerdings vor Grenzen theoretischer Organisationskonzepte nicht halt. Die Entstehung mehr oder weniger emotional gefärbter Wechselwirkungen zwischen den Patienten und Behandlungsteammitgliedern lässt sich nicht verhindern, sondern ist sogar nützlich, sofern Transparenz darüber hergestellt und Reflexionsarbeit dazu geleistet werden kann (Branik 2002). Innere Zustände und interaktive Prozesse bedingen sich wechselseitig, d. h. das Befinden der Patienten und Mitarbeiter beeinflusst das Verhalten jeweils in beiden Richtungen (vgl. Beebe u. Lachmann 1998). Diese Prozesse wirken sich auf die Arbeitsfähigkeit des Behandlungsteams aus. Die Besprechungen sind das Forum, in dem gewollt oder unbeabsichtigt Gefühle zum Ausdruck kommen, welche durch einzelne Patienten, die Patienten- oder Mitarbeitergruppe sowie die Einwirkungen seitens der strukturellen Arbeitsbedingungen ausgelöst wurden.

Ein Beispiel: Patienten mit externalisierenden Störungen haben die Tendenz, chaotische, übergriffige, polarisierende Beziehungsmuster, wie sie für ihre bisherige Geschichte charakteristisch sind, auf der Station zu reproduzieren. Unbewusst werden einzelne Konfliktanteile ihrer Innenwelt und der Dynamik ihrer Herkunftsfamilie auf verschiedene Klinikmitarbeiter projiziert. Je nach persönlichen Voraussetzungen und ihrem Ausbildungsstand geraten diese in Versuchung, sich zu streiten, Koalitionen zu schmieden, sich nicht akzeptiert oder gar verfolgt zu fühlen. Ein gemeinsamer Nenner in Bezug auf die Vorgehensweise angesichts der „Provokationen“ der Patienten droht möglicherweise außer Sicht zu geraten. Einen offenen Austausch zwischen den Berufsgruppen vorausgesetzt, werden konfliktträchtige Projektionen von gefürchteten eigenen Erlebens- und Persönlichkeitsanteilen von Patienten auf die Mitarbeiter in den einzelnen Positionen und Beiträgen in den Besprechungen erkennbar. Unter diesem Blickwinkel können die Besprechungen zunächst eine kathartische, im zweiten Schritt den Raum für Reflexion ermöglichende und damit integrierende Funktion haben. Intensive Emotionen und Spannungen, die Phänomene wie Affektansteckung, Entwertung, Idealisierung, Spaltung, projektive Identifikation, Rivalitäts- und Machtkämpfe, Abhängigkeitswünsche bzw. -ängste begleiten, können erkannt und verstanden werden. Das trägt zum Containment und zur Regulation des in dieser Art beanspruchten Beziehungsgefüges im Behandlungsteam bei. Konflikte im Behandlungsteam können also durchaus von Patientendynamik induziert werden. Allerdings sollten – und das muss betont werden – die aus den Persönlichkeiten der Mitarbeiter her rührende Eigenarten ebenso wenig wie Konsequenzen aus jeweiligen strukturellen Bedingungen in der Institution nicht mit Patientenproblemen verwechselt werden.

Die Besprechungen helfen den Mitarbeitern einerseits, mit den emotionalen Herausforderungen, Destabilisierungen oder Schuldgefühlen ob des manchmal frust-

rierenden, wenig Wirkung und Gegenliebe erzeugenden eigenen Tuns fertig zu werden. Andererseits kann die Aufforderung zur diffizilen Selbstreflexion in Übertreibungen umschlagen, indem jeder Beobachtung tieferer Sinn zugeschrieben wird, ohne sich über die Kontextbezogenheit der eigenen Wahrnehmungen und Vermutungen Rechenschaft abzulegen sowie Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Die Besprechung droht dann zur Karikatur eines Fallseminars zu Beginn des psychotherapeutischen Ausbildungscurriculums zu werden, oder sie gerät zur narzisstischen Nabelschau und Profilierungsarena. Eine pragmatische Arbeitsweise, die sich auf das Naheliegende und für die Anwesenden Nachvollziehbare konzentriert, beugt dagegen Überforderungen und der Einschüchterung der Mitarbeiter vor. Es sollte nicht vergessen werden, dass die Mehrzahl der Teammitglieder in aller Regel keine psychotherapeutische Selbsterfahrung, geschweige denn Ausbildung besitzt. In den Teambesprechungen geht es primär um die Erhaltung des therapeutischen Milieus und die Koordination verschiedener Betreuungsaktivitäten. Wenn ab und zu Verstrickungen den Anwesenden plastisch einsehbar und die Replikation der für einen bestimmten Patienten charakteristischen Konflikte erkannt werden, liefert dies Material für therapeutische und pädagogische Interventionen (Bürgin u. Meng 2000). Dies ist aber nicht täglich der Fall und somit kein stetes Maß für die Qualität in der Kommunikation. Die Bildung einer Theorie über das Innenleben des Patienten, mit der sich die Behandlungsteammitglieder mehr oder weniger identifizieren können, ist ein zentrales Ziel dieser Arbeit, geschieht aber eher lautlos und prozesshaft als durch fortlaufende Deutungen von Dingen, welche dem geteilten Alltag nicht zugeordnet werden können und deshalb für die Mitarbeiter kaum emotionale Evidenz besitzen. Die Überfrachtung des pädagogischen und Pflegepersonals mit Hypothesen über die Untiefen des Seelenlebens eines Patienten führt nicht zwangsläufig zu seiner besseren Betreuung (Branik 2001a).

Jeder Mitarbeiter erlebt die Patienten in verschiedenen Bereichen, aus unterschiedlichen Perspektiven und auf verschiedenen Stufen ihres psychischen Funktionsniveaus. Gerade das psychische Funktionsniveau schwankt im Kindes- und Jugendalter erheblich und in starker Abhängigkeit vom jeweiligen Umfeld, Entwicklungsstand und der vorliegenden Psychopathologie. Es kommt darauf an, die unterschiedlichen Wahrnehmungen und komplementären Einsichten zu integrieren. Erst dadurch wird das Potential der stationären Abklärung bzw. Behandlung ausgeschöpft und ein Verständnis des Verhaltens gefördert. Die Fähigkeit des Behandlungsteams, mit vom Verhalten der Patienten ausgehenden und sich bei der Reflexion im Team reproduzierenden emotionalen Spannungen sowie mit der Wechselhaftigkeit sozialer Rollen, Konflikten und Grenzen umzugehen, besitzt für die Patienten Modellcharakter. Sie können daran erfahren, wie psychische Integration vonstatten gehen kann. Verschiedene Betrachtungsperspektiven werden hierbei gewechselt und toleriert. Im Behandlungsteam entsteht eine „theory of mind“ über die bis dahin als unverständlich und manchmal unkontrollierbar erlebten Symptome und Schwierigkeiten. Die „reflexive Funktion“ (Fonagy et al. 2002) des Teams wird gestärkt. Ähnlich der individuellen Entwicklung verlaufen sowohl die Entwicklung der Theorie über das Innenleben des Patienten als auch der mit ihr einhergehende Gruppenprozess innerhalb des Behandlungsteams im Spannungsfeld zwischen fördern-

den und hemmenden Kräften. Wegen der multifaktoriellen Genese psychischer und Verhaltensstörungen und noch mehr wegen der mehrfachen Determinierung psychischer und Verhaltensaktivitäten kann es eine Vielzahl von „Wahrheiten“ über das rein Beobachtbare geben. Unter anderem deswegen ist ein konzeptuell und klinisch versierter, konsistent arbeitender und Stabilität verkörpernder verantwortlicher Leiter für das Behandlungsteam unentbehrlich. Er kann bei aller Toleranz für verschiedene „Wahrheiten“ der Gefahr von Beliebigkeit und Orientierungslosigkeit vorbeugen und aus der Vielzahl von Beobachtungen bzw. Erklärungsversuchen diejenigen zur Untermauerung eines konsistenten therapeutischen Fokus heranziehen, die sich in der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik eindeutig aktualisieren. Dadurch kann einem Psychologisieren vorgebeugt werden, bei dem Allgemeinplätze über menschliche Konflikte als Erklärungen für das Verhalten von Patienten herangezogen werden, die für viele Menschen zutreffen, aber denen es an Spezifität für eben diesen Patienten mangelt. Der Leiter selbst muss neben den erwähnten Fähigkeiten aushalten können, nicht immer von allen geliebt zu werden. Diese Strukturierung von Besprechungen verleiht dem therapeutischen Milieu die nötige Bodenhaftung und den Bezug zum klinischen Zustand des einzelnen Patienten.

3.2 Das Problem der Macht innerhalb von Behandlungsteams

Das Bewusstsein für Fragen der Macht und Kontrolle über die uns anvertrauten, öfter Grenzen überschreitenden Patienten gehört inzwischen zum Allgemeingut in der Diskussion um Organisationsformen psychiatrischer Institutionen. Seltener beschäftigt man sich mit der Frage der Macht innerhalb von Behandlungsteams. Es ist wahrscheinlich, dass sich die strukturelle gesellschaftliche Funktion der Institution im Allgemeinen und die ständige Beschäftigung mit sehr konflikthaften Themen im Besonderen als Machtfrage bei der Hierarchiebildung innerhalb des Teams bemerkbar machen. Bei vielen der Konflikte darüber, welches Vorgehen nun wirklich „richtig“ ist, existieren nur „weiche“ Kriterien, anhand welcher entschieden werden muss. Verschiedene Tätigkeitsbereiche werden institutions- und konzeptspezifisch unterschiedliches Prestige genießen. Ein im jeweiligen Konzept geschätztes Wissen verschafft Einfluss: „Wissen ist Macht“. Nicht nur das persönliche Verhältnis der einzelnen Mitarbeiter zu Rivalität und Macht sowie ihre zwischenmenschliche Kompetenz werden die Hierarchie innerhalb des Teams bestimmen. Auch die fachbezogenen, naturgemäß divergierenden, institutionsspezifisch mehr oder weniger wertgeschätzten Kompetenzen werden sich auf die Hierarchiebildung auswirken. Die Meinungsbildung ihrerseits lässt sich von formaler Hierarchie und den mit ihr einhergehenden Abhängigkeiten nicht lösen. Von da aus ist es aber nicht weit zu sagen, dass nicht nur Kompetenz zu Einfluss und Macht verhilft, sondern auch: wer die Macht hat, hat Recht.

Andererseits muss Macht nicht von vornherein negativ konnotiert sein. „Machen“ leitet sich ethymologisch von „Macht“ ab, das wiederum auf das gotische „magan“ zurück geht, was „können, (zu tun) vermögen“ heißt. Wenn wir im Hinblick auf ein Behandlungsteam über Zuwachs an autonomen Entfaltungsmöglichkeiten und Verantwortung der jeweiligen, unterschiedlichen Berufsgruppen angehörenden Mitar-

beiter sprechen, kann die Frage der Macht nicht ausgeklammert werden. Der Umgang mit ihr ist jedoch nicht einfach, da um die Frage der Macht gruppierte Konflikte ambivalent besetzt sind, Unruhe oder gar Angst erzeugen und unbewusst ablaufen. Die Frage der Macht kann in keiner Organisation ignoriert werden. Wenn eine Organisation sich zielgeleitet verhalten und entwickeln will, braucht sie Macht, um Widerstände zu überwinden. Stationäre Einrichtungen können kaum über längere Zeit in Stagnation verharren. Sie werden zu Entwicklungsprozessen geradezu gezwungen, und zwar durch den kontinuierlichen Wissenszuwachs, Wandel wissenschaftlicher Dogmen, gesellschaftliche und ökonomische Veränderungen, Personalfuktuation und insbesondere durch ständig neue Herausforderungen durch individuelle Patienten. Entwicklungsprozesse zwingen zu Veränderungen und erzeugen Spannungen. Auf dem Weg zum Ziel führen sie regelhaft zu Krisen, die sowohl die Gruppe als auch jeden einzelnen Mitarbeiter erfassen und belasten. Lohmer (2005) beschreibt den Konflikt zwischen der Forderung nach raschem Wandel in psychosozialen Organisationen und dem Bedürfnis nach Stabilität, welches der Natur der Arbeit in helfenden Berufen als „Stabilisierung von destabilisierten Systemen“ innewohnen würde, als strukturelles Dilemma. Der Umgang mit diesem Dilemma bedürfe integrierender organisatorischer Grundhaltungen, der Orientierung an der Arbeitsaufgabe und einer klaren Führungs- und Entscheidungsstruktur, um Spaltungstendenzen entgegenzuwirken. Während einzelne Teams innerhalb von Kliniken in Veränderungssituationen dazu neigten, informelle Machtstrukturen binnenorientiert zu verteidigen oder auch die mit Veränderungen einhergehenden Anstrengungen zu vermeiden, sei die Leitung als Repräsentant der Gesamtorganisation gezwungen, Entscheidungen zu treffen, die dem Gesamtkontext gerecht werden.

Wegen der Verflechtung individueller, gruppendynamischer und struktureller Faktoren, welche die Dynamik solcher Entwicklungsprozesse bestimmen, kann es auch in handlungsorientierten Zusammenkünften, wie sie die Teambesprechungen darstellen, nötig sein, eine quasi-therapeutische gruppendynamische Wahrnehmung und das entsprechende Verständnis einzusetzen. Dadurch lässt sich die meist unbewusst ablaufende Dynamik erkennen und ein konstruktiver Umgang finden. Dies wird noch unterstrichen durch die Evidenz, dass Entwicklungsprozesse in Institutionen analog zu psychodynamischen Gesetzmäßigkeiten individueller Entwicklungskonflikte ablaufen. Wir können also Einsichten und Erfahrungen, die wir aus individuellen Einzel- oder Gruppentherapien kennen, für ein tieferes Verständnis von Konflikten, Widerständen und Krisen im Verlauf von Entwicklungsprozessen in Behandlungsteams heranziehen. Dies alles meint natürlich nicht, dass die Besprechungen zu einer gruppentherapeutischen Sitzung mutieren sollten, sondern dass die psychoanalytische Kompetenz des Leiters eines Behandlungsteams unreflektierten Verstrickungen der Mitarbeiter mit Patienten und untereinander entgegen wirken kann.

3.3 Das Containment von Beziehungs- und Abwehrmustern aus dem so genannten „Borderline“-Spektrum

Psychodynamische Kompetenz hilft unter anderem, die von den Patienten ausgehenden Projektionen und ihre Wirkung auf die Mitarbeiter zu erkennen. Der durch

Analyse von manipulativen, aber auch kommunikativen Mechanismen erzielte Erkenntnisgewinn über die Problematik des Patienten dient gewisser Distanzgewinnung und der affektiven Entlastung der Mitarbeiter und wird in Vorschläge zu einem pragmatischen therapeutischen Vorgehen umgesetzt. Das Wissen um projektive Mechanismen und ihre Auswirkungen auf Gruppen ist in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen mit vielen ich-strukturell unreifen, externalisierenden und Autoritätsinstanzen herausfordernden Patienten sehr nützlich. Die Sensibilisierung für solche projektiven und projektiv-identifikatorischen Prozesse ist eine wichtige Funktion von Teambesprechungen und Supervisionen, da die psychischen Energien wie Akzeptanz, Abneigung, emotionale Nähe, Wut und andere Gefühle fortwährend vom Patienten zum Team und umgekehrt „fließen“ (Bettschart 1979). Dies lässt sich an folgender Fallvignette¹ illustrieren, ohne auf die komplexe Störungsgeschichte und behandlingstechnische Probleme bei der jugendlichen Patientin tiefer einzugehen:

Eine 16-jährige Jugendliche wurde notfallmäßig nach einem Suizidversuch unter Alkoholeinfluss in die Klinik eingewiesen. Sie litt seit drei Jahren an einer Bulimie und ritzte sich regelmäßig. Gleich nach der Aufnahme wirkte sie einerseits zugänglich, andererseits begann sie unter den Mitpatienten Unruhe zu stiften, indem sie die Stationsregeln laufend in Frage stellte. Gleichzeitig fing sie an, einen Mitarbeiter kumpelhaft zu umgarnen. Dieser verließ aus Freude, dass die befürchteten selbst- oder fremdaggressiven Ausbrüche zunächst ausblieben, ein Stück weit seine Betreuerrolle, und stieg auf quasi private Unterhaltungsthemen ein. Die Stimmung der Patientin schlug daraufhin ohne erkennbare andere Anlässe plötzlich um. Sie verweigerte sich, wurde oppositionell und geriet in Wut. Sie schrie und schlug ihren Kopf gegen die Wand. Konnte ihr in solchen Situationen ein Betreuer nicht ruhig, aber bestimmt begegnen, nahm die antitherapeutische Verweigerungshaltung zu. Zwischen dem erwähnten Mitarbeiter und der Patientin entwickelte sich eine unheilvolle Dynamik. Er versuchte durch mehr Kontrolle das sich selbst verletzende Verhalten zu verhindern. Beruhigte sich die Jugendliche, erließ er ihr aus lauter Erleichterung die Einhaltung der zuvor aufgestellten Regeln. Es war offensichtlich, dass er die notwendige Distanz zur Patientin verlor. Die Gratwanderung zwischen Struktur und Kontrolle auf der einen sowie einem empathischen, glaubwürdigen, Sicherheit und Halt gebenden Beziehungsangebot auf der anderen Seite gelang nicht. Da die Patientin tendenziell fast alle Stationsbetreuer in emotional anstrengende Beziehungsmuster ähnlicher Qualität mehr oder weniger zu verwickeln suchte, kam die Dynamik erst und auch nur vorübergehend zur Ruhe, als ein Tagesstrukturplan ihre Aktivitäten ziemlich genau festlegte und damit eingrenzte. Unter diesen Bedingungen begann sie in ihrer Therapie den bis vor zwei Jahren stattgehabten sexuellen Missbrauch in der Familie und die erlebte Gewalt zu thematisieren. Die therapeutisch hoffnungsvolle Entwicklung, dass die Patientin die Themen der Gewalt, Misshandlung, Grenzüberschreitung und des Benutzt-Werdens nicht mehr in Handlungen, sondern auf der psychischen Ebene vorbringen könnte, brach kurz darauf wieder ein. Parallel zu den inhaltlich dichter werdenden Therapiegesprächen stieg die Frequenz der Selbstverletzungen und Brechattacken wieder an. Die Patientin pendelte zwischen unterschiedlichen Ich-Funktionsniveaus. Mal konnte sie sehr überzeugend ihre Situation realistisch reflektieren und das therapeutische Vorgehen so vereinbaren, dass die Therapeutin überzeugt war, sich auf die Patientin verlassen zu können. Die Therapeutin setzte sich im Behandlungsteam für die Interessen der Pa-

¹ Wir danken Frau Pia Schwab, Klinik Sonnenhof, Ganterschwil (Schweiz), für die freundliche Mithilfe bei der Aufbereitung dieser Fallvignette.

tientin und gegen ein zu strenges Überwachungsregime ein. Trotz (oder wegen) dieser Annäherung und trotz der medikamentösen Unterstützung zum Zwecke der Modulierung der Impulsdurchbrüche bei der Patientin steigerte sich die Brutalität, mit welcher sie sich attackierte. Das Wechselbad der Gefühle bei den Mitarbeitern, das Schwingen zwischen Empathie und Hilfsbereitschaft auf der einen und Hilflosigkeit und Wut auf der anderen Seite machten deutlich, wie stark der Drang der Patientin war, die unintegrierten guten und schlechten Selbst- und Objektrepräsentanzen in die einzelnen Betreuer zu projizieren. Sie spürte sehr sensibel und subtil heraus, wer für welche Rolle geeignet war. Diese affektiven Bewegungen konnten in den Teambesprechungen reflektiert werden, die Mitarbeiter fühlten sich dadurch sicherer, solchen Interaktionen zu begegnen. Sie bemühten sich, mit der Patientin Stabilisierungs- und Steuerungsschritte zu erarbeiten. Trotz aller Vorsätze der Patientin, gegen die nur kurzfristig entlastende, jedoch letztlich selbst zerstörende Symptomatik anzugehen, wurde zunehmend deutlich, dass das angebotene stationäre Setting diesem therapeutischen Ziel nicht zuträglich war. Der „Beziehungsstress“, der enge, das Ausleben gewohnter Abwehrmechanismen einschränkende Stationsrahmen, die Dynamik aus Sehnsucht nach Nähe und ihrer ängstlichen Vermeidung sowie die therapeutischen Versuche, Emotionen zu reflektieren statt auszuagieren, destabilisierten die Patientin in einem für sie zu diesem Zeitpunkt untolerierbaren Ausmaß. Das auto-destruktive Verhalten wurde zum letzten funktionierenden Mittel, sich vor unerträglichen Gedanken und Gefühlen zu retten, die aus der traumatischen Vergangenheit stammten und in dem engen Stationsmilieu aktualisiert wurden. Erst das Angebot des ärztlichen Leiters an die Patientin, sie angesichts der stetig drohenden weiteren Eskalation baldmöglichst unter der Bedingung zu entlassen, dass die massiven Selbstverletzungen aufhören, brachte schließlich Beruhigung. Selbstverständlich ist es bei der Analyse der Gründe für diesen Behandlungsverlauf legitim unter anderem zu fragen, inwiefern es dem Behandlungsteam misslungen ist, sich einigermaßen ausgewogen zwischen empathisch gewährenden und Grenzen setzenden Interventionen zu bewegen. Eine sorgfältige Nähe-Distanz-Regulation stellt eine unerlässliche Voraussetzung für eine gelingende Therapie von Borderline-Störungen dar (Gabbard 2001) und wurde in diesem Fall nicht ausreichend gewährleistet. Es sei dennoch erwähnt, dass die Jugendliche den stationären Aufenthalt trotzdem – oder gerade deswegen, weil sie sich um den Preis der Selbstbeschädigung als selbst bestimmt und wirksam erleben konnte – als Zäsur und Chance zum Neuanfang nutzen konnte. Ihr destruktives Verhalten verringerte sich in den anschließend neu gestalteten Lebensverhältnissen deutlich.

Die Schwierigkeiten, mit den projektiven und projektiv-identifikatorischen Mechanismen im stationär-therapeutischen Kontext fertig zu werden, liegen auf mehreren Ebenen. Sie sind potentiell Rahmen sprengend und können deshalb nicht ausschließlich unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Wenn psychologisches Verständnis entweder nicht ausreicht oder keine Wirkung zeigt, sind klare pädagogische Grenzsetzungen nötig. Die auf diesem Wege wiederhergestellte Distanz, Klarheit und Eindeutigkeit der Situation kann zu Beruhigung führen. Gerade bei traumatisierten Patienten geht es im stationären Setting primär um Stabilisierung, Zuwachs an Sicherheit, Selbststeuerung, Selbstachtung und Gewissheit, auf ihr Leben Einfluss nehmen zu können. Das im Hier und Jetzt des Stationslebens stattfindende und von sorgfältiger Nähe-Distanz-Regulation getragene Aushandeln von Fragen, die das Miteinander, die Selbstfürsorge, Pflichten und Rechte betreffen, kann posttraumatische Phänomene wie Misstrauen, unsichere Selbst-Objekt-Grenzen, Wahrnehmungsstörungen, überschießende Reaktionen, Affektdurchbrüche und Frustrationsintoleranz günstig beeinflussen (vgl. Streeck-Fischer 2000, 2004). Diese Arbeit wird im Wesentlichen vom pfelegerisch-pädagogischen

Team geleistet. Aber auch wenn es in dieser Weise bemüht ist, innerhalb des realen Lebensraums der Station malignen Regressionen entgegen zu steuern, kann angesichts des unvermeidlichen Beziehungsgeschehens in den Patienten Angst entstehen, dass vor den bedrohlichen, aus projektiv-introjektiven Vorgängen stammenden Affekten kein Entkommen möglich ist. Dann verwischt sich die Trennung zwischen der psychischen und realen Ebene, was bis zu paranoidem Erleben oder eben bis zum Reißaus durch massiv destruktives, um Distanz ringendes Verhalten führen kann.

Da Projektionen bei Patienten, die auf „Borderline“-Niveau funktionieren, Folgen von innerpsychischen Spaltungsmechanismen sind und im Dienste der Nachhaltigkeit einer solchen Angstabwehr die Tendenz haben, entsprechende Spaltungsvorgänge in ihrer Umgebung zu induzieren und durchzusetzen, ist es für ein Team sehr anspruchsvoll, diesem Druck nicht zu unterliegen. Die Besprechungen können die reflektierende Distanz zu den affektgetragenen Interaktionen schaffen und es damit zunächst den Mitarbeitern ermöglichen, das Geschehen zu mentalisieren. Die Integrationsleistung der für den Patienten nicht akzeptablen fragmentierten Selbst- und Objektvorstellungen muss zunächst auf der Teamebene gelingen, bevor die Chance besteht, dass der Patient es sich leisten kann, einen Teil der unliebsamen, mit heftigen Affekten verknüpften Selbst- und Objektvorstellungen als zu ihm gehörig zu akzeptieren. Im günstigen Fall tragen die psychotherapeutischen Sitzungen, in welchen der Akzent ebenfalls auf die (Wieder-)Erlangung der reflexiven Funktion gelegt wird, zur sukzessiven Akzeptanz der Einsicht beim Patienten bei, dass die Beziehungskonflikte etwas mit seinen Emotionen, seiner Geschichte und Wahrnehmung zu tun haben. Es sollte mit viel Geduld bedacht werden, dass das hier zur Debatte stehende Patientenspektrum enorme Probleme aufweist, Nähe und Distanz zu regulieren – eine Schwierigkeit, die unter den Bedingungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen (zumal geschlossenen) Station verstärkt wird. Den Patienten wird hier ein Teil der gewohnten Mittel aus der Hand genommen, sich zu regulieren. Sie haben keine Kontrolle darüber, wer was über sie in den Teambesprechungen sagt, welche Meinung sich über sie und den Umgang mit ihnen herausbildet und aufgrund von welchen Kriterien die Behandlungsteammitglieder Einschätzungen vornehmen, welche die Behandlung festlegen. Kurzum: Der Kontrollverlust, wie er in manchen Symptomen zum Ausdruck kommt, mag von ihnen vertrauter, autonomer und deshalb erträglicher empfunden werden als der Kontrollverlust über das, wie sie auf der Station gesehen und behandelt werden.

4 Schlussfolgerungen

Die dezidierte Aufforderung an die Teammitglieder, ihre aus der Patientenarbeit stammenden Wahrnehmungen, Erlebnisse, Auseinandersetzungen, Emotionen und Ideen im Rahmen von Teambesprechungen in die Diskussion einzubringen und damit über die Behandlungsrichtung mit zu entscheiden, stärkt die Arbeitszufriedenheit und Berufsidentität. Diese Arbeit kann der persönlichen Entwicklung und Reifung – ein nie abgeschlossener Prozess – immer wieder neue Impulse geben, indem

sie während der Berufsarbeit die Auseinandersetzung mit Themen gestattet, die alle Menschen berühren. Dies ist ohne Zweifel ein Privileg, wird aber mit dem Preis erkauft, zumindest manchmal und allen Konzepten, Strukturen und Qualitätsprogrammen zum Trotz, erheblich destabilisiert zu werden. Dies kann durch die Berührung mit eigenen vulnerablen emotionalen Bereichen geschehen und/oder durch das Nicht-Wissen, das uns bei dieser Arbeit bei aller Professionalität regelmäßig begleitet.

Um die Teambesprechungen im Hinblick auf den konkreten Umgang mit einem jeden Patienten pragmatisch und dennoch kreativ gestalten zu können, macht es Sinn, sich weiterer möglicher Gefahren in der kinder- und jugendpsychiatrischen Teamarbeit bewusst zu sein. Die unbedingt zu respektierende Wertigkeit von Beiträgen aller sollte nicht in eine realitätsfremde Gleichmacherei nach dem Motto „jeder kann alles“ münden. Die Mitarbeiter haben nicht nur unterschiedliche Erfahrungshorizonte und unterschiedlich viel gelernt, sondern auch unterschiedliche Verantwortung. Wer aber letztlich für den Behandlungsverlauf – nicht zuletzt im juristischen Sinne – die Verantwortung trägt, muss auch entscheiden können. Zur Illustration des Problems bietet sich die Analogie zu einem Orchester an: Ein Dirigent muss nicht alle Instrumente seines Orchesters selbst spielen können, die Interpretation des Stückes, der Klang, Rhythmus und das Zusammenspiel aller Instrumente werden aber maßgeblich von ihm vorgegeben. Dies ist nur eine Facette der Notwendigkeit, die dialektische Spannung von Einheit und Verschiedenheit innerhalb eines Behandlungsteams zu akzeptieren. Es ist angesichts der mitunter recht selbstbewusst akzentuierten Aufweichung von Autoritätsstrukturen in psychosozialen Institutionen wichtig, dass die Teammitglieder untereinander eine angemessene Distanz wahren, obwohl sie sich durch die Art ihrer Zusammenarbeit persönlich näher kommen mögen, als es in mancher anderen medizinischen Abteilung üblich ist. Unklare Strukturen, Berufsrollen und Hierarchien dürften die kinder- und jugendpsychiatrische Klientel, die nicht selten ein Opfer von Grenzverwischungen und -überschreitungen ist, eher verunsichern als zur Orientierung und Wiedererrichtung einer dem Entwicklungsstand adäquaten Nähe-Distanz-Regulation beitragen.

Bei aller Professionalität eines Behandlungsteams werden nicht alle Patienten gleichermaßen angenommen und mit demselben Einsatz behandelt. Jeder von ihnen bringt individuelle Eigenarten mit, die in der oder jener Weise die Stationsmitarbeiter emotional ansprechen, ungerührt lassen oder abstoßen. Die zum Beziehungsstil der Patienten komplementären Schwingungen auf Seiten der Mitarbeiter können auf einzelne von ihnen beschränkt bleiben oder auch die Gruppendynamik der ganzen Station erfassen. Die Teambesprechungen sind die häufigste und unmittelbarste Gelegenheit, solche emotionalen Resonanzen der Mitarbeiter aufzuspüren und sie bewusst sowie für das Verständnis der Patienten und eine differenzierte Behandlung nutzbar zu machen. Insbesondere bei Aggressionen, Entwertungen und Therapieablehnung seitens der Patienten kann sich das Behandlungsteam genötigt sehen, hart durchzugreifen, noch bevor die Gelegenheit genutzt wurde, die eigenen Gefühlsreaktionen in einer Teambesprechung für die Konzeptualisierung therapiefördernder Interventionen zu verwenden. So wer-

den beispielsweise unerwartet für alle Patienten Freiräume enger gemacht und das Kontrollbedürfnis als „Haltgeben“ gerechtfertigt. Aggressionen und Angst vor Patienten ziehen häufig den Ruf nach Medikamenten oder einer Dosiserhöhung nach sich. Selbst erfahrene Mitarbeiter fangen unter Affektdruck gelegentlich an, auch ohne die dafür erforderlichen symptomatischen Voraussetzungen hinter instabilem und gelegentlich bizarrem Verhalten eine Psychose zu vermuten. Eine solche Krankheitsdiagnose schafft nicht nur entlastende Distanz, sondern lässt die Medikation als vernünftig und nicht als Rache oder Schutzmaßnahme gegen die eigenen Ängste erscheinen. Teambesprechungen bilden den Rahmen, den beschriebenen Entgleisungsmöglichkeiten kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen Einhalt zu gebieten.

Entscheidungen über Therapieziele, Vorgehensweisen und Aufenthaltsdauern werden von emotionalen Prozessen zwischen Patienten und Personal beeinflusst. In den letzten beiden Jahrzehnten gewannen die kognitiv-verhaltensorientierten Denk- und Behandlungsstile an Bedeutung. Eine der Begründungen für die Ablösung psychoanalytisch orientierter Arbeitsweisen in stationären Einrichtungen durch umschriebene „ziel- und lösungsorientierte“ Ansätze war die mitunter ausufernde Dynamik innerhalb von Stationen, wenn die Probleme, welche intensive Behandlungen begründeten, ihre Nahrung manchmal tatsächlich aus der Dynamik im jeweiligen Stationskontext bezogen. Nicht immer vorteilhafte, lange Aufenthaltsdauern waren eine der Folgen. Allerdings müsste geprüft werden, wo in den überwiegend symptomorientierten, in sehr kurzen Zeiträumen arbeitenden und sich vor allem an die rationale bewusste Wahrnehmung und das Denken der Beteiligten wendenden Einheiten die heftigen Emotionen und ihre Entgleisungen bleiben, die gerade das Hauptmerkmal der Störungsbilder bei einem großen Teil der Patienten bilden, die stationäre Aufenthalte überhaupt benötigen. Die Mehrzahl der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten hat vor dem Hintergrund von Bindungsunsicherheit, Traumata und/oder strukturellen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung große Probleme, Affekte zu symbolisieren. Sie werden vielmehr handelnd dargestellt und in der Umgebung erzeugt. Die psychodynamische Betrachtungsweise vermag durchaus, die Bindungs-, Kontext- und Beziehungsabhängigkeit vieler Symptome und Interaktionen zu konzeptualisieren, und damit Regressionen durch angemessene Interventionen und Gestaltung des Settings entgegen zu wirken. Ein stringentes und durch entsprechende Qualifikationen der Mitarbeiter getragenes Konzept ist dabei unentbehrlich. Es sollte sich durch Rollenklarheit bei allen an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern auszeichnen und dafür Sorge tragen, dass die verschiedenen Ebenen der Behandlung wie Psychotherapie, Pflege/Pädagogik, Eltern- und Familienarbeit sowie soziale und schulische Unterstützung abgrenzbar bleiben. Das Erlernen wichtiger selbst- und beziehungssteuernder, aber auch lebenspraktischer Fertigkeiten mittels sozialer Trainings ist hilfreich. Die Gestaltung aller Aktivitäten wird aber vornehmlich durch das Verständnis der subjektiven Erfahrung eines jeden Patienten und seiner Beziehungsproblematik geformt. Diese Kernarbeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen wird, wie die Zusammenstellung in Tabelle 1 zeigt, zu großen Teilen in den Teambesprechungen geleistet.

Tab. 1: Funktion von Besprechungen für Behandlungsteams in der stationären KJPP

<i>pragmatische Ebene</i>	<i>emotionale Ebene</i>	<i>integrative Ebene</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Klärung • Planung • Organisation • Abstimmung • Beachtung des Krankheits- und Therapiekontextes • Entlassungsvorbereitung von Beginn an 	<ul style="list-style-type: none"> • Katharsis • Containment • Regulation (Affekte, Nähe-Distanz) • ansatzweise Klärung der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik • Umgang mit Inszenierungen • Mentalisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen der Psycho- bzw. Gruppendynamik (Patient, Patienten-, Mitarbeitergruppe) • Differenzierung unterschiedlicher Verständnis- und Interventionsebenen • Festigung der Rollenklarheit • Orientierung am Behandlungskonzept • Orientierung an realistischen Zielen • Aufrechterhaltung der Arbeitszufriedenheit • Umgang mit Macht und Zwang
Konzeptualisierung der Behandlung eines jeden Patienten vor dem Hintergrund seiner subjektiven Erfahrung und individuellen Beziehungsproblematik		

Letztlich geht es weniger um die Frage der Schulzugehörigkeit, wenn wir um plausible Hilfestellung für unsere Patienten ringen, sondern um die Frage, ob es gelingt, gegenüber den bisher sehr beeinträchtigenden Problemlösungen eine neue Betrachtungsperspektive einzunehmen und den Patienten in die Lage zu versetzen, vor dem Hintergrund dieses neuen Verständnisses andere Konfliktlösungen und Bewältigungsmuster als bisher zu wagen. Der „psychotherapeutische Raum“ auf einer Station, der maßgeblich und immer wieder in den Besprechungen erst geschaffen bzw. erhalten wird, meint für emotional instabile Patienten also nicht, dass ihnen von verschiedenen Mitarbeitern psychologische Erklärungen für das Zustandekommen ihrer Not entgegen gehalten werden, sondern zunächst einmal einen sicheren berechenbaren Rahmen, der vor Eskalationen und Affektzirkeln schützt, in denen Aktion und Reaktion in einem 1:1-Verhältnis und ohne Reflexion der Auslöser erfolgen. Insbesondere in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten aus dem „Borderline“-Spektrum nimmt das Aufspüren von emotional destabilisierenden, für Außenstehende eventuell als Bagatellen erscheinenden Ereignissen (scheinbar kleine Kränkungen, Trennungsängste, drohende Beziehungskonflikte u.a.) einen wichtigen Platz ein. Analog zum Vorgehen im einzeltherapeutischen Setting mit emotional instabilen Patienten, wo ein psychischer Raum geschaffen werden soll, in welchem dem eigenen und fremden Verhalten Bedeutungen zuerkannt werden können (Fonagy u. Target 2000), können Teambesprechungen auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen im günstigen Falle eine Mentalisierungshilfe für die Mitarbeiter darstellen, die es ihnen erleichtert, mit den emotionalen Herausforderungen und Belastungen stationär-therapeutischer Arbeit konstruktiv umzugehen. Die Mentalisierung des vornehmlich auf der Verhaltensebene angesiedelten Geschehens kommt mittelbar den Patienten und Angehörigen zugute, indem die Mitarbeiter nicht jeden Angriff auf den Behandlungsrahmen mit Machtdemonstrationen und Rechtfertigungen beantworten müssen. Stattdessen wird das Geschehen unter Kontext- und Beziehungsaspekten sowie den in ihnen liegenden Konfliktquellen reflektiert.

Der zunehmende Kostendruck, der auf stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen lastet, könnte dazu führen, dass es immer schwieriger wird, den eben skizzierten Prozessen jene Zeit zu lassen, die sie benötigen, um bearbeitet zu werden und damit zu einer nachhaltigeren psychischen Stabilität unserer Patienten beizutragen.

Literatur

- Beebe, B.; Lachmann, F. (1998): Co-constructing inner and relational processes: self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanal. Psychol.* 15: 480–516.
- Bettschart, W. (1979): Der Kinder- und Jugendpsychiater im multidisziplinären Team. *Acta Paedopsychiat.* 45: 89–99.
- Branik, E. (2001): Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen Erkennen und Vorbeugen: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 372–382.
- Branik, E. (2001a): Zum Verhältnis von Pflege/Pädagogik und Therapie auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station. *Psychiatrische Pflege Heute* 7: 248–251.
- Branik, E. (2002): Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Die Kunst des Unmöglichen?“. *Psychotherapeut* 47: 98–105.
- Bürgin, D.; Meng, H. (2000): Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 477–488.
- Eggers, C. (2004): Ambulante und stationäre Therapie. In: Eggers, C.; Fegert, J. M.; Resch, F. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Berlin: Springer, S. 150–153.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2002): *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P.; Target, M. (2000): Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int. J. Psycho-Anal.* 81: 853–873.
- Gabbard, G. O. (2001): Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary approach. *Bull. Menninger Clin.* 65: 41–57.
- Green, J.; Jones, D. (1998): Unwanted effects of in-patient treatment: anticipation, prevention, repair. In: Green, J.; Jacobs, B. (Hg.): *In-patient child psychiatry. Modern practice, research and the future*. London/New York: Routledge, S. 212–219.
- Janssen, P. (1987): *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lohmer, M. (2005): Lernen im Team: die Balance zwischen Veränderung und Stabilität in psychosozialen Organisationen. Überarbeitetes und erweitertes Manuskript des Vortrags bei den 55. Lindauer Psychotherapiewochen, 14. 4. 2005.
- Main, T.F. (1946): The hospital as a therapeutic instrument. *Bull. Menninger Clin.* 10: 66–70.
- Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D. (2002): Zur Indikation der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: 546–558.
- Rose, H.K. (1981): Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. *Psychiat. Prax.* 8: 87–94.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Was heißt integrierte stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen? In: Klosinski, G. (Hg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber, S. 86–98.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 497–510.
- Streeck-Fischer, A. (2004): Selbst- und fremddestruktives Verhalten in der Adoleszenz – Folgen von Traumatisierung in der Entwicklung. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): *Adoleszenz, Bindung, Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 9–41.
- Zauner, J. (1972): Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 20: 166–171.

Zauner, J. (1980): Erziehung und Psychotherapie beim Jugendlichen aus psychoanalytischer Sicht.
In: Spiel, W. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts XII, Konsequenzen für die Pädagogik.
Zürich: Kindler, S. 801–822.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Emil Branik, Allgemeines Krankenhaus Harburg, Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg,
E-Mail: emil.branik@ak-harburg.lbk-hh.de