

Remschmidt, Helmut

Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 6, S. 445-458

urn:nbn:de:bsz-psydok-39933

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

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life). . 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) . . 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention). . . .	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy)	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMAN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie¹

Helmut Remschmidt

Summary

Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry

Since 1968 child and adolescent psychiatry has become an independent medical specialty in Germany. As psychotherapy has always been an essential part of the discipline, it has meanwhile also been incorporated into the name of the specialty which now reads: child and adolescent psychiatry and psychotherapy. From a historical point of view, child and adolescent psychiatry in Germany has its main roots in adult psychiatry and neurology as well as in pediatrics. Furthermore, it has been stimulated in many ways by other neighbouring disciplines. During the last decades, three trend-setting developments put forward the improvement of child and adolescent psychiatric care in Germany: the "Psychiatrie-Enquête", the model program for psychiatry of the federal government and the "Psychiatry Personnel Act" (Psychiatrie-Personalverordnung). The improvement in the field of care as well as new scientific findings can open important perspectives for the future, but these must always be seen within the frame of society development.

Zusammenfassung

Seit dem Jahre 1968 hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland den Status einer eigenen Facharztdisziplin erlangt. Die Facharztbezeichnung wurde inzwischen erweitert um die Psychotherapie, die als essentieller Bestandteil fest in das Fachgebiet integriert ist. Historisch gesehen hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zwei Wurzeln: die Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie und die Kinderheilkunde. Darüber hinaus erhielt sie auch aus anderen Nachbargebieten wichtige Impulse. Für die Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung waren in den letzten Jahrzehnten drei zukunftsweisende Entwicklungen verantwortlich: die Psychiatrie-Enquête, das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung und die Psychiatrie-Personalverordnung. Die Verbesserung der Versorgung und neue wissenschaftliche Erkenntnisse eröffnen für das Fach wichtige Zukunftsperspektiven, die aber stets im Kontext mit gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen sind.

¹ Vortrag aus Anlaß des 20jährigen Bestehens der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Humboldt-Universität (früher der Freien Universität) Berlin am 17.06.1995.

1 Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und seine Entwicklung

Aktuelle Entwicklungstendenzen können nicht aufgezeigt werden ohne einen Blick in die Geschichte des jeweiligen Fachgebietes. Dieser Blick muß notgedrungen kurz und folglich lückenhaft sein. Ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Jahr 1887, in dem das erste deutschsprachige kinder- und jugendpsychiatrische Lehrbuch, verfaßt von HERMANN EMMINGHAUS, erschien mit dem Titel „Psychische Störungen im Kindesalter“. Der Psychiatriehistoriker HARMS bezeichnete es als „Die Wiegenstunde der Kinderpsychiatrie“. Seit der Jahrhundertwende entwickelte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie sodann im europäischen Raum, international, aber auch in Deutschland, zu einer eigenen ärztlichen Disziplin.

Seit dem Jahre 1968 hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland den Status einer eigenen Facharztdisziplin erlangt. In den Richtlinien der Bundesärztekammer wurde ihr Aufgabengebiet im Jahre 1993 wie folgt definiert: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfaßt die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurotischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.“

Aus dieser Beschreibung geht zweierlei hervor: Einmal ist neuerdings die Psychotherapie in den Facharztweiterbildungsgang einbezogen, zum anderen weist die Definition darauf hin, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nur für Erkrankungen zuständig ist, sondern auch für psychische und soziale Verhaltensauffälligkeiten. Was das Spektrum der Störungen betrifft, so sind in ihrem Aufgabengebiet sowohl psychische, psychosomatische als auch z.T. neurologische Störungen enthalten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland 1995 mit 114 Kliniken bzw. Fachabteilungen vertreten, davon 25 an Universitäten (SPECHT u. ANTON 1995). Von den insgesamt 781 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (die Hälfte sind Frauen) sind 311 an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt, davon 77 als ermächtigte Ärzte (31.12.1995; KBV-Bundesarztregister).

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat 650 Mitglieder. Dies ist eine insgesamt erfreuliche Entwicklung, in der sich auch die Schrittmacherfunktion der Fachgesellschaft für die Etablierung unseres noch relativ jungen Fachgebietes zeigt. 1975, zum Zeitpunkt der Gründung der Abteilung in Berlin gab es genau 200 Fachärzte, davon 34 Frauen.

Die Vorläuferorganisation der heutigen Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1940 in Wien gegründet. Ihr Name war damals „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik“. Die Weiterentwicklung sowohl des Faches als auch der Fachgesellschaft war in erheblicher Weise behindert durch den Zweiten Weltkrieg. In diesem Zusammenhang muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß während des Krieges mindestens 5000 geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche in sogenannten Kinderfachabteilungen umgebracht wurden. An diesen Maßnahmen waren auch Kinder- und Jugendpsychiater (eine eigene Facharztdisziplin existierte damals noch nicht) beteiligt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Fachgesellschaft 1948 während eines Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Form einer Arbeitsgruppe wiedergegründet. Im gleichen Jahr fand die erste wissenschaftliche Tagung in Marburg statt, und in das Jahr 1950 kann die Gründung der „Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ als eigene

medizinische Disziplin datiert werden. Im Jahre 1976 erfolgte eine Änderung des Namens in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1990 kam es in der Folgezeit auch zu einem Zusammenschluß der beiden Fachgesellschaften (der ostdeutschen und der westdeutschen) unter der Bezeichnung „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Die erste gesamtdeutsche Tagung fand 1991 in Bad Homburg unter der Leitung von F. Poustka statt. Im Jahre 1994 wurde die Gesellschaft umbenannt in Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im Hinblick auf die *theoretische Orientierung* konnten in Deutschland über längere Zeit vier Ausrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie voneinander unterschieden werden:

- die neuropsychiatrische Tradition,
- die heilpädagogische Tradition,
- die psychodynamisch-psychoanalytische Tradition und
- die empirisch-epidemiologische Orientierung.

In den letzten Jahren hat sich diese Aufdifferenzierung zugunsten eines mehr eklektischen Ansatzes wieder weitgehend aufgelöst.

Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland hat historisch gesehen zwei Wurzeln: die Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie und die Kinderheilkunde. Wichtige Impulse erhielt sie auch aus der Psychologie, verschiedenen Zweigen der Sozialwissenschaften, der Rechtswissenschaften sowie aus der Praxis der Jugend- und Sozialhilfe.

In Abbildung 1 sind die Beziehungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu den drei klinischen Disziplinen Neurologie, Psychiatrie und Pädiatrie wiedergegeben. Für jede dieser drei Nachbardisziplinen sind drei Aspekte hervorgehoben, die für das Aufgabengebiet und die Arbeitsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig sind.

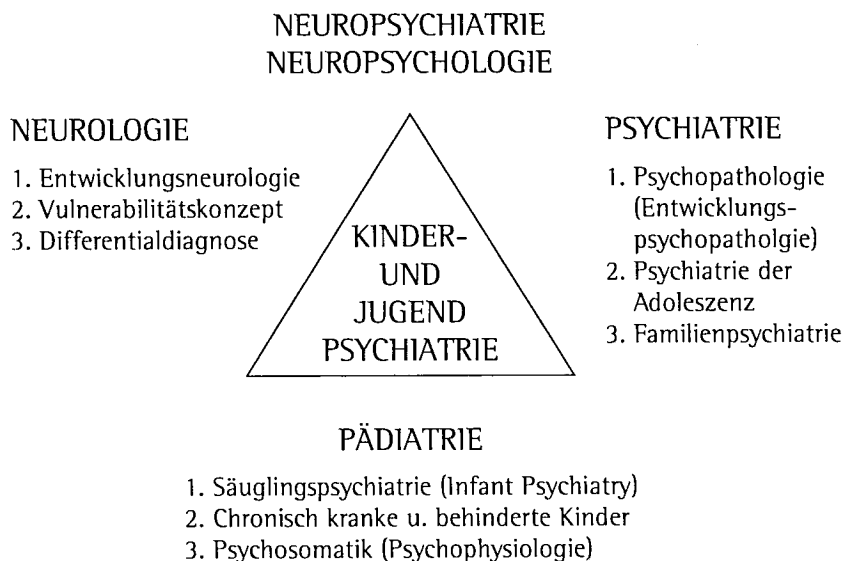


Abb. 1: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen

Aus der *Neurologie* kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtige Anregungen gewinnen im Hinblick auf die Entwicklung des Zentralnervensystems, das Vulnerabilitätskonzept und differentialdiagnostische Überlegungen. Die Bedeutung der Entwicklungsneurologie liegt auf der Hand und braucht gar nicht näher kommentiert zu werden. Mit dem Vulnerabilitätskonzept ist die Tatsache umschrieben, daß zerebrale Vorschädigungen Kinder und Jugendliche besonders empfänglich machen für schädigende Umwelteinflüsse. Gerade an diesem Beispiel läßt sich sehr gut veranschaulichen, wie psychische Störungen und Auffälligkeiten durch zerebrale Vorschädigung gewissermaßen gebahnt werden, ohne daß sie durch diese kausal erklärt werden können. *Differentialdiagnostische* Erwägungen sind schließlich wichtig im Hinblick auf viele psychogene Erkrankungen mit einer körperlichen Symptomatik. Zu denken ist hierbei z.B. an die *Konversionssyndrome*, von denen sich bei Katamnese rund 20% als neurologische Erkrankungen entpuppen. Daher ist der Hinweis auf die Differentialdiagnose, die natürlich nur dann kompetent durchgeführt werden kann, wenn neurologische Kenntnisse vorliegen, besonders wichtig.

Mit der *Psychiatrie* hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsame Aufgaben und Berührungspunkte in der Psychopathologie, die heute in abgewandelter Form als *Entwicklungspsychopathologie* hohe Aktualität erlangt hat (vgl. REMSCHMIDT 1989), ferner mit der Entwicklungsphase der *Adoleszenz*, die jenseits des Volljährigkeitsalters häufig von Erwachsenenpsychiatern betreut wird, und die *Familienpsychiatrie*. Unter letzterer verstehen wir die Betrachtung psychiatrischer Erkrankungen von Kindern, aber auch von Erwachsenen, im Kontext der Familie. Ein für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr wichtiges Gebiet sind hierbei die Kinder psychisch kranker Eltern, insbesondere psychotischer Eltern (vgl. REMSCHMIDT 1980; REMSCHMIDT u. MATTEJAT 1994).

Gemeinsame Aufgabengebiete mit der *Pädiatrie* schließlich sind die *Säuglingspsychiatrie* (infant psychiatry), die in den letzten Jahren ein erhebliches Interesse gefunden hat, ferner die Probleme *chronisch kranker und behinderter Kinder* und die *Psychosomatik*, die mehr und mehr durch die *Verhaltensmedizin* abgelöst wird.

Verhaltensmedizin beschäftigt sich mit der Beeinflussung körperlicher Erkrankungen durch *Verhaltensänderung*. Nachdem die klassischen Infektionskrankheiten weitgehend überwunden und auch viele andere körperliche Erkrankungen einer effektiven Therapie zugänglich sind, bleiben als „Geißeln der zivilisierten Welt“ eine Vielzahl von Störungen übrig, die durch *Fehlverhaltensweisen* der Menschen verursacht oder mitverursacht werden, also z.B. durch falsche Ernährung, durch zu wenig Bewegung, durch Rauchen, durch Trinken, durch Drogengebrauch. Historisch gesehen ist auf zwei Entwicklungen zu verweisen, die beide den gleichen Ausgangspunkt haben (lerntheoretische Fundierung therapeutischen Vorgehens), aber unterschiedliche Zielrichtungen verfolgen:

- einerseits die *Verhaltenstherapie*, deren Ziel es ist, *psychische Störungen und Erkrankungen* zu behandeln und
- andererseits die *Verhaltensmedizin*, deren Ziel es ist, *körperliche Erkrankungen* und ihre Folgen zu behandeln oder ihr Auftreten zu verhindern. Hier stehen also nicht primär psychiatrische Erkrankungen im Vordergrund, sondern z.B. funktionelle Störungen, Adipositas, die Folgen von Trinken, Rauchen, Drogenmißbrauch.

Zentrales Anliegen der Verhaltensmedizin ist – auf der Grundlage einer genauen Aufklärung des Patienten und seiner Familie über die jeweilige Erkrankung – seine Einstellung, sein Befinden und sein Verhalten so zu verändern, daß krankheitsfördernde Einflüsse vermindert und Bewältigungsstrategien gefördert werden. Die Verhaltensmedizin hat also einen ausgesprochen edukativen Schwerpunkt und unterscheidet sich dadurch von anderen Formen der Einflußnahme und der Hilfe zur Selbsthilfe.

Von großer Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch die *Klinische Psychologie* und insbesondere die *Neuropsychologie*, die man als Fortsetzung der Neurologie mit psychologischen Mitteln und Methoden bezeichnen könnte. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, daß eine Vielzahl von Störungen mit Hilfe neuropsychologischer Untersuchungsmethoden besser verstanden und mit neuropsychologisch fundierten Therapiemethoden besser behandelt werden können (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1981).

Schließlich ist die lange Tradition einer engen Kooperation mit den Erziehungs- und Sozialwissenschaften zu erwähnen, insbesondere mit der Heil- und Sonderpädagogik und mit der Sozialpädagogik. Dadurch wird der interdisziplinäre Ansatz, dem sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie von jeher verpflichtet fühlte, eindrucksvoll unterstrichen.

Diese Zuflüsse aus verschiedenen anderen Fachgebieten haben jedoch nicht dazu geführt, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mixtur oder Summierung heterogener Teilbereiche aufgefaßt werden kann, sondern sie ist vielmehr ein Gebiet, das alle diese Einflüsse auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien hin integriert und strukturiert hat und das auch international als eigenständiges Fachgebiet angesehen wird.

2 Ausbildung und Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Vermittlung kinder- und jugendpsychiatrischen Wissens erfolgt nicht erst im Rahmen der Facharztweiterbildung, sondern bereits im Studium. Jedenfalls muß dies eine wichtige Aufgabe eines jeden Universitätslehrers in unserem Fachgebiet sein. Beschrieben sind die zu erwerbenden und zu vermittelnden Kenntnisse im Gegenstandskatalog für den II. Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Sie gehören in den Rahmen des nicht-operativen Stoffgebietes und erstrecken sich u.a. auf folgende Bereiche: psychosomatische Erkrankungen, normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes und ihre Variationen, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, allgemeine und spezielle Psychopathologie, Persönlichkeitsstörungen, Süchte, Psychosen, Neurosen, sexuelle und sonstige Verhaltensstörungen, psychiatrische und psychosomatische Untersuchungsmethoden, Grundzüge individueller und gruppenorientierter Psychotherapie, Psychohygiene. Die für die Vermittlung dieses Stoffkontingentes erforderliche Unterrichtszeit macht etwa 20-25% für den psychiatrischen und rund 15% für den pädiatrischen Unterricht aus.

Neu ist in der Facharztweiterbildungsordnung die Einbeziehung der psychotherapeutischen Weiterbildung in das Weiterbildungscurriculum, aber auch in den Fach-

arzttitel, der jetzt „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ heißt. Die Weiterbildungszeit beträgt fünf Jahre, wovon ein Jahr Kinderheilkunde oder Psychiatrie und Psychotherapie zu absolvieren sind, vier Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, davon mindestens zwei Jahre im Stationsdienst. Es können zwei Jahre der Weiterbildung bei einem niedergelassenen Arzt abgeleistet werden, angerechnet werden kann ferner ein halbes Jahr Weiterbildung in der Neurologie.

Wesentlich erweitert wurden die Erfordernisse zum Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im therapeutischen Bereich. Dies betrifft sowohl die Psychotherapie als auch die Somato- und Pharmakotherapie. Die neue, im Jahre 1993 verabschiedete Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland stellt einen deutlichen Fortschritt gegenüber der bisherigen dar. Sie erfordert aber auch vermehrte Anstrengungen seitens der Kinder- und Jugendpsychiater, sie zu realisieren. In diesem Sinne müssen folgende Schritte rasch und koordiniert vorgenommen werden (REMSCHMIDT 1993b):

1. Einrichtung regionaler *Weiterbildungsgemeinschaften*, die durch eine zielorientierte Zusammenarbeit mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen erreicht werden können. Auf diese Weise kann auch jenen Einrichtungen, die allein eine komplette Weiterbildung nicht realisieren können, geholfen werden.
2. Einbeziehung des Aspekts der *Qualitätssicherung* in Aus-, Weiter- und Fortbildung. Auch hierzu bieten sich regionale Qualitätszirkel als eine Lösungsmöglichkeit an.
3. *Engere Kooperation mit den Nachbargebieten Pädiatrie und Psychiatrie*, um jene Weiterbildungsinhalte organisatorisch abzusichern, die nicht in eigener Regie oder durch kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbildungsgemeinschaften realisiert werden können.

3 Zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die sich auch in der Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Institutionen entwickelt hat (insbesondere mit Einrichtungen der Jugendhilfe), müssen die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien und die zur Versorgung erforderlichen Institutionen bedacht werden. In den letzten 20 Jahren gab es drei entscheidende und zukunftsweisende Entwicklungen:

- die Psychiatrie-Enquête (Bericht 1975),
- das Modellprogramm Psychiatrie (1980–1985) der Bundesregierung und
- die Psychiatrie-Personalverordnung (1991–1995).

Diese drei Entwicklungen haben das Bild der heutigen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie nachhaltig geprägt: die Psychiatrie-Enquête bereitere den Boden für alle folgenden Neuerungen vor, das Modellprogramm ermöglichte eine umfassende Erprobung von neuen Versorgungsansätzen und eine Evaluation von Versorgungseinrichtungen und Versorgungssystemen, und die Psychiatrie-Personalverordnung führte schließlich zu einer den jeweiligen Aufgaben angemessenen Personalausstattung.

Das Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen in klinischen Einrichtungen hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verändert. Eine vergleichende

Untersuchung des stationären Krankengutes aus den Jahren 1971 und 1981 an der Marburger Universitätsklinik hat folgende Veränderungen ergeben (Hesse 1987):

- Das Alter der Patienten bei der stationären Aufnahme war im Jahre 1981 im Schnitt wesentlich höher als 10 Jahre zuvor. Es ergab sich ein deutlicher Schwerpunkt im Bereich der Adoleszenz.
- Patienten mit höheren Intelligenzgraden waren im Jahre 1981 im Vergleich zum Jahr 1971 überrepräsentiert. Dies hängt damit zusammen, daß Intelligenzminderungen in den ersten Lebensjahren heute meist in Kinderkliniken (Stoffwechselstörungen!) abgeklärt werden und die Betroffenen auch hinsichtlich der mittel- bis langfristigen Versorgung andere Institutionen aufsuchen.
- Die Behandlungsdauer war 1981 für Patienten aus dem Nahraum deutlich kürzer als im Jahre 1971, für Patienten aus weiter entfernten Gebieten jedoch deutlich länger als im Jahre 1971.
- Die neurologischen Erkrankungen haben im Zehnjahreszeitraum vom 1971 bis 1981 deutlich abgenommen, und
- der Schweregrad der Erkrankungen hat deutlich zugenommen.

Aus aktuellem Anlaß sei auf die Bedeutung der Psychotherapie für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung näher eingegangen: Psychotherapie heißt Behandlung mit seelischen Mitteln. Seelische Mittel wiederum sind Methoden der Einflußnahme, die über das Spiel, das Gespräch, über Entspannung, Übung, Imagination und Lernen vermittelt werden und die nach heutiger Auffassung eine aktive Mitarbeit des Patienten zur Voraussetzung haben, welche sich in einer wechselseitigen und ständig weiterentwickelnden Beziehung zum Therapeuten ereignet. Diese Beziehung wird im Rahmen der Gruppentherapie mit mehreren Patienten in jeweils unterschiedlicher Weise geteilt und in der Familientherapie auch auf andere Familienmitglieder (in der Standardsituation auf die Eltern) erweitert. Psychotherapie im ärztlichen Sinne bedeutet immer Krankenbehandlung und ist nicht auf die Lösung allgemeiner Lebensfragen ausgerichtet.

Grundsätze zur Indikationsstellung für Psychotherapie: Seit dem Jahre 1992 ist die psychotherapeutische Weiterbildung nun auch formal in die Facharztweiterbildung integriert. Damit ist der Kinder- und Jugendpsychiater zugleich auch per definitionem *Psychotherapeut* für Kinder, Jugendliche und Familien. Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter muß folgenden Gesichtspunkten Rechnung tragen:

- Dem *entwicklungspsychologischen Aspekt*: Bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen müssen Entwicklungsvorgänge und ihre Auswirkungen berücksichtigt werden. Denn sie bestimmen häufig die Symptomatik der Störung und sind auch für die Therapie maßgebend.
- Dem *Familienbezug*: Die Familie oder familienähnliche Gemeinschaft ist die engste Bezugsgruppe des Kindes. Da Kinder stärker als Erwachsene von ihrer Umgebung abhängig sind, müssen sie und auch ihre Störungen in diesem Kontext gesehen werden.
- Der *Bildungs- und Ausbildungssituation*: Neben der Familie spielen Bildungs- und Ausbildungssituation (Kindergarten, Schule, andere Förderungseinrichtungen) für die Entwicklung von Kindern eine außerordentlich wichtige Rolle. Daher müssen auch sie im Hinblick auf die Auslösung und Behebung von Störungen einbezogen werden.

- Den *Risikofaktoren für Entwicklungsvarianten, Störungen und Erkrankungen*: Da sich manche Risikofaktoren (besonders solche im sozialen Bereich) noch ändern lassen, sollten sie frühzeitig identifiziert und, soweit wie möglich, im Rahmen eines Behandlungsplanes behoben oder abgeschwächt werden.
- Den *protektiven Faktoren und der Prävention*: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dazu prädestiniert, präventiv wirksam zu werden. Denn bei rechtzeitigem Eingreifen ist es, gerade im Kindesalter, noch möglich, die Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu vermeiden oder i.S. der Primärprävention einer Erstmanifestation vorzubeugen.
- Den *Bewältigungsstrategien* (Coping-Mechanismen): Die meisten psychisch kranken oder gestörten Kinder und Jugendlichen entwickeln derartige Bewältigungsstrategien. Es gilt, diese im Patienten und in der Familie zu entdecken, mit den Patienten weiterzuentwickeln und so für die Therapie nutzbar zu machen. Dieser Aspekt wird in unseren Behandlungseinrichtungen noch nicht hinreichend genutzt. Er ist aber von großer Bedeutung, nicht zuletzt deshalb, weil man hier bereits an „Lösungswegen“ anknüpfen kann, die vom Patienten selbst entdeckt wurden.

Ein weit verbreitetes Vorurteil behauptet, in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken würden die Patienten überwiegend mit Medikamenten behandelt. Diese Behauptung ist nicht zutreffend und stellt eine Irreführung der Öffentlichkeit, oft mit gezielter Polemik, dar. In einer vollständigen Inanspruchnahmepopulation von über 10000 Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1983–1991 an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg und den mit ihr assoziierten Einrichtungen vorgestellt wurden, haben wir die erbrachten therapeutischen Leistungen statistisch ausgewertet. Dabei wurden die Therapien in den einzelnen Teileinrichtungen (Stationen, Tagesklinik, Poliklinik, ambulanter Dienst und Erziehungsberatungsstelle) gesondert untersucht. Es zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Teileinrichtungen, sowohl hinsichtlich der Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung als auch hinsichtlich der erbrachten therapeutischen Leistungen und der Dauer der Behandlungen.

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die an der Universitäts-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihren Teileinrichtungen durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen. Aus der Tabelle geht hervor, daß die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden die „anderen Interventionen“, unter die auch die Psychopharmaka gerechnet werden, bei weitem überwiegen. Gleichzeitig wird sichtbar, daß die unterschiedlichen Teileinrichtungen im Hinblick auf die angewandten Psychotherapiemethoden, je nach Konzept und Klientel, erheblich differieren.

Tabelle 2 zeigt die prozentuale Häufigkeit der medikamentösen Behandlung, ebenfalls aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Teileinrichtungen. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 6,8% aller 1745 stationären Patienten erhielten ein Antikonvulsivum, 25,4% erhielten ein Neuroleptikum usw. Wie die Tabelle verdeutlicht, liegt der Schwerpunkt der medikamentösen Behandlung auf den klinischen Stationen und in der Tagesklinik, während Poliklinik, ambulanter Dienst und Erziehungsberatungsstelle praktisch ohne Medikamente arbeiten. Die Medikamente werden jeweils nach strenger Indikation verabreicht; im stationären Bereich dominieren dabei die Neuroleptika wegen der hohen Zahl schizophrener Patientinnen und Patienten.

Tab. 1: Prozentsatz* der behandelten Patienten in jeder Behandlungsart, aufgeschlüsselt nach Teileinrichtungen

Behandlungsart	Teileinrichtung				
	Stationen	Tageskl.	Poliklinik	Amb. D.	Erz.-Ber.
Psychotherapie-Einzeln	85,9%	97,8%	34,3%	42,0%	29,6%
Psychotherapie-Gruppe	35,2%	31,3%	0,8%	3,3%	5,6%
Übungsbehandlung-Einzeln	45,5%	75,2%	3,6%	13,0%	11,3%
Übungsbehandlung-Gruppe	29,2%	77,4%	1,4%	5,5%	2,9%
Familienbez. Interventionen	83,1%	93,9%	66,2%	68,7%	88,3%
Andere Interventionen	42,3%	42,8%	19,3%	45,3%	28,8%
Anzahl der Patienten mit weiterführender Beratung/ Abs.	1553	182	1059	915	1748
Behandlung insgesamt	% (= 100%)	(= 100%)	(= 100%)	(= 100%)	(= 100%)

* Die Prozentangaben ergänzen sich nicht zu 100%, da bei nahezu allen Patienten mehrere Behandlungsarten durchgeführt wurden. Die Werte in dieser wie in der folgenden Tabelle sind nach der ersten Kommastelle gekappt.

Berücksichtigt man nur die Psychopharmaka im engeren Sinne (Neroelptika, Tymolettika, Tranquillizer und Stimulantien), so erhalten im stationären Bereich nur 28,5% der Patienten ein oder mehrere Psychopharmaka, in der Tagesklinik 25,8%, in der Poliklinik 6,2%, im ambulanten Dienst und in der Erziehungsberatungsstelle lag die Quote jeweils unter 1%.

Tab. 2: Prozentuale Häufigkeit* medikamentöser Behandlungen, aufgeschlüsselt nach Teileinrichtungen

Medikamentengruppe	Teileinrichtung				
	Stationen	Tageskl.	Poliklinik	Amb. D.	Erz.-Ber.
Antikonvulsiva	6,8%	2,1%	4,7%	0,2%	0,1%
Neuroleptika	25,4%	6,5%	2,4%	0,0%	0,0%
Thymoleptika	9,3%	4,3%	1,4%	0,2%	0,0%
Tranquillizer	3,0%	0,5%	0,6%	0,0%	0,0%
Stimulantien	3,9%	17,4%	1,9%	0,5%	0,0%
Andere Medikamente	6,9%	2,7%	1,7%	0,0%	0,0%
Medikament. Beh. insges.**	42,5%	30,6%	12,6%	0,9%	0,1%
Anzahl der Patienten insgesamt	Abs. 1745	183	6621	1160	2581
	% (= 100%)	(= 100%)	(= 100%)	(= 100%)	(= 100%)

* Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl Patienten der jeweiligen Teileinrichtung.

** Einige Patienten erhielten mehrere Medikamente, daher sind alle Prozentangaben in der Kategorie „Medikamentöse Behandlung insgesamt“ niedriger als die jeweilige Spaltensumme.

4 Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zum Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört ebenso wie die Therapie die Forschung. Forschung in unserem Fachgebiet bedient sich einerseits der Methoden, die in der Erwachsenenpsychiatrie praktiziert werden, andererseits hat die kinder- und jugendpsychiatrische Forschung sich in den letzten Jahren auch zu einer gewissen methodischen Eigenständigkeit entwickelt. Dies gilt insbesondere für Methoden zur Erfassung der Entwicklungsabhängigkeit von Erkrankungen, der Rolle der Familie und der Besonderheiten der praktizierten Therapieformen. Gemeinsamkeiten in der Forschung ergeben sich mit der gesamten Entwicklungsmedizin und -psychologie sowie teilweise mit der Pädiatrie, Pädagogik, Sonderpädagogik und Kriminologie.

Breit angelegte kinder- und jugendpsychiatrische Forschung wurde in Deutschland im letzten Jahrzehnt in vier Bereichen betrieben: zur Entstehung und Entwicklung *früher Kommunikationsstrukturen* in der Mutter-Kind-Beziehung, einem Überschneidungsbereich mit der Entwicklungspsychologie, zu *neuropsychologischen und neurophysiologischen Fragestellungen* im Zusammenhang mit Teilleistungsschwächen, zur *Klassifikation* kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen und zur *Epidemiologie*.

In allen genannten Forschungsrichtungen wurden bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht verbreitete Verfahren neu eingeführt und genutzt: die Mikroanalyse des Verhaltens, die neurometrische Diagnostik, die multimodale Intervention, die Untersuchung und Beeinflussung von Leistungsdefiziten (im Überschneidungsbereich zur Sonderpädagogik), die multiaxiale Klassifikation und die epidemiologische Betrachtungsweise (Denkschrift der DGKJ).

Nach dem Zweiten Weltkrieg war die kinder- und jugendpsychiatrische Forschung auf den Gebieten der Psychopathologie und Nosologie, der Pathogenese psychogener Erkrankungen und Störungen, der Psychotherapie und der Untersuchung von Hirnschädigungen erfolgreich tätig, auch wenn die Bedeutung dieser Arbeiten im Ausland nur verzögert zur Kenntnis genommen wurde.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung in Deutschland hat eine Arbeitsgruppe in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtige Vorschläge erarbeitet, die dem Bundesministerium für Forschung und Technik unterbreitet wurden. Vorgeschlagen wurde ein Förderschwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Einbeziehung der nachfolgenden Themenbereiche (SCHMIDT u. REMSCHMIDT 1989/90):

Mehrebenenforschung zu Stabilität und Wandel kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen: Da Stabilität und Wandel von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nur in einem Netzwerk verschiedener (individueller, biologischer, sozialer) pathogener Faktoren und Prozesse sowie Randbedingungen zu verstehen sind, ist bei ihrer Untersuchung die Verfolgung eines Mehrebenenansatzes dringend geboten. Dabei kann es nicht nur darum gehen, weitere Korrelationen aufzuzeigen. Vielmehr muß über die bloße Beschreibung hinaus ein tieferes Verständnis der Stabilität und des Wandels zugrundeliegender Prozesse erreicht werden. Nicht zuletzt deshalb ist die Orientierung an Modellvorstellungen wegweisend. Als besonders wichtig sind Längs-

schnittstudien anzusehen, die die konsequente Weiterentwicklung und Überprüfung von Modellen über kausale Zusammenhänge ermöglichen.

Forschung zu externalisierten Störungen: Der Erforschung externalisierter Störungen wird eine besondere Bedeutung beigemessen, nicht zuletzt wegen der hohen Stabilität dieser Störungen und wegen der enormen Probleme, die sich für jede Gemeinschaft (Familie, Schule, Gesellschaft) aus ihnen ergeben sowie wegen der allgemeinen Hilflosigkeit, die sich angesichts der unbefriedigenden Beeinflussungsmöglichkeiten einzustellen droht. Besonders bedeutungsvoll erscheinen Studien zur Aufdeckung der diese Störung verursachenden und aufrechterhaltenden Faktoren und Prozesse, also zu Ätiologie und Pathogenese.

Forschung zu Entwicklungsstörungen: Entwicklungsstörungen sind häufig und stellen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung psychiatrischer Auffälligkeiten dar. In den modernen Klassifikationsschemata (ICD-10, DSM-III-R) sind derartige Entwicklungsstörungen in zwei unterschiedlichen Gruppen zusammengefaßt:

- den *pervasiven* Entwicklungsstörungen, zu denen auch der frühkindliche Autismus, der atypische Autismus, das Rett-Syndrom und das Asperger-Syndrom gehören, und
- den *umschriebenen* Entwicklungsstörungen, die entsprechende Störungen des Sprechens und der Sprache, der schulischen Fertigkeiten, der motorischen Funktionen und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen umfassen.

Zu beiden Gruppen von Störungen wurden in den letzten zehn Jahren in Deutschland wichtige Erkenntnisse erarbeitet. In jüngster Zeit wird ein Teil dieser Störungen auch unter genetischen Perspektiven untersucht (z.B. der frühkindliche Autismus und die Lese-Rechtschreib-Schwäche).

Interventions- und Versorgungsforschung: Es ist von großer Bedeutung, daß Methoden, die zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Familien eingesetzt werden, in ihrer Wirksamkeit, ihrer Effizienz und ihren Nebenwirkungen überprüft werden. Auf diesem Sektor besteht ein erheblicher Nachholbedarf, daher ist die Forschung zur Therapieentwicklung und Therapieevaluation ein außerordentlich dringliches Thema. Von großer Bedeutung ist auch, daß therapeutische Programme und Vorgehensweisen, die sich als wirksam und empfehlenswert erwiesen haben, auch curricular aufgearbeitet werden, so daß sie dem praktisch Tätigen zur Verfügung stehen.

5 Zukunftsperspektiven: Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 2015

Psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche befinden sich auch in Deutschland immer noch in einer benachteiligten Situation. Versorgung, Forschung und Interventionsmöglichkeiten müssen sowohl diesen Umstand berücksichtigen als auch den tiefgreifenden Wandel der Morbidität. Mit dem Rückgang akuter körperlicher Erkrankungen sind chronische somatische Erkrankungen in den Vordergrund getreten, die in der Regel erhebliche psychische Probleme aufwerfen und damit neue Forderungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.

Darüber hinaus sind es aber auch die gesellschaftlichen Entwicklungen, die zu dringlichen Problemen geführt haben und in Zukunft wahrscheinlich vermehrt führen

werden. Zu nennen sind hier in erster Linie der häufige Zerfall von Familien, in denen Kinder leben, die Drogenprobleme und das Abgleiten in Dissozialität und Delinquenz, die Suizidgefährdung von Kindern und Jugendlichen und nicht zuletzt die Gewaltproblematik in unserer Gesellschaft. Dies alles sind drängende Fragen für die Zukunft, denen sich die deutsche und internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie widmen muß.

Wie aber sieht diese Zukunft aus? Niemand kann sie voraussagen. Daher muß der im folgenden unternommene Versuch einer Vorausschau als die subjektive Einschätzung des Verfassers angesehen werden. Versetzen wir uns also in das Jahr 2015, und versuchen wir zu ergründen, wie es in diesem Jahr um die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Entwicklung steht: Zunächst ist es tröstlich festzustellen, daß es uns noch gibt und daß wir auch weiterhin gebraucht werden. In der Gesellschaft haben sich erhebliche Wandlungen vollzogen: Die Kernfamilie ist nicht mehr die vorherrschende Sozialisationsform für Kinder. Familien und familienähnliche Gemeinschaften *auf Zeit* dominieren, sind der traditionellen Familie rechtlich gleichgestellt und muten den Kindern in der Regel mehrere Beziehungswechsel im Laufe ihrer Entwicklung zu. Zugleich ist die Kinderzahl weiter zurückgegangen, die Ein-Kind-Familie ist die Regel, was Einzelkinder, in die alles investiert, besonders wertvoll erscheinen läßt. Kinder wachsen weitgehend ohne Geschwister auf, was durch institutionalisierte Kindergruppen kompensiert wird. Die Vier-Tage-Woche ist im Betrieb und in der Schule eingezo-gen und wirft erhebliche Probleme der Freizeitgestaltung auf, für die von Freizeitpädagogen und Freizeitsoziologen immer neue Vorschläge erarbeitet werden, deren Umsetzung angesichts weiterbestehender Arbeitslosigkeit und ausgeprägte Individualisierungstendenzen schwierig ist.

- Den Allround-Kinder- und Jugendpsychiater gibt es nicht mehr, er hat sich in vielfältiger Weise spezialisiert – in Analogie zu anderen medizinischen Fachgebieten. Er ist entweder Spezialist für Eßstörungen, für Psychosen, für Teilleistungsstörungen, für Probleme im Vorschulalter oder für Entwicklungskrisen in der Adoleszenz.
- Auch die Störungsbilder haben sich gewandelt. Die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen mit virtuellen Realitäten hat zur extremen Vereinzelung geführt und zu Realitätsstörungen neuer Art. Die Begegnung mit der Welt findet mehr und mehr in der Abgeschlossenheit des eigenen Zimmers im Hochhaus statt. Die Welt wird über moderne Informationstechnologien ins Zimmer geholt und ist auf dem Bildschirm manipulierbar. Klassifiziert wird nach DSM-VII und ICD-13. Eine Vereinigung der beiden Klassifikationssysteme hat aus merkantilen Erwägungen immer noch nicht stattgefunden, wird aber weiter gefordert.
- Auch kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen haben sich gewandelt. Es überwiegen die *ambulant* Einrichtungen und Praxen, die ebenfalls stark spezialisiert sind. Bedeutsam zugenommen haben Tageskliniken als gemeindenähe und besonders effektive Behandlungsformen mit speziellen Behandlungsangeboten z.B. für Kinder mit Teilleistungsstörungen, Jugendliche mit Psychosen, Kinder mit überdauernden (pervasiven) Entwicklungsstörungen. Die Behandlung im häuslichen Milieu ist als alternative und kostengünstige Behandlungsform als Kassenleistung eingeführt. Der stationäre Bereich wurde erheblich reduziert. Akute Fälle sind kaum noch stationär unterzubringen und stets vom zuständigen Gericht zu genehmigen.

- Bei den *Behandlungsmethoden* hat sich eine Synthese zwischen introspektiven und verhaltensorientierten Ansätzen ergeben. Die Psychosomatik ist weitgehend von der Verhaltensmedizin moderner Prägung abgelöst. Es wurden mehr störungsspezifische Behandlungsformen entwickelt, die auf kurze Behandlungszeiten ausgerichtet sind, einheitlichen Qualitätsstandards genügen und durch ständige Qualitätssicherungskommissionen regelmäßig überprüft werden.
- Die hochfliegenden *Erwartungen an die Forschung*, die man im Jahr 1995 noch auf neue methodische Ansätze wie Bildgebende Verfahren, Molekularbiologie oder Molekulargenetik gesetzt hatte, haben sich nur teilweise erfüllt. Zwar kann man optisch eindrucksvoll sichtbar machen, was im Gehirn eines Patienten vorgeht, wenn er extreme Angst hat, halluziniert oder eine Rechenaufgabe löst. Wirksame Behandlungsansätze haben sich aus diesen Erkenntnissen aber noch nicht ergeben.
- Molekularbiologie und Molekulargenetik haben uns im Verständnis vieler Störungen weitergebracht. Dies hat auch die Therapie beeinflusst. Der Aufdeckung von Genen für die Appetit- und Gewichtsregulation beim Menschen folgte auch die Gewinnung und Synthese von Eiweißprodukten, die als Appetitregulatoren wirksam sind. Bei adipösen Patienten haben sich gewisse Erfolge nach Verabreichung dieser Substanzen im Hinblick auf Appetitzüglung und Steigerung der körperlichen Aktivität ergeben. Anorektische Patienten und Patientinnen weigern sich aber nach wie vor hartnäckig, appetitanregende Medikamente zu sich zu nehmen. Die Schizophrenen haben sich als eine genetisch höchst komplexe Gruppe von Erkrankungen erwiesen. Für einige Subgruppen konnten Gene identifiziert werden, die jedoch nur unter ganz bestimmten Umweltbedingungen wirksam werden. Eine analoge Situation hat sich bei der Legasthenie (Dyslexie) ergeben und beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, bei denen man noch im Jahre 1995 einen autosomal-dominanten Erbgang vermutete.
- Die Konkurrenzsituation auf dem Psychomarkt hat erheblich zugenommen. Viele haben die Seele entdeckt und das Geschäft, das man mit diagnostischen und therapeutischen Leistungen machen kann. Diese Leistungen sind käuflich, der Preis ist verhandelbar, Krankenkassen, Einrichtungen und Praxen unterbieten sich wechselseitig, aber Konkurrenz belebt auch im Jahr 2015 noch das Geschäft. Leistungen für die körperliche und seelische Gesundheit regeln sich nach dem sog. Einkaufsmodell. Bei all diesen Wandlungen und Veränderungen stellt sich natürlich die Frage: „Was bleibt?“ – oder aus der Perspektive des Jahres 2015: „Was ist geblieben?“

Es ist in gewisser Weise tröstlich, daß es Konstanz und Kontinuität noch gibt. Dies hat positive und negative Implikationen. Gehen wir nur auf die positiven ein: Unverändert sind Natur und Persönlichkeit des Menschen geblieben, unverändert beschäftigen wir uns in der Therapie mit den Gefühlen, den Sorgen und den Problemen unserer Patienten und ihrer Lebensgemeinschaften. Unverändert ist unser Leben und das unserer Patienten durchzogen von Liebe, Trauer, Enttäuschung, Vertrauen und Hoffnung. Unverändert ist wahrscheinlich auch die Sicht eines 14jährigen Patienten, der den Übergang aus einer ungetrübten Kindheit in die belastete Welt der Erwachsenen bildlich darstellte. Kindheit verbindet er mit Spielen, Freizeit, Spaß, mit Träumen und Abwechslung: die Farben, die er wählt, sind freundlich. Erwachsenwerden assoziiert er mit Konsumgesellschaft, Streß, Hektik und Trauer: die Farben sind düster.

Unverändert bleibt unsere Aufgabe, psychisch kranken und behinderten Kindern bei diesem oft schmerzhaften Prozeß des Erwachsenwerdens einfühlsam und kompetent zu helfen.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised (DSM-III-R) (1987): Washington: APA (deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen [DSM-III-R]; Dt. Bearb. u. Einf. von WITTCHEN, H.-U./SASS, H./ZAUDIG, M./KOEHLER, K. Weinheim: Beltz, 1989).
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1990): Anschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. DGKJ, Marburg 1984. 2. Aufl.
- EMMINGHAUS, H. (1887): Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen: Laupp (GERHARDT, C. [Hrsg.]: Handbuch der Kinderkrankheiten, Nachtrag II).
- HARMS, E. (1960): At the cradle of child psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry* 30, 186-190.
- HESSE, R. (1987): Vergleichende empirische Untersuchung der stationären Patienten der Jahre 1971 und 1981 einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Univ. Marburg; FB Humanmedizin Med. Diss.
- MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./REMSCHMIDT, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 154-168.
- REMSCHMIDT, H. (1980): Kinder von Eltern mit endogen-phasischen Psychosen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern: Huber, S. 50-70.
- REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (1988): *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg: Siebenjahresbericht 1981-1987*. Eigendruck, Marburg.
- REMSCHMIDT, H. (1989): Developmental psychopathology as a theoretical framework for child and adolescent psychiatry. In: SCHMIDT, M.H./REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): *Needs and prospects of child and adolescent psychiatry*. Toronto: Hogrefe & Huber, S. 3-24.
- REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (1993a): *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg: Fünfjahresbericht 1988-1992*. Eigendruck, Marburg.
- REMSCHMIDT, H. (1993b): Zur neuen Facharztweiterbildungsordnung, (Editorial). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 21 (4), 211-213.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, H. (Hrsg.) (1981): *Neuropsychologie des Kindesalters*. Stuttgart: Enke.
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F. (1994): *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- REMSCHMIDT, H./GUTENBRUNNER, C./MATTEJAT, F. (1994): Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 169-182.
- SCHMIDT, M.H./REMSCHMIDT, H. (1989/90): *Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Perspektiven, Strategien, Schwerpunkte*. Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität, Marburg (in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie für den Bundesminister für Forschung und Technologie erstellt).
- SPECHT, F./ANTON, S. (1995): *Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- World Health Organization (WHO) (1991): *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO, Geneva (deutsch: DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. [Hrsg.]: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien*, Weltgesundheitsorganisation. Huber: Bern, 1991).

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Marburg, Hans-Sachs-Str. 6, 35039 Marburg.