

„Bindungsorientierte Therapieansätze für Grenzgänger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“

**Grenzgänger und Systemsprenger:  
Fernhalten - Aushalten - Halt geben**

*Neuenkirchen-Vörden, 14.05.2019*



OA Joachim Perlberg,  
Salus-Tageskliniken für KJPP, Dessau-Roßlau und Lutherstadt Wittenberg

„Die  
**ZERSTÖRUNG**  
ist die Kreativität des  
Hoffnungslosen  
und Verkrüppelten.  
Sie ist die Rache,  
die das  
ungelebte Leben  
an sich selbst nimmt.“

(1973)



# ABLAUF

- Vorstellung und Einführung
- Bindung und Trauma - Grundlagen
- Interaktions- und Bindungstherapie mit Blick auf neurobiologische Erkenntnisse
- Grenzgänger und Systemsprenger als Herausforderung für die Psychiatrie
- Risiko und Perspektive – „Die zweite Geburt“
- Zusammenfassung und Ausblick



**Tagesklinik**  
WITTENBERG

**salus.**

DAMIT ES GUT GEHT



Tagesklinik und Institutsambulanz  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie/  
-psychosomatik und -psychotherapie

Puschkinstraße 7  
06886 Lutherstadt Wittenberg  
Web: [www.salus-lsa.de](http://www.salus-lsa.de)

Telefon Tagesklinik: 03491 42009-0  
Telefon Institutsambulanz: 03491 42009-35

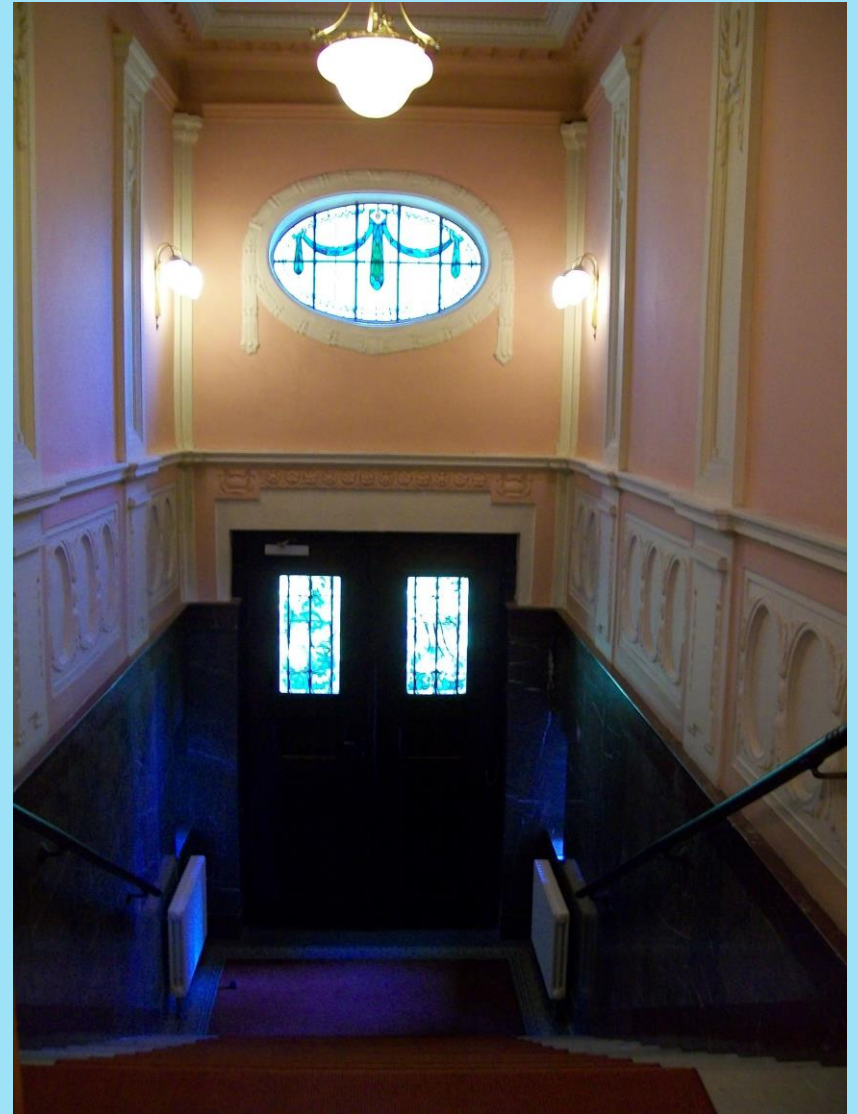
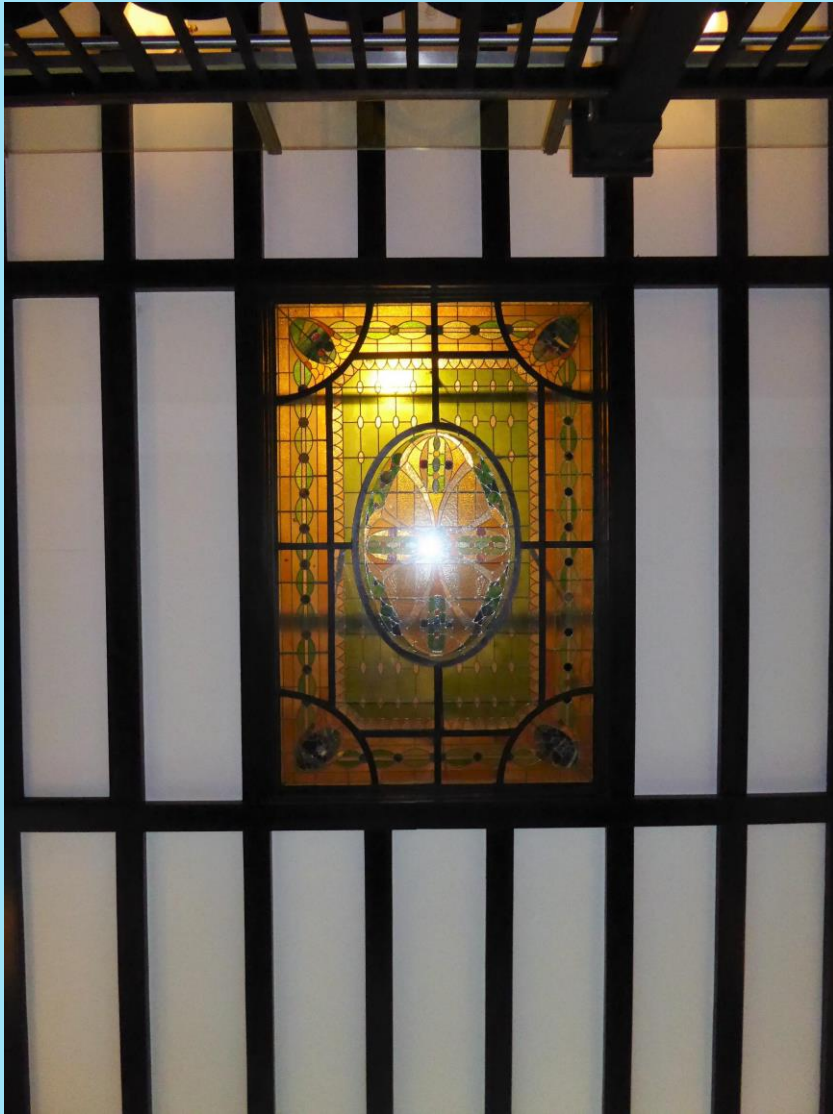




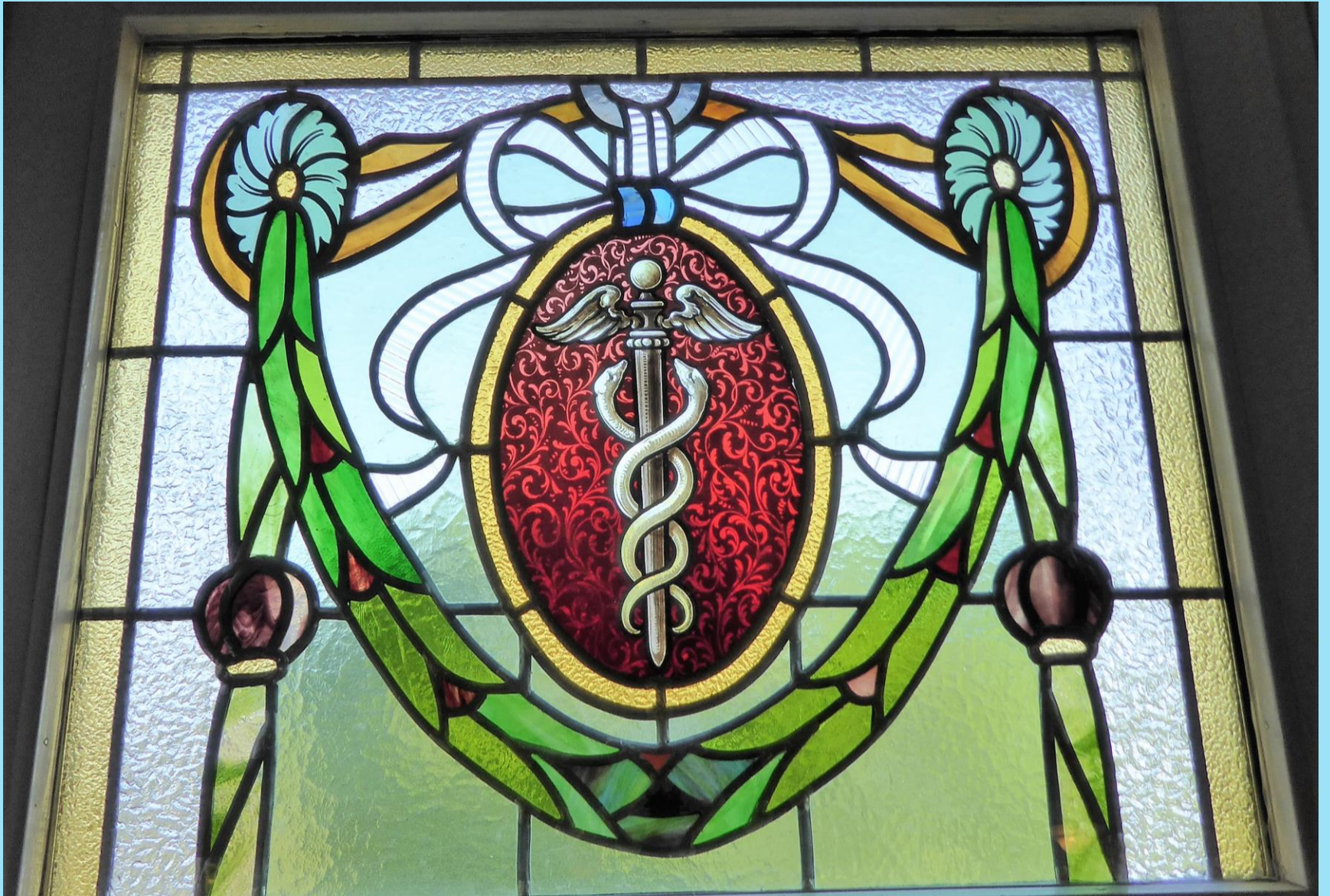














# Einführung

1.

# 1. Einführung

- KJPP: bislang geringe Verzahnung der 4 Sektoren ambulant – aufsuchend – teilstationär – vollstationär
- vgl. z.B. Präsentation „Klinikinterne Kooperation“ Marl-Sinsen auf Homepage der BAG
- *alle* Patient\*innen haben Probleme beim Sektorenwechsel – „Systemsprenger“ insbesondere
- Systemsprenger sind zu großen Teilen Betroffene von *externen* Traumatisierungen und *Bindungstraumata*
- ihr Misstrauen und ihre Destruktivität sind individuelle Versuche der Selbst- und Beziehungsregulierung

# Biologische Grundlagen

- Störung der Stressverarbeitung durch Hypocortisolismus aversiver Kinder ist eine Grundlage der Emotionsarmut und des geringen Ansprechens auf pädagogische/therapeutische Interventionen (Gerhard ROTH)
- starke **epigenetische** Einflüsse auf psychische Zustände (pränatale Entwicklung der Stressachse)
- Änderungen im Umgang mit Stress müssen nicht Neo-cortex, sondern Hirnstamm beeinflussen (Limbisches System) – Kognitionen allein sind wirkungslos
- intensive und nachhaltige Bindungsangebote verbessern die Ausprägung des physiologischen Stresssystems



# Wer sind Grenzgänger und Systemsprenger?

- Kinder und Jugendliche mit expansiven Störungen
- Dissoziale, Delinquenten, „Wohlstandsverwahrloste“
- schwer selbstverletzende Kinder und Jugendliche, akut und chronisch Suizidgefährdete
- interaktionsgestörte KiJu (Autisten, Sprach- und Hörstörungen...)
- KiJu mit schwerem geistigem/seelischem Handicap
- KiJu mit extrem frustranem, erfolglosem Therapieverlauf
- sozial desintegrierte und extrem ausgegrenzte KiJu aus „Parallelgesellschaften“
- KiJu mit gescheiterten Karrieren in Schule und Jugendhilfe

„care  
leaver“

im weitesten Sinne:  
v.a. **Menschen mit  
chronifizierten  
Traumaerfahrungen  
und Bindungs-  
störungen**

= „Strukturelle  
Störungen“ (RUDOLF)

Traumtypen nach Brisch:

- Typ A Trauma

(Absence) Abwesenheit von für die Entwicklung des Kindes notwendigen guten Dingen

Vernachlässigung, Elternteil traumatisiert oder (psychisch) krank, Verlusterleben, Bindungsprobleme

-> Entwicklungstrauma

- Typ B Trauma

(Bad Things) Schlimme Dinge die geschehen sind (Überfall, Unfall, Missbrauch, Krieg, Naturkatastrophe)

-> Schocktrauma

# Therapieangebote (vgl. Anhang AMWF-Leitlinie)

- Verhaltenstherapeutische Therapieprogramme (Petermann, Henggeler u.a.)
- Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten „PEP“ (Plück)
- THOP (Döpfner)
- VIA – Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining (Tagesklinik)
- Multisystemische Therapie (z.B. Aargau/Thurgau, CH)
- Home treatment („BeZuHG“), Familientherapie
- Medikation: Stimulanzien, Neuroleptika

# Hilfreich für Systemsprenger???

- Der oft höchst frustrane Behandlungsverlauf von besonders schwierigen Kindern und Jugendlichen mit ständiger Überforderung der Hilfesysteme zeigt an, dass hier meist ALLE an ihre Grenzen geraten und darüber hinaus.
- Vor allem die Betroffenen zeigen in ihrer Symptomatik, dass es ihnen oftmals trotz Therapie nicht besser geht.
- Meist kommt es zum Verschiebebahnhof zwischen den (vielen) Einrichtungen und/oder zur Resignation.

## Spielfilm „Systemsprenger“ (D 2019), Trailer 1



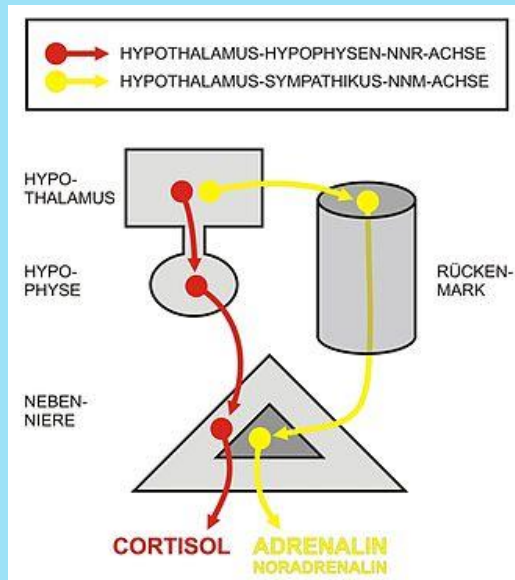
Quelle: <https://youtu.be/WcpMi2AJdcQ>

# Bindung und Trauma - Grundlagen

## 2.

## 2. Psychotrauma

- BÜRGIN/TYSON: Trauma = Erfahrungszustand, bei welchem die Fähigkeit eines Individuums, seine Erlebnisse zu organisieren und zu regulieren, überfordert wird → Zustand der Hilflosigkeit
- WINNICOTT: jedes Ereignis, das die Linie des Kontinuitätserlebens eines Individuums unterbricht (auch Störungen in der Feinabstimmung)
- World Health Organization: Psychische Störung als direkte Folge einer schweren Belastung, die ohne diese nicht entstanden wäre und von jedem Menschen als extrem belastend und katastrophal empfunden worden wäre – CAVE: höchst unterschiedliche indiv. Reaktionen!



Quelle: Wikipedia

- FISCHER und RIEDESSER: Gefühle von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe, Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis,
- FONAGY: Verlust der Mentalisierungsfähigkeit
- Neurobiologisch: sehr starke und dauerhafte Aktivierung des Stresssystems („Hyperarousal“) u.a. über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse durch Cortisol
- Über Sympathikus, Parasympathikus (und ventralen Vagus/protektiv) akute und chronische Folgen auf den gesamten Organismus



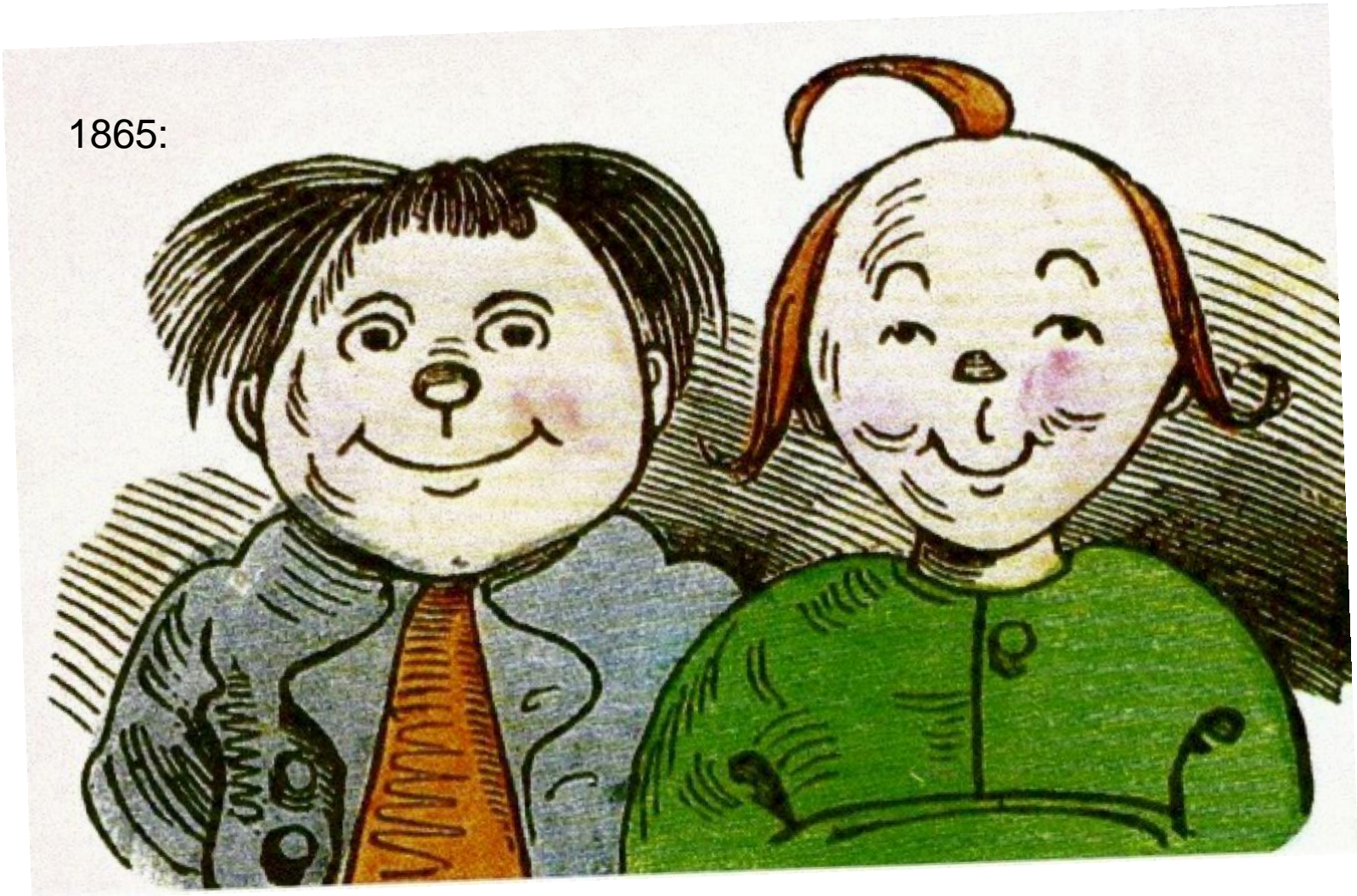
# Körperreaktionen auf Lebensbedrohung

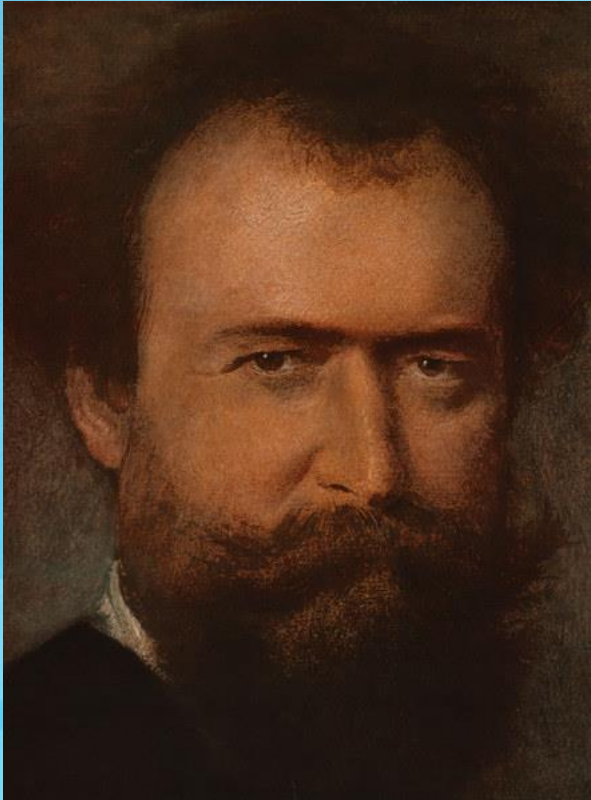
- Unwillkürliche, in Millisekunden ablaufende psychomotorische Reaktionen als
  - KAMPF („fight“)
  - FLUCHT („flight“) (CANNON)
  - ERSTARREN („freeze“) (GRAY)
  - HERUMALBERN („fiddle around“, „tend & befriend“)
- problematisch: hohes Energielevel kann nicht abgeführt werden (Verhinderung von Kampf oder Flucht, → dauerhafte Immobilisation (vgl. Peter LEVINE))

# Arten der Traumatisierung/Kindesmisshandlung

- Körperliche Misshandlung = physische Gewalt, Schläge
  - Psychische Misshandlung = emotionale Grausamkeit
  - Sexuelle Misshandlung / sexueller “Missbrauch“
  - Vernachlässigung = Verwahrlosung, „neglect“
- 
- In jedem Fall Beeinträchtigung der Integrität des Kindes und Verlust von Sicherheit
  - Über neurobiologische Verankerung (Bahnung von dauerhaften neuronalen Verschaltungen) wird das Trauma fest im Gehirn etabliert – meist einseitig

1865:





<https://www.br.de/mediathek/video/lido>

„Max und Moritz - Die unglaubliche  
Geschichte eines Kinderbuchs“

## Wilhelm Busch

(\*1832 Wiedensahl, †1908 Mechtshausen)

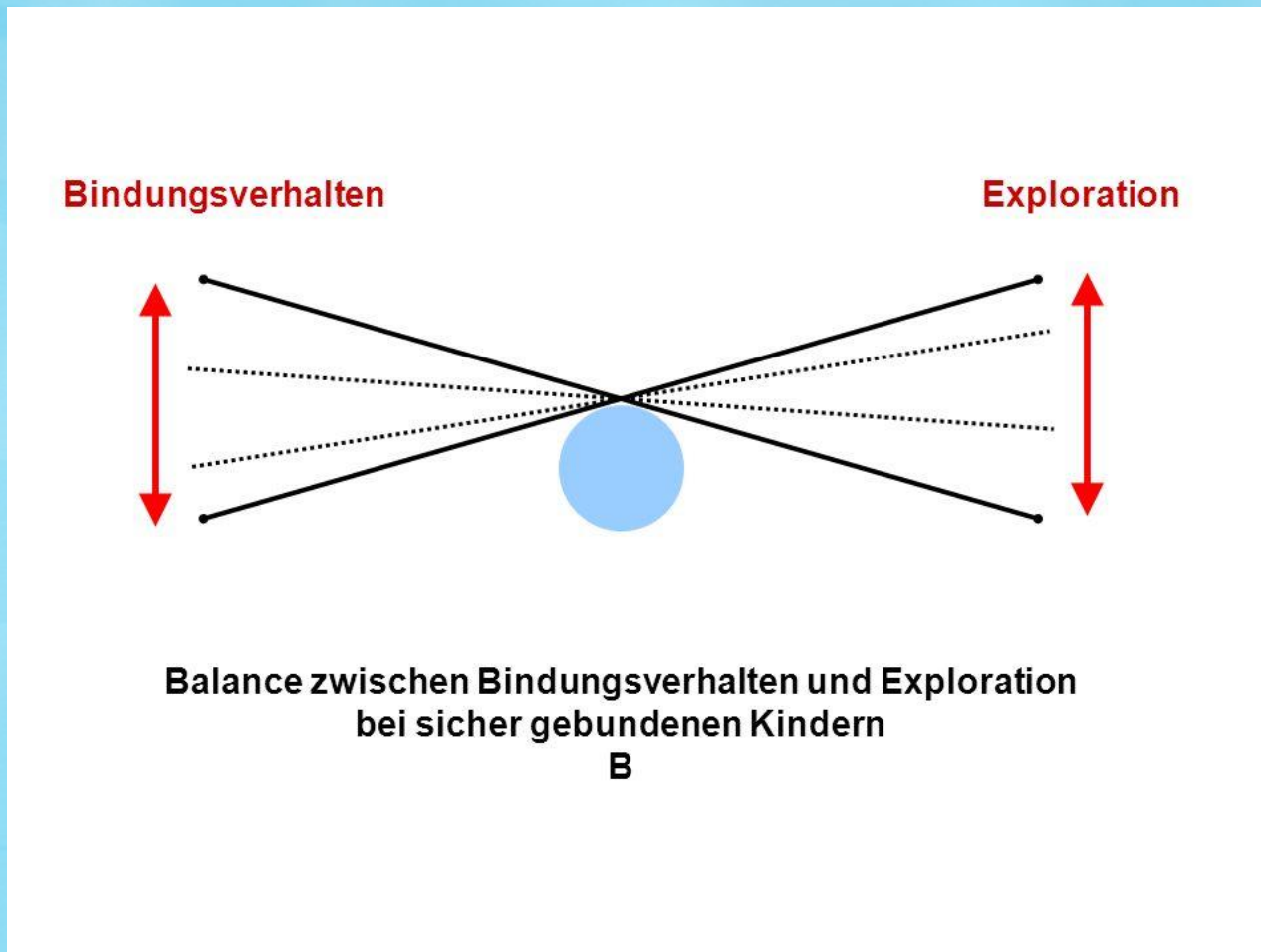
Die Traumatisierung von Kindern durch körperliche Gewalt wird von Wilhelm Busch immer wieder thematisiert und in seinen Bildergeschichten sublimiert



# Bindungstheorie

- Entwicklung ca. 1944-1969 v.a. durch John BOWLBY in Anlehnung an Objektbeziehungstheorie und in Abgrenzung von orthodoxer Psychoanalyse
- *Menschlicher Säugling (und auch gesunder Erwachsener) hat die angeborene Neigung, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen*
- Bei Müdigkeit, Krankheit, Unsicherheit, Einsamkeit und Angst werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen aktiviert
- Bindungsperson wird animiert, mit Nähe zu reagieren, um die im Kind **angestiegene Spannung zu mildern = Co-Regulation**

# Karl Heinz BRISCH: Balance (Wippe) zwischen Exploration und Bindungsverhalten bei sicher gebundenen Kindern (Bindungstyp B)



# Bindungsqualität

- Klassifikation nach Mary AINSWORTH:
  - a) sichere Bindung
  - b) unsicher-vermeidende Bindung
  - c) unsicher-ängstliche (ambivalente) Bindung
  - d) desorganisierte/desorientierte Bindung
- Hochrisikogruppen: vernachlässigte, psychisch kranke und stark traumatisierte Kinder
- vgl. „strange situation test“, „still face experiment“

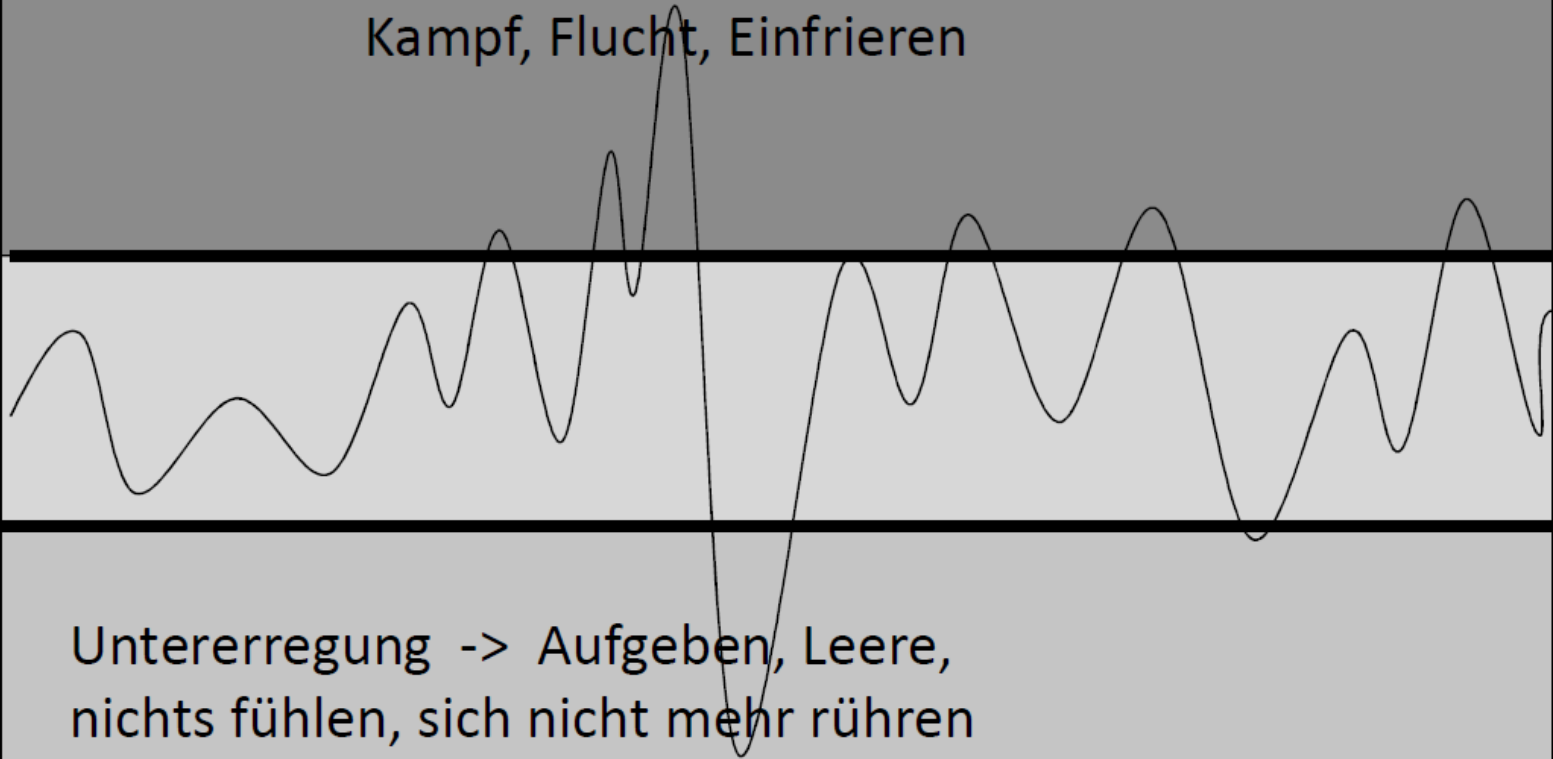


# Bindungsregulation

- Körperliches Ziel des Bindungsverhaltens ist Nähe, das Gefühlsziel ist Sicherheit (nach Eva RASS)
- aus Gesamtheit der Bindungserfahrungen resultiert letztlich Bindungsrepräsentanz und überdauernder Bindungsstil, der über neuronale Verschaltungen biologisch fixiert ist (Hirnstamm)
- Konzept der Feinfühligkeit (AINSWORTH): angemessene, feinfühligkeitsvolle Antwort auf Bindungssignale des Säuglings ohne Über- oder Unterstimulation → **OXYTOCIN**
- „Window Of Tolerance“ (BRISCH): Stresstoleranzfenster zwischen Über- und Untererregung → Resilienz

# Window of Tolerance (nach Karl Heinz Brisch)

Übererregung -> Überlebensmodus  
Kampf, Flucht, Einfrieren



Untererregung -> Aufgeben, Leere,  
nichts fühlen, sich nicht mehr rühren

13

# Mentalisierungs Basierte Therapie

- mentalisierungsbasierte Therapie (FONAGY & TARGET) verdeutlicht den Prozess der „markierten Spiegelung“ des kindlichen Affekts durch Bezugsperson
- dadurch erlebt das Kind die eigenen Affekte als zu sich gehörig (Mutter/Therapeut\*in übertreibt, akzentuiert)
- CAVE: psychisch kranke Eltern, Verwahrlosung, Misshandlung, Missbrauch → kein Rahmen für sichere Bindung, dann ist Mentalisierung eingeschränkt
- Erschaffung von Symbolisierungsräumen im kindlichen Spiel braucht Bindungssicherheit, ansonsten ständig Vorherrschen des Äquivalenzmodus statt „als-ob“

# MBT

- Ziel ist die Integration von Äquivalenzmodus und Als-ob-Modus im „reflektierenden Modus“
- MBT bezieht den strukturell bedingten Mangel an Verständnis des Patienten für seine soziale Umwelt ein und stärkt/fördert diese Fähigkeit
- dadurch geringere Stressanfälligkeit, höheres Empfinden persönlicher Sicherheit und Integrität

# Aggression und Delinquenz

- Donald WINNICOTT: Aggression ist
  - direkte oder indirekte Reaktion auf Enttäuschung bzw. Verletzung
  - eine der beiden Hauptquellen der Energie des Menschen (*Selbstbehauptung!*)
- „Das Wesensmerkmal des deprivierten Kindes ist Hoffnungslosigkeit“ (WINNICOTT)
- Aggressive Grenzüberschreitungen sind demnach **Ausdruck von Hoffnung** des deprivierten Kindes (WINNICOTT) – in Phasen von Hoffnung handelt das traumatisierte Kind antisozial

- bei Verlust der stabilen Familie oder beim Fehlen sicherer Bindung sucht sich das Kind den Rahmen im Verwandten- und Freundeskreis, Schule/Verein/Peer-group
- bei deren Versagen oder Zurückweisung muss die „äußere“ Gesellschaft/Öffentlichkeit erhalten
- Hintergrund: realer Verlust („Deprivation“) an Zuwendung/Vertrauen als Kleinkind bzw. Bindungsstörung

# Bindung als Basis für Resilienz

## BRISCH: Bindung kommt vor Bildung!

- Sichere Bindung ist die Voraussetzung für neugierige Exploration, Lernen, Bildung...
- Bindung schützt vor Überforderung durch Stress
- Die sichere Bindung an Erzieher\*innen und Lehrer\*innen fördert wesentlich das Explorationsverhalten der Kinder, indem sie Angst reduziert und das Bindungssystem beruhigt
- ebenso kann psychiatrisch-psychotherapeutische Beziehung nur gelingen, wenn eine angemessene Bindung etabliert werden kann → Vertrauen erforderlich!

# Aggression - Angst - Bindung

- „Aggressionen gegenüber Dingen und Personen .... sind immer Ausdruck von Angst.“ (BRISCH)
- Aggression ist das am stärksten verunsichernde und herausfordernde Verhalten (neben Autoaggression)
- Angst aktiviert das Bindungssystem und mindert das Explorations- und Lernverhalten (Cortisolanstieg)
  - Schutz und Unterstützung des aggressiven Kindes notwendig! → Bindungssystem fährt runter
  - sichere, verlässliche emotionale Basis auch in aggressiver Krise anbieten!



- ***Gerade aggressive Kinder benötigen besonders intensive und feinfühlig-ausdauernde Bindungsangebote!!!***

→ das Weiterleiten an andere Einrichtungen und Personen ist dagegen oft mit massiver narzisstischer Verunsicherung verbunden und zieht Wut, Enttäuschung oder depressiven Einbruch nach sich

- der Wechsel von therapeutischen Bezugspersonen bricht den Aufbau der (unbewussten) Bindungsarbeit ab

# Interaktions- und Bindungstherapie mit Blick auf neurobiologische Erkenntnisse

## 3.

# Neues von der Neurobiologie

- Klaus GRAWE: Ursachen für das Scheitern störungsspezifischer Therapien liegen nicht in der Krankheit, sondern auf der Beziehungsebene  
→ alle Therapieangebote müssen interaktionell erfolgen
- Konfliktbewältigungsmechanismen sollen von unreifen zu reifen „gehoben“ werden (Anna FREUD)
- „Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert.“ (GRAWE)
- die am meisten beeinträchtigenden Erinnerungen sitzen im Hirnstamm (Hippocampus, Amygdala) und sind ***unbewusst***

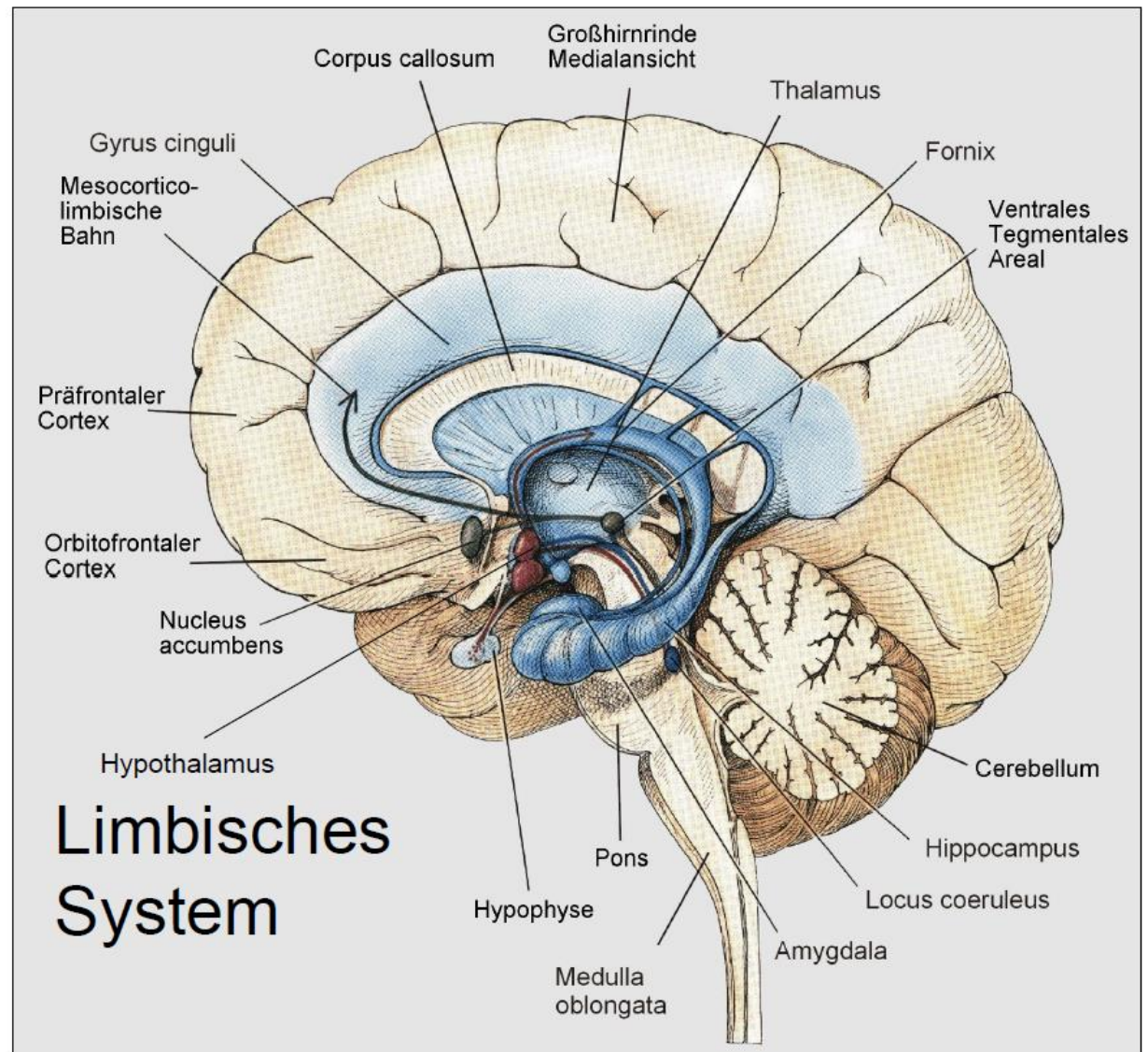
# Gerhard ROTH

- 3 Ebenen des limbischen Systems:
  - untere Ebene: Temperament und grundlegende Persönlichkeitsmerkmale (bes. Hypothalamus)
  - mittlere Ebene: unbewusste emotionale Konditionierung, unbewusste Wahrnehmung emotionaler kommunikativer Signale (Amygdala)
  - obere Ebene: bewusstes emotional-soziales Lernen (prä- und orbitofrontaler, cingulärer und insulärer Cortex)
- untere und mittlere Ebene sind der ***Kern der Persönlichkeit***, jedoch dem Bewusstsein **NICHT** zugänglich; die obere (bewusste) Ebene entwickelt sich später

# Längsschnitt durch das menschliche Gehirn

© Gerhard ROTH

(nach Spektrum der Wissenschaft, verändert)



# Schlussfolgerung

- kognitive, analytisch-aufdeckende und andere Interventionen erreichen den Hirnstamm **nicht**
- können damit die unbewussten und „in einem anderen Programm verschlüsselten“ Erinnerungen und Emotionen (Limbisches System) **nicht** beeinflussen
- Veränderungen dieser Strukturdefizite sind nur möglich, wenn die Intervention **affektiv** den Hirnstamm erreicht und damit neue neuronale Verschaltungen ausgeprägt werden können – vgl. Gerhard ROTH, Gerald HÜTHER u.a.

# Grenzgänger und Systemsprenger als Herausforderung für die Psychiatrie

4.

# Der Klassiker: mindestens 4-5 Stationen

- Patient\*in wird über einige Monate bei niedergelassener Ki-Ju-Psychotherapeut\*in anbehandelt
- wenn aggressiv-destruktives Verhalten bestehen bleibt, erfolgt unter zunehmendem Handlungsdruck des Umfelds die Überweisung zum KiJu-Psychiater
- ggf. erste Medikation, evtl. tagesklinische Aufnahme
- Patient\*in sprengt das teilstationäre Setting → Verlegung in KJPP-Klinik
- bei zunehmender Einengung des Handlungsrahmens immer mehr Konsequenzen, ggf. geschlossene Unterbringung, Time-out u.a. – Klinik will Pat. loswerden



# Konsequenzen

- „Verschiebebahnhof“
- fehlender Aufbau tragfähiger Bindungen
- durch narzisstische Kränkungen und Reinszenierungen des elterlichen überforderten Verhaltens reagieren Kinder abweisend und zunehmend misstrauisch
- Stressempfinden führt zu geringerem Ansprechen auf kognitive und emotionale Interventionen
- die Palette der gut gemeinten psychiatrisch-pädagogischen Standardinterventionen wird als frustrierend und abweisend erlebt und bekämpft (passiv, aktiv, grenzverletzend, gewalttätig)

# Ergebnis

- mangelndes Vertrauen der systemsprengenden Kinder in die jeweiligen Hilfen, weil sie als „technisch“ und emotionsarm erlebt werden
- entweder zunehmende Eskalation oder Pseudo-Anpassung ohne wirkliche Veränderung/Resignation
- → „Rückfälle“ vorprogrammiert
- → „Falsches Selbst“ (WINNICOTT)
- → Teufelskreise, Drehtüreffekt
- → späteren Behandlungsansätzen wird noch misstrauischer begegnet

# Nach der Entlassung

- Familie, Schule und Jugendhilfe erkennen schnell, dass die KJPP an ihre Grenzen geführt worden ist
- Jugendhilfe sieht sich meist außerstande, passende Angebote für Grenzgänger zu finden
- „Problemdelegierung“, Chronifizierung, psychische und soziale Langzeitfolgen
- therapeutischer Nihilismus
- Destruktivität und Delinquenz, soziale Ausgrenzung, „*Scheitern der Biographie*“

**DAS MUSS NICHT IMMER SO SEIN!**

# Risiko und Perspektive. „Die zweite Geburt“

## 5.















Foto: © Bilderfest

# Jerusalem Hills Therapeutic Centers (JHTC)

- ehem. „Residential Treatment Center“
- Hauptgebäude mit großem Kinderheim seit 2009 in Abu Ghosh – dort 6 Wohngruppen für Kinder überwiegend zwischen 7 und 12 Jahren
- mehrere Außenwohngruppen für ältere Ki + Ju
- zentral: bei Aufnahme übernimmt der Staat Israel die Kostenübernahme für mindestens 5 Jahre
- alle Mitarbeiter\*innen der Teams bleiben verpflichtend ebenfalls 5 Jahre für die Kinder präsent
- zum Teil wohnen sie mit Familie im Gelände des JHTC

PhD Yecheskiel „Chezzi“ Cohen



# Grundprinzipien im JHTC (= „Residential Treatment Center“)

- jede Aktivität wird als therapeutische Intervention aufgefasst – vom Wecken bis zum Einschlafen
- keine Trennung zwischen Therapie- und Realraum („Alles ist Therapie“)
- die Therapie wirkt durch die Etablierung des „**potential space**“ nach D. Winnicott (analog Mutter-Baby)
- die Kinder werden auf keinen Fall vorzeitig entlassen
- ihre Bindungen bleiben über lange Zeit konstant
- **feste Strukturen** geben Sicherheit und Orientierung
- jede Woche erfolgt Familienarbeit
- integrierte Schule arbeitet nach den gleichen Prinzipien



Videsequenz aus dem  
Dokumentarfilm „Die zweite  
Geburt“, © Bilderfest München

Amos Spivak,  
Psychologe im  
Jerusalem Hills  
Therapeutic Center

# Übertragbarkeit?

- KJPP, Kinderheime und Schulen in Deutschland können kaum mit dem identischen Konzept arbeiten → kreative Adaption je nach konkreten Möglichkeiten und Erfordernissen sinnvoll und umsetzbar
- Überwindung von System- und Sektorengrenzen durch Integration verschiedener Settings und flexible Konsekution von Therapieabschnitten (Intervalle)!
- Ermöglichung von Bindungskontinuität mit Therapie durch **eine(n) Therapeut\*in in verschiedenen Settings**
- „beschützende“/geschlossene Einheiten nur flexibel!
- hoher Ausbildungsstand im gesamten Team, Supervision

- unbedingte Akzeptanz des individuellen Verhaltens der Patient\*innen durch die/den Bezugstherapeut\*in unter Zurückstellung eigener Erwartungen und Kränkungen
- Etablierung von psychischer und physischer Nähe in therapeutischen und pädagogischen Prozessen als „potential space“ (Cave: Reinszenierung von Grenzüberschreitungen!) – „professionelle Nähe“
- Orientierung der therapeutischen Interventionen und „Ziele“ an den Entwicklungserfordernissen der Patient\*innen, nicht an der jeweiligen Symptomatik
- **Co-Regulation von Stress** – Nachreifung des Stresssystems notwendig und möglich



## ...und der Körper?

- strukturell gestörte Kinder erfahren ihre Probleme besonders körpernah (Gerd RUDOLF)
- Dieter BÜRGIN: „Worte sind für viele ADHS-Kinder kaum auszuhalten!“ – Spiel, Symbolisierung, Bewegung
- Traumata hindern auch die leibliche Entwicklung und Integrität („Ich hasse meinen Körper!“)
- Bessel van der KOLK: „Verkörperter Schrecken“
- Peter LEVINE: „Sprache ohne Worte“ u.a. – Aufhebung von Schreckstarre/Freeze (Dissoziation) und Immobilität
- Körpertherapie als Traumatherapie

# Gegenwart und Zukunft

- in unseren heutigen klinischen Behandlungen steht die Anpassung an die Angebote und die Gruppenfähigkeit im Mittelpunkt
- hierin sind traumatisierte Menschen meist nicht gut, was zu ständigen Sollbruchstellen und Retraumatisierungen führt
  - Widerstand, Aversion, Gewalt, Sprengen des Systems, Fernhalten/Verschieben, Scheitern
- **stärkere Anpassung der Angebote an die strukturgestörten Kinder!!! – nicht umgekehrt!**

# Therapeutische „Techniken“ (Bausteine)

- Entwicklungspsychiatrie
- bindungsbasierte bzw. bindungsorientierte Therapie
- psychoanalytisch-interaktionelle Therapie
- integrative traumatherapeutische Angebote

Basis: die ungeteilte, liebevolle Zuwendung zum Kind



# Zusammenfassung und Ausblick

6.

Karl Heinz Brisch 2019:

## RESILIENZ-FÖRDERUNG/ ENTWICKLUNG DURCH PSYCHOTHERAPIE

Neue sichere Bindungserfahrungen in der  
Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten

Verarbeitung von Stress, Traumata,  
Risikoerfahrungen der Kindheit

Entwicklung von teilweiser Resilienz

Vernarbung von traumatischen „Wunden“ in der  
Seele

Resilienz durch Steigerung der psychischen  
Belastungsfähigkeit

**ABER** Narben mit geringerer Flexibilität

# Jerusalem Hills Therapeutic Centers:

Erhalt der eingegangenen Bindung zwischen Patient und Bezugsperson über lange Zeiträume (5 Jahre)

Primat des Erlebens gegenüber dem Reden

keine Beendigung der Hilfe/Behandlung wegen Regelverstößen

Schaffung eines individuellen „potential space“ mit physischer Nähe in der exklusiven Dyade

größtmögliche Berechenbarkeit von Tagesstruktur und Verhalten der Bezugspersonen

nicht primär Anpassung des Kindes an unsere Strukturen voraussetzen, sondern umgekehrt

„Das **Ziel der Behandlung** traumatisierter Kinder ist nicht der Austausch von Informationen, die Vermittlung von Wissen, das Umschreiben von Erfahrungen und Verhaltensweisen oder die Deutung unbewusster Konflikte, sondern die Erfahrung der therapeutischen Empathie selbst.“

(Chezzi COHEN)

Paradigma

# Haltung der Therapeuten (nach COHEN)

- jedes Verhalten des Kindes, insbesondere das destruktive, wird als Ausdruck der Traumatisierung und narzisstischen Beschädigung verstanden
- das Kind muss sich als einzigartig und unbedingt liebenswert betrachten können (analog elterlicher Liebe)
- **„Halt geben“** ist keine psychotherapeutische Technik, sondern die **Grundhaltung im potential space**
- Demut und Identifikation gegenüber dem Kind bis hin zur „Minderwertigkeit“ verhindert narzisstische Konkurrenz bei strukturge störten Kindern bzw. Systemsprengern
- Prinzip des „Nicht-Wissens“ (MBT): „Sag mir, was bei dir ist!“





# Haltung der Thera- peuten

-2-

- bei Stress des Kindes: Co-Regulation!
- keine psychoanalytische Abstinenz, sondern persönliche Beziehung = **„professionelle Nähe“**
- Berührung aktiviert Oxytocin (Bindungshormon, Kuschelhormon)
- Bezugstherapeut ist auf **Augenhöhe mit dem Problem des Kindes**, nicht mit dem Problem der Umwelt
- Anpassung des Settings an den aktuellen Bedarf des Kindes, nicht des Kindes an die Einrichtung
- negative Gegenübertragung ist okay, darf aber nicht agiert werden, sondern braucht intensive Supervision und höchste Abstimmung im Team

# „Wenn wir unsere Kinder halten wollen, müssen wir die Türen weit aufmachen.“

Edeltraud Sochaczewsky (Lübeck)

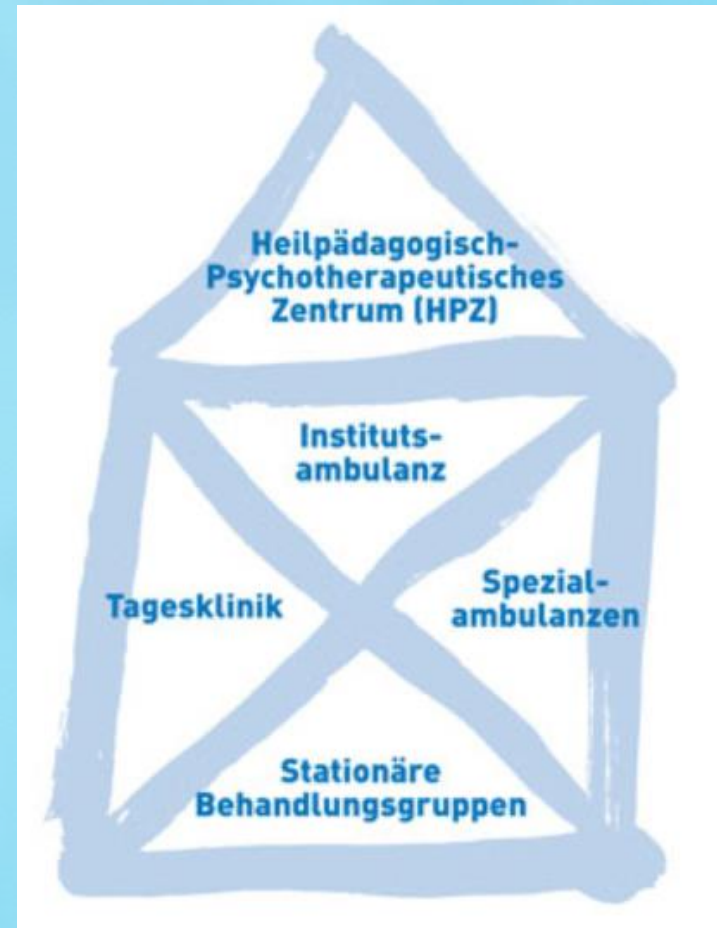
- gilt für die Entlassung des Kindes aus einem Setting ebenso wie für die flexible Aufnahme und Wiederaufnahme
- gilt für die verschiedenen Sektoren der Versorgung
- gilt für die verschiedenen Hilfesysteme
- gilt für die Wahl der geeigneten Interventionen und Behandlungsangebote

„Widerstand“ ist oft kein Widerstand, sondern biographisch verursachte Überforderung mit Gefahr der Retraumatisierung

# Beispiele für gelungene Systemintegration

- Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum mit Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Aprath (Wülfrath, Bergische Diakonie)

CÄ Frau Dr. Bäuml





- Therapeutische  
Tagesgruppe **TAN.go**  
Berlin-Lichtenberg

(Kooperation KJPP (Königin  
Elisabeth Herzberge) mit freiem  
Träger der Jugendhilfe,  
duale Finanzierung  
durch Krankenkassen  
und Jugendamt)

CÄ Frau Dr. May

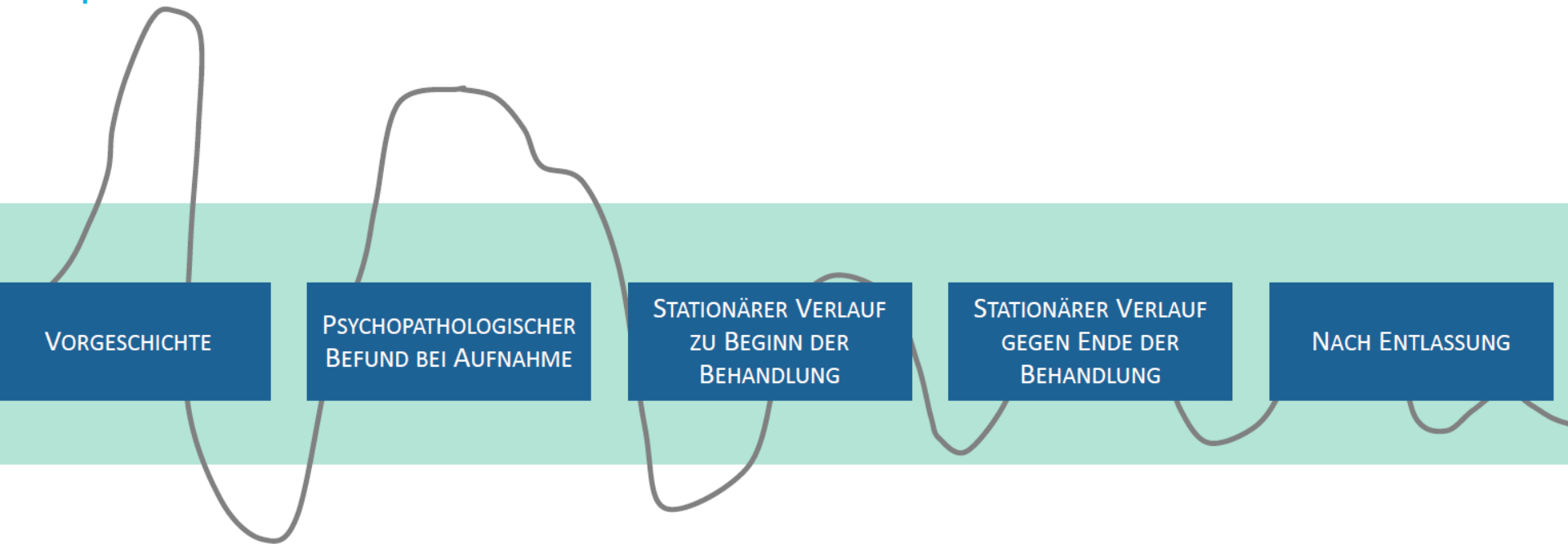
# Kinder- und Jugendwohnheim Leppermühle in Buseck

- Große Einrichtung der Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Eltern mit Kind nach §35a KJHG
- 5 KiJu-Psychiater
- 15 Psycholog\*innen





# STRESS-TOLERANZ-FENSTER



## MOSES®-Therapie nach Brisch

# S.A.F.E.® (nach Brisch) – “Sichere Ausbildung für Eltern”

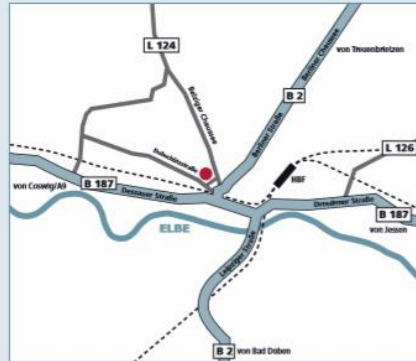




# “ADO“-Kooperation (stationäre Gruppe Adoleszentenpsychiatrie) zwischen Klinik Bosse und Salus-KJPP Wittenberg

## DAS TEAM DER ADOLESCENZPSYCHIATRIE

- //// Psychotherapeuten:  
Verena Quast, psychologische Psychotherapeutin  
Steffen Orzessek, psychologischer Psychotherapeut  
Andreas Ferchland, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Joachim Perlberg, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- //// Pflegepersonal:  
Heike Florian / Uwe Jäkel, Fachpflegekraft für Psychiatrie / Silvana Meißner / Simone Rehahn-Schönwald, Fachpflegekraft für Psychiatrie / Jeanette Sarnow / Stephanie Zacharias, Fachpflegekraft für Psychiatrie in Ausbildung
- //// Ergotherapeutinnen:  
Gabriele Bartel, Ergo- und Kunsttherapeutin  
Melanie Schuliers, Ergo- und Schreibtherapeutin
- //// Physiotherapeut:  
Stefan Schultz
- //// Tanz- und Ausdruckstherapeutin:  
Marion Horn
- //// Klinische Sozialarbeiterin:  
Katrin Paßin



**KLINIK BOSSE WITTENBERG**  
Klinik für psychische Erkrankungen  
Leitung: Chefarzt Dr. med. Nikolaus Särschen

Hans-Lufft-Straße 5  
06886 Lutherstadt Wittenberg

Tel.: (03491) 4 76 -0  
Fax: (03491) 4 76 -3 72  
E-Mail: Klinik.Bosse@alexianer.de

Die Klinik Bosse Wittenberg ist ein Gesundheitszentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie gehört zum Unternehmensverbund der Alexianer GmbH.

Nähere Informationen finden Sie unter [www.alexianer-sachsen-anhalt.de](http://www.alexianer-sachsen-anhalt.de).

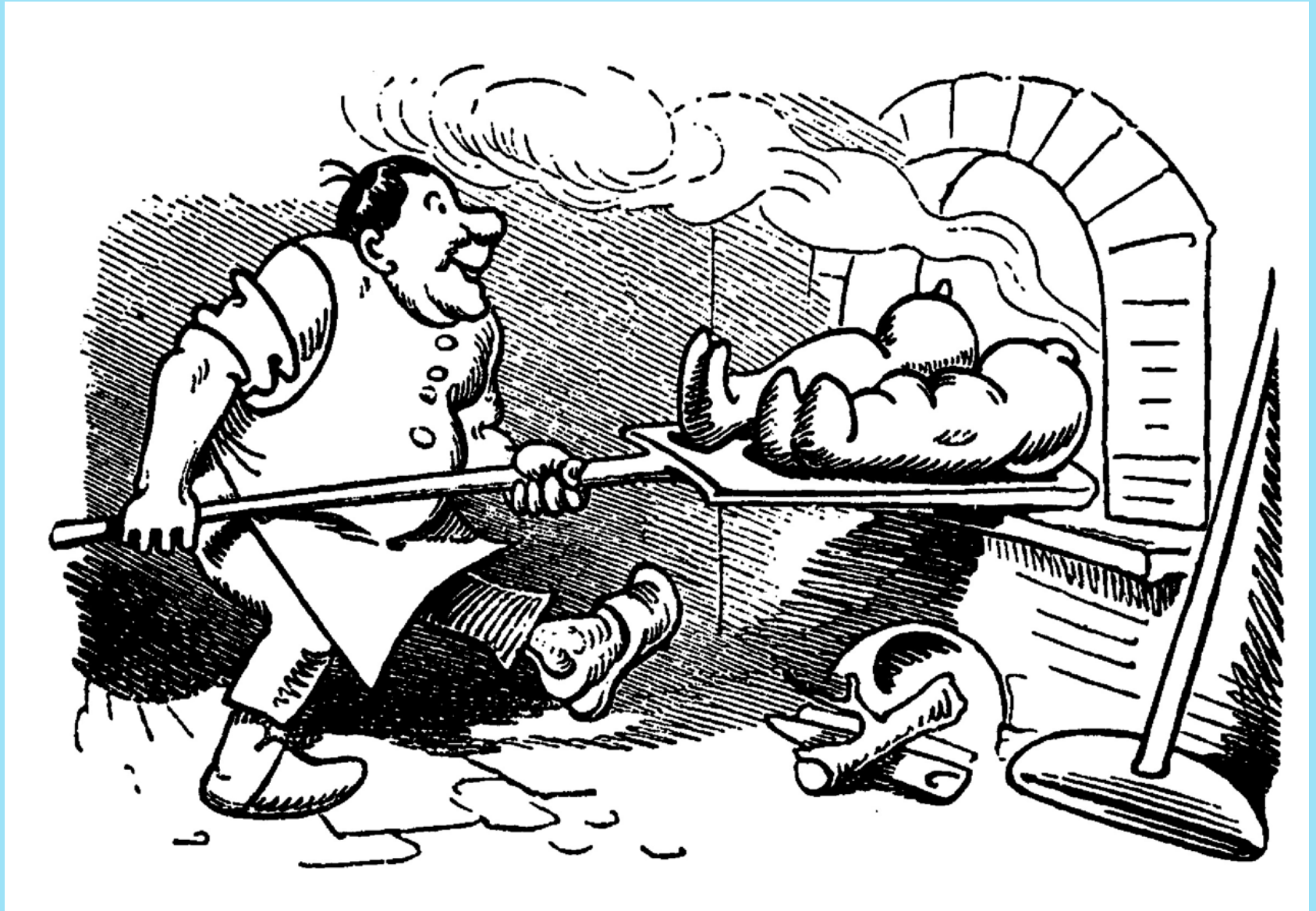
## ADOLESCENZPSYCHIATRIE AUF STATION ST. PAULUS

Ein Angebot speziell für junge Leute

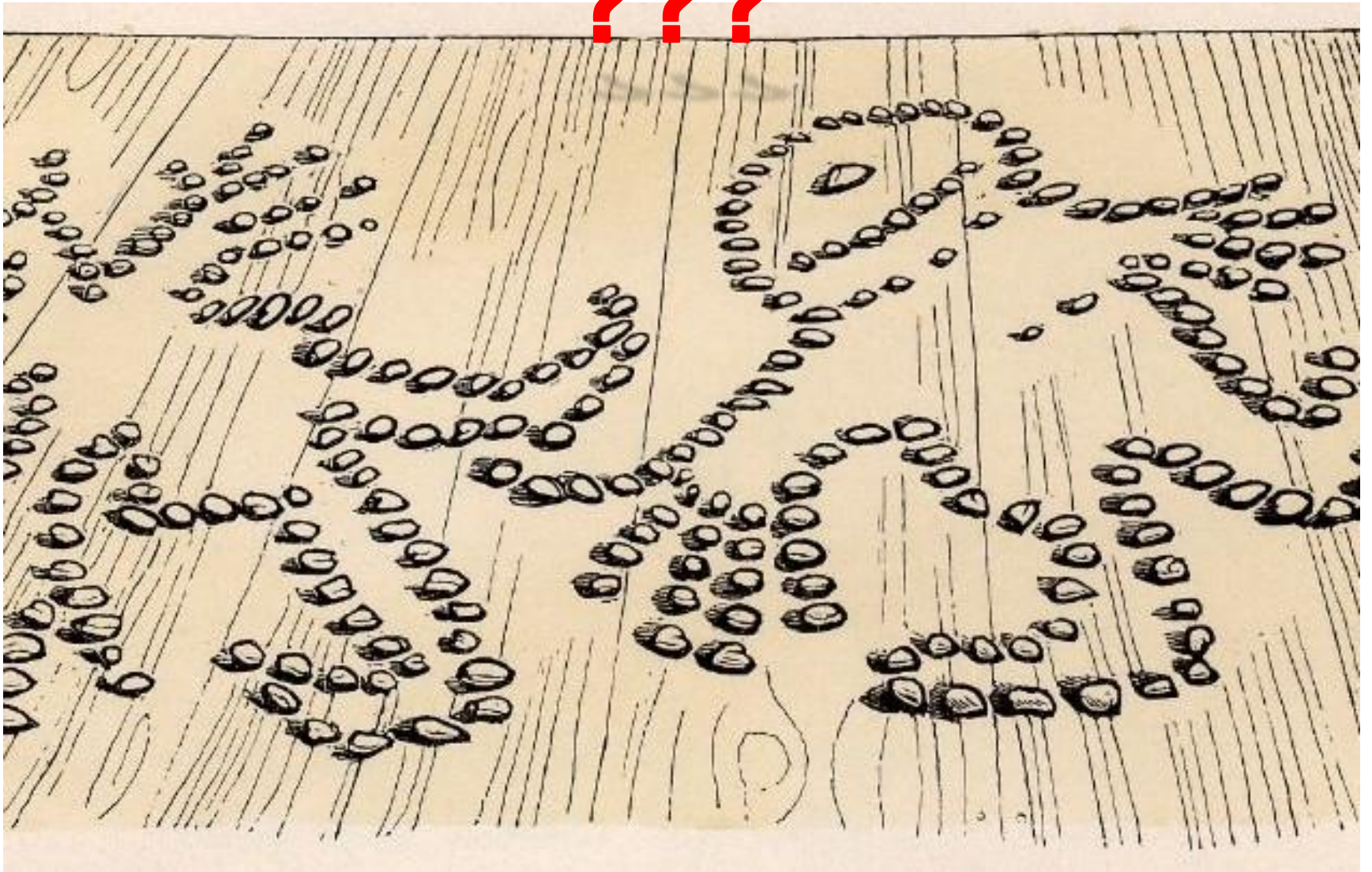


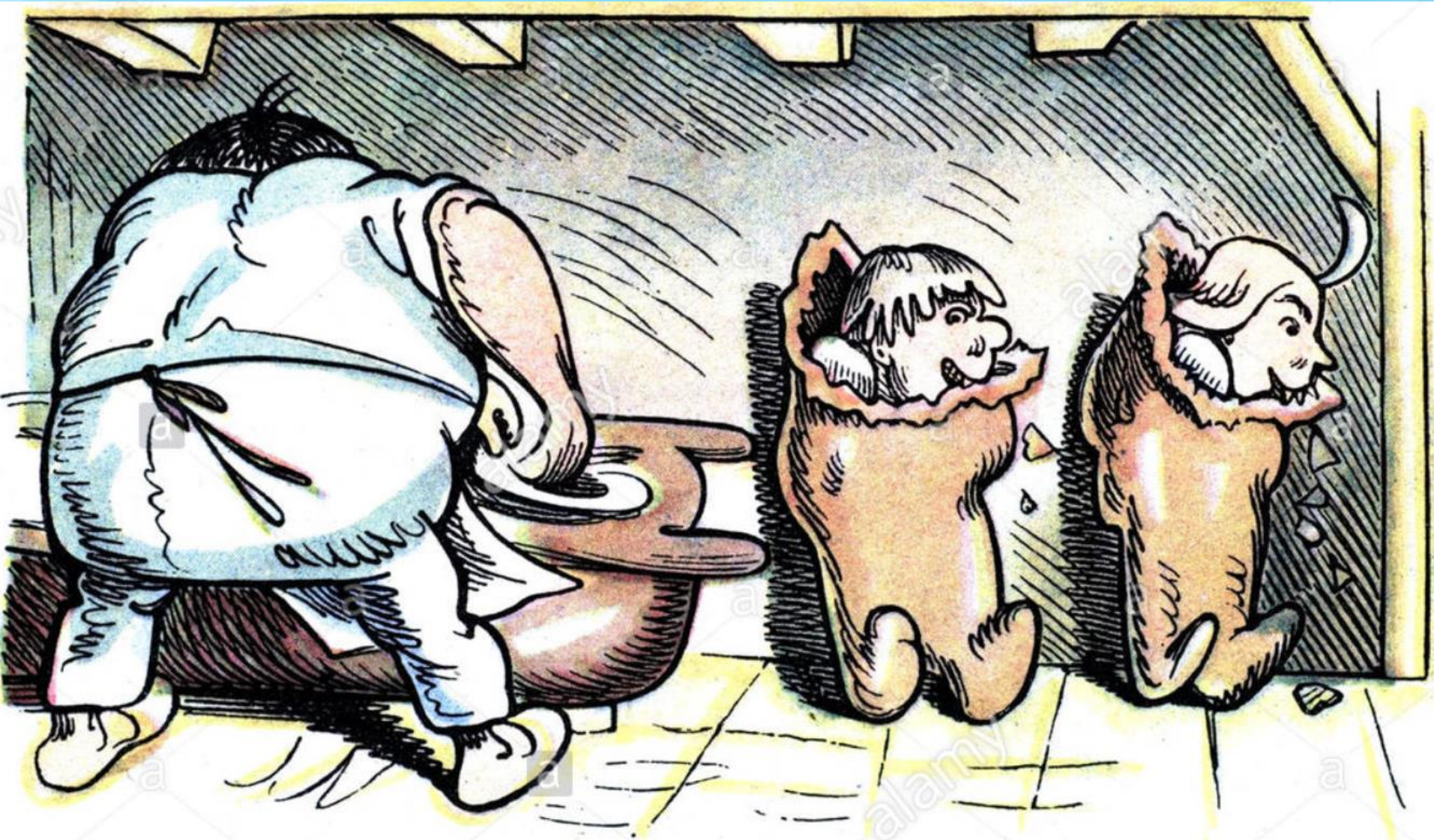
Illustrationen: Philipp Olleck

Stand: 03/2016



???





VIELEN DANK!

