

## **Jugendpsychiatrie und stationäre Jugendhilfe - Eine lohnende Schnittstelle**

### **Dr. F. Burchard**

Offenbar ist das Interesse an Kooperation groß. In Zeiten sich verringernder Ressourcen mit einer sich für Kinder und Jugendliche eher verschlechternden gesellschaftlichen Realität ergeben sich deutlich erhöhte Anforderungen an unsere gemeinsame Effektivität. Viele Kinder und Jugendliche, die heute in Jugendhilfeeinrichtungen leben, leiden unter psychiatrisch zu diagnostizierenden Störungen und benötigen vielfältige begleitende therapeutische Hilfen. Auch deshalb müssen wir uns in Zukunft verstärkt um eine bessere Abstimmung der unterschiedlichen Hilfen für Kinder und Jugendliche bemühen.

Ein großes Potential für qualitative Verbesserungen liegt heute z.B. in den neueren traumatherapeutischen Behandlungsansätzen, bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen haben wir heute echte Behandlungsalternativen. Selbstrücksichtslos-autodestruktives dissoziales Verhalten, auf das wir bisher überwiegend pädagogisch hilflos reagiert hatten, geht nicht selten auf Traumatisierungen zurück und auch die scheinbar unmotivierte aus nichtigem Anlass herausbrechende Verhaltenseskalation tritt nicht selten nach erlebnisreaktiver Aktivierung traumatischer Erlebnisse auf.

Wo begegnen sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ?

#### **Schnittstelle KJP / stationäre Jugendhilfe - Berührungspunkte**

- Ambulante Mitbetreuung oder Diagnostik von Patienten, die in Jugendhilfe-Einrichtungen leben
- Geplante Einweisung und Behandlung von Patienten durch Einrichtungen der stationären Jugendhilfe zur Diagnostik und Therapie
- Krisenintervention, ungeplante Einweisung von Patienten durch Jugendhilfe-Einrichtung
- Stationäre Intervalltherapie bei schwer gestörten Patienten
- Kontinuierliche Heimberatung durch einen Arzt/ Psychologen der Klinik z.B. in Nebentätigkeit
- Von der KJP zur Jugendhilfe: Klinik sucht einen Jugendhilfe-Platz für einen aktuellen stationären Patienten

Regional existieren in Deutschland bereits verschiedenste Kooperationsmodelle, in denen teilweise sehr differenziert und zielorientiert Absprachen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Klinik und Jugendhilfe getroffen sind. Erwähnen möchte ich hier den Kooperationsleitfaden des Landschaftsverbandes. Wir bräuchten also eigentlich das Rad gar nicht mehr neu zu erfinden. Dennoch sind wir [nur] Menschen mit Erfahrungen, Vorlieben, Sichtweisen, vielleicht auch Feindbildern. Wir müssen unsere eigenen Wege gehen und genau so wie lernende Kinder und Jugendliche unsere eigenen korrigierenden Erfahrungen machen. Und hierzu möchte ich Sie heute einladen.

Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen sind Lebensräume in denen Kinder und Jugendliche trotz oft schrecklichster Vorgeschichten [über]leben, lernen, Beziehungen knüpfen, wieder Normalität erfahren und Vertrauen in eine gute Welt aufbauen können. Voraussetzung für ein Leben in einer derartigen Einrichtung ist ein gewisses Mass an Stabilität und Vorhersagbarkeit im psychophysischen Befinden und Verhalten des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen.

	<b>Pädagogische Krise</b>	<b>Psychiatrische Krise</b>
<b>Allgemeines Verhalten</b>	Zielgerichtetheit vorhanden, hauptsächlich provokativ- verweigernd	keine längeren Spannungsbögen, unkoordiniert, wenig Steuerung
<b>Interaktion</b>	deutlich vorhanden, durchaus moduliert, negative Vorzeichen	wenig Interaktion, wenig moduliert, eventuell stereotyp
<b>Befindlichkeit</b>	kaum beeinträchtigt	meist deutlich beeinträchtigt
<b>Erregung, Psychomotorik</b>	bis mittelgradig erregt	meist innerlich stark erregt, eventuell nach außen hin eher starr
<b>Vorherrschender Affekt</b>	Wut, Aggression	kann wechseln, reizbares Affektgemisch, oft depressive Grundstimmung
<b>Situations- und Realitätsbezug des Verhaltens</b>	deutlich erkennbar, Verhalten auf Wirkung auf das Gegenüber ausgerichtet, Tendenz zu übertriebenen Reaktionen	tendenziell eher gering ausgeprägt
<b>Auslöser und Reaktion</b>	Zusammenhang nachvollziehbar und erkennbar	Zusammenhang eher indirekt oder gering, wenig nachvollziehbar
<b>Selbstgefährdung</b>	in der Regel nicht gegeben, evntl. provokativ eingesetzt	in der Regel vorhanden oder schwer einschätzbar
<b>Fremdgefährdung</b>	möglich, meist aber kalkuliert, abgestuft und gesteuert	möglicherweise vorhanden, schwer einschätzbar
<b>Reaktion der Umwelt auf das Verhalten</b>	eher ärgerlich-aggressiv	eher Erschrecken, Angst, Besorgnis, Helferimpulse
<b>Pädagogische Steuerbarkeit, Absprachefähigkeit</b>	kann beeinträchtigt sein, v.a. interaktionsbedingt, besonders 11-15-jährige kennen ihre Grenzen nicht immer	in der Regel nicht verlässlich, auch bei betueter Kooperationsbereitschaft

Psychiatrisch relevante krisenhafte Zuspitzungen, in denen Verhalten oder Befindlichkeit eines Kindes oder Jugendlichen entsteuert und seine normale Situationsbezogenheit und Nachvollziehbarkeit verliert und/ oder selbstgefährdende oder auch fremdgefährdende Aspekte ins Spiel kommen, erfordern kurzfristig die fachliche Hilfe eines Kinder- und Jugendpsychiaters und möglicherweise auch eine kurzfristige stationäre Aufnahmevielleicht sogar nichtfreiwillig.

Pädagogische Krisen sollten dagegen vorrangig innerhalb der Jugendhilfe gelöst werden. Der Unterschied zur psychiatrisch relevanten Krise liegt vor allem darin, dass regelverletzendes, unkooperatives, aggressives, trotziges oder anders dissoziales Verhalten auftritt, das Kind oder der Jugendliche indes seine Beziehungskontinuität nicht vollständig abbricht und in seinem Verhalten prinzipiell nachvollziehbar, vom Kind gesteuert und mit pädagogischen Mitteln steuerbar bleibt. Selbstverständlich kann aus einer pädagogischen Krise bei sich fortsetzender Entsteuerung im weiteren Verlauf auch eine psychiatrische Krise werden.

Vielfach erfordern interaktiv entstandene krisenhafte Zuspitzungen psychiatrischer und nichtpsychiatrischer Art zunächst einmal Abstand. Dieser kann sehr unterschiedlich hergestellt werden, z.B. durch kurzfristige Abstandsbeurlaubung in den familiären Rahmen, zu einer 'guten Person', kurzfristige Verlegung in eine andere Jugendhilfe-Gruppe oder auch Aufnahme in einer Klinik. Oft reichen Abstandsbeurlaubungen aus, weil die Grundlage für die Krise [nur] eine momentan gestörte Interaktion ist. Abstand von der Krise kann auch hergestellt werden durch eine Autofahrt z.B. zum Arzt, ein dortiges reflektierendes Gespräch, kognitiv-emotionale Verarbeitung der Situation und eine neue Vereinbarung miteinander.

Nicht selten resultiert die Unlösbarkeit einer krisenhaften Zuspitzung nicht nur aus der momentanen Unflexibilität des Kindes oder Jugendlichen. Gerade bei interaktionell entstandenen Zuspitzungen, in denen es oft um Macht oder Gesichtswahrung geht, kann auch der hauptsächlich involvierte Erwachsene sehr unflexibel in seinem Handeln werden, weil auch er nur noch einen sehr geringen Abstand zu seinen Affekten hat. Auch für ihn kann Abstand und Übergabe der Auseinandersetzung an einen anderen Erwachsenen zunächst das beste Mittel sein.

### **Aufgaben der KJP bei der Krisenintervention**

- Niederschwellige Verfügbarkeit der Klinik für KJP
- Möglichkeit zur verbal gestützten Klärung und affektiven Stabilisierung
- Möglichkeit zur jederzeitigen stationären Krisenaufnahme, wenn indiziert
- Die unkomplizierte Krisenintervention bringt Abstand und Beruhigung. Sie dauert meist ca. 5 Tage
- Die verlängerte Krisenintervention bei komplexer Krise erfordert weitergehende Klärung und Einstellungswandel. Sie dauert meist bis zu 3-4 Wochen
- Eine Krise kann auch, im Sinne 'Spitze eines Eisberges' Ausdruck von Behandlungsbedürftigkeit sein, dann kann die Krisenintervention in eine Regelbehandlung übergehen
- Vorab-Vereinbarung zur voraussehbaren Krisenintervention schwer gestörter Patienten im Rahmen der ambulanten Mitbetreuung durch die Klinik.
- Wichtig ist die persönliche Kontinuität zwischen Wohngruppe und Klinik

Oft sehen wir uns hier in der Klinik im Rahmen von Krisenvorstellungen dem dringlichen Aufnahmewunsch, um nicht zu sagen [Aufnahmediktat] zuweisender Personen und Einrichtungen gegenüber. Es kommt vor, dass, um das Ziel der Aufnahme zu erreichen, in den Schilderungen des vorhergehenden kindlichen Verhaltens übertrieben wird, oder ein Kind oder Jugendlicher - ich sage immer wie ein Postpaket - per Krankenwagen ohne Begleitung zugestellt wird und so Fakten geschaffen werden. Ein solches Vorgehen mag eine Geschichte haben, diese sollten wir aber überwinden.

Im Sinne einer wirklich zufriedenstellenden gegenseitigen Kooperation sollte der Klinik die Möglichkeit gegeben werden, den Fall zunächst zu beurteilen und Interventionsmöglichkeiten in der Regel ohne Aufnahmevorgabe auszuloten. Die vielleicht spätabendliche Fahrt zur Klinik sollte daher bitte nicht nur noch als Exekution bereits vorgefasster Abläufe verstanden werden. Die Entscheidung für oder gegen eine stationäre Aufnahme muß letztlich Sache des Klinikarztes bleiben, dem es obliegt, den Gefährdungsgrad ärztlich einzuschätzen. Und Sie können sicher sein: Wir können uns diese Entscheidung überhaupt nicht leicht machen, weil mit dieser Entscheidung regelmäßig viel Verantwortung verbunden ist.

### **Wünsche der Psychiatrie an die Jugendhilfe bei Krisenvorstellung/ Krisenaufnahme**

- Möglichst frühzeitige telefonische Kontaktaufnahme
- Anwesenheit einer kompetenten, entscheidungsbefugten Bezugsperson
- Basisinformationen über das Kind/ den Jugendlichen (s.u.)
- Erfüllung der formalen und inhaltlichen Voraussetzungen für die Behandlung, wie z.B. Einverständnis Sorgeberechtigte, Antrag geschlossene Behandlung
- Benennung eines Case-Managers für den Patienten in der Jugendhilfe-Einrichtung
- Information zum geplanten Verbleib des Kindes/ Jugendlichen in der Einrichtung

Wir wünschen uns daher eine frühzeitige telefonische Kontaktaufnahme, die Anwesenheit einer entscheidungsbefugten Bezugsperson, hinreichende Basisinformationen über das Kind, informiertes Einverständnis des Sorgeberechtigten, Benennung eines Case-Managers für den Patienten in der Jugendhilfe-Einrichtung sowie verbindliche Aussagen zum wirklichen Hintergrund der Krise und dem geplanten Verbleib in der Einrichtung.

### **Benötigte Unterlagen/ minimale Basisinformationen zu dem aufzunehmenden Kind**

- Name, Vorname, Geburtsdatum
- Sorgeberechtigt: Name, Vorname, Anschrift, Telefon
- Sind Sorgeberechtigte über Aufnahme informiert/ einverstanden
- Wurde ein Unterbringungsbeschluß beantragt ?
- Ggf. ärztliche Stellungnahme zur Unterbringung
- Chronische Erkrankungen, Allergien
- Regelmäßig eingenommene Medikamente
- Derzeitiger Schulbesuch - Schultyp, Klasse
- Krankenkassenkarte, Impfausweis, Berichte über das Kind

Auf dieser Folie ersehen Sie die für uns wichtigsten Basisinformationen zu einem vorgestellten Kind, wenn eine stationäre Aufnahme gewünscht ist oder möglich erscheint. Am besten, Sie bringen Ihre Akte über das Kind mit, damit wir gemeinsam schauen können, was benötigt wird.

Die Verlegung eines Kindes oder Jugendlichen in die KJP wird oft immer noch sehr ambivalent gesehen und es existieren typische negative Einstellungsmuster

### **Häufige negative Einstellungsmuster im Rahmen einer Krisenverlegung des Jugendlichen in die KJP**

- Gefühl von Scheitern und Inkompetenz. Das Kind bekommt die negative Konnotation, die eigentlich das Team sich selbst zuschreibt, aber abwehrt. Die Klinik darf dann auch nicht besser sein.
- Ausstoßungsprozess, Strukturmerkmal in dissozialen Gruppen oder Familien: Das Kind bekommt die Rolle des Bösewichtes zugewiesen, dem [alles] Negative zugeschrieben wird und es nimmt diese Rolle meist auch an.
- Die KJP steht nicht zur kurzfristigen Ausstoßung eines Kindes zur Verfügung
- KJP als Strafort, ähnlich wie Heime oft als Strafort vom Elternhaus aus. Das gemeinsame Scheitern wird wiederum allein dem 'bösen Kind' zugeschrieben

Das Gefühl von Scheitern und Inkompetenz, die auf das Kind projiziert wird, Ausstoßungs- und Bestrafungstendenzen, sowie negative Basalzuschreibungen können die Atmosphäre bei der stationären Krisenintervention vergiften, bei der die Klinik eigentlich als rettender 'dritter Ort' eine so positive wie mögliche Sichtweise verdient hätte.

### **Worauf sollten wir bei der Behandlung von Krisen achten ?**

- Die Krise sollte zumindestens später auch mit dem Jugendlichen zusammen auch in Hinblick auf das Versagen aller Beteiligten ehrlich reflektiert werden
- Die Frage, was können wir aus der Krise lernen, sollte regelmäßig gestellt werden
- Bisher scheint seitens der Einrichtungen in vielen Fällen während des Mittelteils der Behandlung relativ wenig Interesse an dem Jugendlichen zu bestehen. Gerade hier sollten wir den Austausch intensivieren und die Zeit nach der Entlassung gemeinsam vorbereiten
- An der Familientherapie sollte in der Regel der Bezugsbetreuer aus der Jugendhilfeeinrichtung beteiligt werden

Wir sollten daher jede Krise später auch mit dem Jugendlichen zusammen - auch in Hinblick auf das Versagen aller Beteiligten - reflektieren. Auch die Frage, was aus der Krise zu lernen ist, sollte regelmäßig gestellt werden. Die zu Beginn notwendige Abstandgewinnung sollte so schnell wie möglich überwunden und im Behandlungsverlauf ein kontinuierlicher Austausch gepflegt werden, wobei die Familie mit einbezogen werden sollte.

Die weiter folgenden Kurzvorträge sollen als Diskussionsbeiträge für einen offenen, auch ergebnisoffenen dialogischen Prozess mit Ihnen dienen. In einen solchen Prozess sind wir gerne bereit, unsere Kenntnisse und Erkenntnisse einzubringen und wünschen uns dieses natürlich genau so von den beteiligten Vertretern von Einrichtungen und Jugendämtern.

Besonders wichtig war uns bei der Vorbereitung zu dieser Tagung, Ihnen nicht nur etwas vorzuerzählen, sondern tatsächlich einige Einblicke in unsere Arbeit und die Möglichkeiten der Klinik sowie Gelegenheiten zum persönlichen Gespräch zu geben. Wir haben deshalb den Rundgang, der nach den Vorträgen pünktlich um 11.00 beginnen soll, so geplant, dass jeder jeden Punkt einer Art Parcours anläuft. Jede Gruppe beginnt woanders und wechselt zeitgleich zum nächsten Angebot.

Am Ende der Tagung, also nach dem Rundgang, möchte ich mit Ihnen gern im Plenum in einen Diskussionsprozess eintreten. Hier könnten wir, wenn alles gut verläuft, gemeinsam überlegen, welche möglichen Effektivitätssteigerungen für beide Seiten vordringlich sind. Es wäre z.B. möglich, für bestimmte Situationen im Rahmen von Selbstverpflichtungen Vorgehensschritte zu vereinbaren, die zwar vielleicht nicht im rechtlichen Sinne einklagbar sein mögen, aber doch als Grundkonsens gemeinsam getragen werden. Das wäre mein Ziel und ich wünsche unserer Tagung in diesem Sinne einen guten Erfolg und hoffe, dass Sie alle hier in Marsberg Anregendes erfahren werden. Vielen Dank.