

FACETTEN

Interview: Beziehung als Chance
und Wirkfaktor S. 6

Hintergrund: Ein sicherer Ort für
Kinder und Jugendliche S. 15

Reportage: Irgendwo dazwischen S. 24

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

A close-up photograph of a child's hand reaching towards several colorful wooden figures on a light-colored wooden table. The figures are made of wood and have different colored bases and heads. A blue and red patterned string is also visible on the table. The background is blurred, showing other people in a room.

**Du bist gut,
so wie du bist.**

Kinder- und Jugendpsychiatrie



Foto Titelseite: Stefan Angele

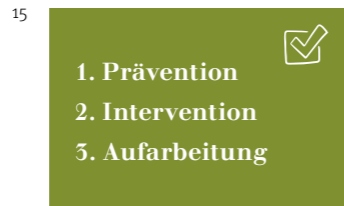
Inhalt

- 03 Editorial
- 04 Zuhören!



Titelthema
Beziehung als Chance und Wirkfaktor

- 08 Veränderung beginnt mit Eigenverantwortung
- 10 Blickpunkt: Ein Ort der Sicherheit und Chance
- 12 Traumata im Nahbereich



Titelthema
Ein sicherer Ort für Kinder und Jugendliche

- 16 Auf dem Weg zu sich selbst
- 18 Wem sag ich's?
- 20 Blickpunkt: Zugang durch Bewegung
- 22 Chance zur Veränderung
- 24 Das gesamte Umfeld ist entscheidend



Titelthema
Irgendwo dazwischen

- 30 Lernen ohne Druck
- 32 Gemeinsam stark
- 34 Blickpunkt: Achtsamkeit, Konzentration, Selbstwahrnehmung
- 36 Für eine sichere Station
- 38 Hilfe für die Seele
- 40 Kostproben: Bücher, Filme, Podcasts, Blogs, Musik
- 42 Service
- 43 Der neue Facetten Blog, Impressum

YouTube abonnieren



DU BIST GUT, SO WIE DU BIST.

Im ZFP Südwürttemberg werden jährlich rund 850 Kinder und Jugendliche vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent behandelt, etwa 2500 Kinder und Jugendliche in ambulanter Behandlung kommen hinzu. Die Klinik bietet ein breites und sehr differenziertes Behandlungsangebot – inklusive zweier auf Suchterkrankungen spezialisierter Stationen sowie der psychosomatischen Versorgung in Kooperation mit der Kinderklinik der Oberschwabenklinik. Die jungen Menschen, die hier behandelt werden, bringen die unterschiedlichsten Störungsbilder, Biografien und Erfahrungen mit – manche von ihnen sind gerade einmal drei Jahre alt, die ältesten stehen an der Schwelle zum Erwachsenwerden.

tenden ihren Patientinnen und Patienten, damit diese wieder unbeschwerter sein und ihren Weg weiter beschreiten können?

Eines vorneweg: So einfach, wie es der Titel dieser Facetten-Ausgabe vermuten lässt, ist das natürlich keineswegs. Aber die Grundhaltung, die für eine erfolgreiche Behandlung nötig ist, trifft es ganz gut. Denn es geht nicht zuletzt darum, die Kinder und Jugendlichen ernst zu nehmen in ihrer individuellen Situation, eine tragfähige Beziehung zu ihnen aufzubauen und zu erreichen, dass sie sich gehört, gesehen und geachtet fühlen. Dies und alles darüber hinaus erfahren Sie in diesem Heft.

Stefan Angele

Welche Merkmale braucht eine solche Klinik, damit diesen Kindern und Jugendlichen geholfen werden kann? Welcher Professionen bedarf es dafür, welcher Therapien und Alltagshilfen? Und wie begegnen die Mitarbei-

Die behandelten Kinder und Jugendlichen kommen aus den unterschiedlichsten Familienkonstellationen.



Foto: Stefan Angele

Zuhören!

Wie es Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung wirklich geht, erfährt man nur, wenn man sie fragt. Genau das hat die Facetten-Redaktion getan.

„Es ist hier nicht so gruselig, wie man es sich vorstellt – wir haben hier keine weißen Kittel an. Im Gegenteil: Es ist alles sehr bunt, wir haben viele Spielsachen und können immer rausgehen.“
Kamal*, 12 Jahre



„Ich bin hier schon fast fertig. Die drei Monate waren sehr angenehm, es hat mir sehr viel Spaß gemacht und war immer wieder echt lustig. Ich habe mich hier mit meinen Problemen auseinandersetzen können – dafür möchte ich vor allem meinem Therapeuten danken. Er hat dafür gesorgt, dass ich mich wieder sicher fühle und wieder nach Hause gehen kann.“ Luka*, 16 Jahre

„Man lernt hier nicht nur Probleme im Alltag zu bewältigen, sondern sie zu verstehen. Man wird offener zu anderen und sich selbst, lernt sich selbst besser kennen und zu lieben – und das ist das Wichtigste.“
Alena*, 16 Jahre

„Das ist schon mein zweiter Aufenthalt und ich fühle mich sehr wohl. Wir haben viele coole Aktivitäten, dadurch wird mir nicht langweilig. Das hilft mir am meisten. Und wenn ich Zeit mit einer Freundin – die ich hier gefunden habe – verbringe.“
Kathi*, 16 Jahre

„Ich spiele Eishockey. Das ist ein Sport, bei dem ich mich sehr aufrege, wenn ich zum Beispiel das Tor nicht treffe. In der Mototherapie kann ich mich auch bewegen, allerdings ohne den Leistungsdruck wie beim Eishockey und das ist sehr angenehm.“ Lola*, 15 Jahre

„Die Leute hier sind immer für einen da, man ist nie allein.“
Maja*, 14 Jahre

„Wir dachten alle, wir wären Freaks. Hier haben wir erkannt, dass wir nicht allein sind und dass es auch andere gibt, denen es genauso geht. Es macht mir Mut zu sehen, dass es andere auch wieder aus der Klinik geschafft haben.“
Lina*, 13 Jahre

„Ich hatte zu Hause keine Struktur, deshalb denke ich, eine feste Struktur hilft mir hier am meisten. Wir haben geregelte Essenszeiten, Schulunterricht und Therapiemöglichkeiten, die immer für Beschäftigung sorgen.“
Jonas*, 15 Jahre

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie gibt es drei kinder- und jugendpsychiatrische Stationen, die nach Altersgruppen differenziert sind: Die Kinderstation behandelt 5- bis 13-Jährige, eine Jugendstation ist für 14- bis 16-Jährige und eine für 16- bis 18-Jährige. Darüber hinaus bietet sie mit clean.kids und clean.kick zwei spezialisierte Stationen für abhängigkeiterkrankte Kinder und Jugendliche. Eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), eine Tagesklinik, eine Station für Psychosomatik sowie zwei Teams für Stationsäquivalente Behandlung (StäB) komplettieren das Behandlungsangebot.

Lesetipp



Einen Raum für die Jugendlichen zu schaffen und ihre Stimmen hörbar zu machen – das ist auch das Ziel des Buchs „Abtauchen und auftauchen“, das von der Hans-Lebrecht-Schule der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Ulm herausgegeben wurde. Kinder und Jugendliche erzählen darin, wie sie Krisenhilfe erfahren, was ein Klinikaufenthalt verändert hat und womit sie weiter kämpfen.

*Name von der Redaktion geändert

Aufgezeichnet von Felicia Gößler

Besonders berührt war Felicia Gößler, als die Kinder und Jugendlichen über ihre Erfahrungen sprachen.

Beziehung als Chance und Wirkfaktor

Im Facetten-Interview erklärt Chefärztin Dr. Sabine Müller, welche Störungsbilder sie besonders häufig sieht, warum das Umfeld so wichtig ist und was sich ändern müsste, damit Kinder seelisch gesünder aufwachsen.



Dr. Sabine Müller ist seit rund zweieinhalb Jahren Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Zuvor war sie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Ulm tätig.

FACETTEN: Worin sehen Sie die Hauptaufgabe Ihres Fachgebiets?

DR. SABINE MÜLLER: Unsere Hauptaufgabe ist die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug des Umfelds. Je nach Alter und individueller Situation sind das die Eltern, auch Pflege- oder Adoptiveltern und Geschwister sowie Wohngruppen, Schulen, ambulante Helferinnen und Helfer, Familiengerichte und Jugendämter. Je jünger die Kinder sind, desto stärker werden die erwachsenen Bezugspersonen einbezogen. Kindeswohl, Kinderschutz und Kinderrechte spielen dabei eine zentrale Rolle. Bei Jugendlichen kommt es auch des Öfteren vor, dass sie kein tragfähiges familiäres Umfeld haben, etwa bei minderjährigen geflüchteten Jugendlichen, oder den Einbezug der Familie nicht wünschen.

FACETTEN: Mit welchen Erkrankungen haben Sie es hauptsächlich zu tun?

MÜLLER: Sehr häufig vorkommende Diagnosen sind ADHS, also eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie depressive und Angststörungen. Hinzu kommen Ess- und Traumafolgestörungen, psychotische Erkrankungen sowie Autismus-Spektrum-Störungen – aber auch mit Persönlichkeitsstörungen haben wir es zu tun sowie mit allen weiteren psychischen Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten.

FACETTEN: Was brauchen Ihre Patient:innen, damit es ihnen besser geht?

MÜLLER: Zunächst eine fundierte Diagnostik und dann eine leitlinien-gerechte, störungsspezifische und zumeist multimodale Behandlung. Stationär heißt das: Milieutherapie als Basis, Psychotherapie als Schwerpunkt, dazu Fachtherapien, sozialarbeiterische Unterstützung und Klinikschule sowie gegebenenfalls Pharmakotherapie. Wir haben neben dem therapeutisch-medizinischen auch einen pädagogischen Auftrag: Tagesstruktur, Kontakt mit Gleichaltrigen, altersgerechte Beschäftigung sind die Stichworte. Allein Struktur kann häufig schon viel bewirken – etwa,

wenn Jugendliche vorher monatelang im dunklen Zimmer vor dem PC saßen und depressiv erkrankt sind. Dann gilt es, erstmal wieder einen Tag-Nacht-Rhythmus zu etablieren, in Kontakt mit anderen Jugendlichen zu kommen, rauszugehen. Und es bedarf eines Umfelds, in dem Kinder und Jugendliche sich angenommen fühlen. Sie merken sofort, ob jemand wirklich Interesse für sie hat und sie respektiert. Die therapeutische Beziehung ist ein enormer Wirkfaktor.

FACETTEN: Welche Behandlungsoptionen bietet Ihre Klinik hierfür?

MÜLLER: Wir bieten verschiedene Intensitätsstufen von Behandlung an: ambulant, intensiv aufsuchend ambulant, teilstationär und vollstationär sowie stationsäquivalent. Was uns gegenüber anderen Kliniken auszeichnet: Wir halten alle Behandlungsformen innerhalb einer Klinik vor, inklusive spezialisierter Angebote wie etwa den Suchtbereich oder die psychosomatische Station für Kinder und Jugendliche in Kooperation mit der Kinderklinik der Oberschwabenklinik. Das ist toll für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der Region und auch fachlich attraktiv. Leider ist die Aufrechterhaltung dieses Angebots aufgrund des Fachärztemangels im Bereich eine enorme Herausforderung.

Mein Antrieb auch in schwierigen Zeiten, in welchen ich selbst viele fachärztliche Vakanzen kompensieren muss, ist, dass ich es für unabdingbar halte, dass die Kinder und Jugendlichen in – meist suizidalen – Krisen weiterhin 24 Stunden an sieben Tage der Woche eine verlässliche Anlaufstelle haben, wo sie gute Erfahrungen machen und sich in erneuten Krisen wieder hinwenden. Diese Krisen halten sich nicht an Wochentage oder Geschäftszeiten. Wenn wir wirklich helfen wollen, Suizide bei Kindern und Jugendlichen zu verhüten, müssen wir das auch nachts, am Wochenende und an Feiertagen tun.

”
Es braucht mehr Orientierung an den Bedürfnissen von Kindern.
”

Dr. Sabine Müller

FACETTEN: Mit welchen Problemen sind Kinder und Jugendliche heutzutage konfrontiert?

MÜLLER: Grundsätzlich ist es immer eine Gen-Umwelt-Interaktion: Ein Teil ist genetischer „Rucksack“, ein Teil Umweltfaktoren – das fängt an mit den Umständen von Schwangerschaft und Geburt sowie Lebensbedingungen während der Entwicklung, welche hilfreichen Erfahrungen gemacht wurden, welche Belastungen es gab. Was ich heute bei vielen Kindern und Jugendlichen wahrnehme, ist ein starkes Gefühl von Unsicherheit: Klimawandel, Kriege, wirtschaftliche Probleme. Dann werden teilweise vermeintliche Sicherheiten gesucht oder der Rückzug angetreten. Und gleichzeitig leben Kinder und Jugendliche in einer Umgebung, die aus meiner Sicht nur mittelmäßig bis mangelhaft auf sie ausgerichtet ist. Obwohl nach der Corona-Pandemie mehr über die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen geschrieben und gesprochen wurde, hat sich letztlich hinsichtlich politischer Entscheidungen und gesellschaftlicher Relevanz des Themas nicht sehr viel getan. Auch im Bildungs- und Betreuungssystem sowie im Jugendhilfesystem und ebenso im medizinisch-therapeutischen System gäbe es viele Ansatzpunkte, den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen besser gerecht zu werden.

FACETTEN: Welche Rolle spielen Eltern, Medien und Schule?

MÜLLER: ... eine sehr große – alle drei prägen die Entwicklung entscheidend. Eltern sind besonders in den ersten Lebensjahren zentral: Kinder brauchen feinfühliges Zuwendung, Orientierung und angemessene Herausforderungen, um Selbstregulation und Stärke zu entwickeln. Sowohl Vernachlässigung als auch Überbehütung können hinderlich sein, weshalb Eltern in ihrer Rolle gestärkt werden sollten. Medien sind ebenfalls ein wichtiger Faktor: Kinder haben ein Recht auf Nutzung, aber auch auf Schutz und Medienbildung. Entscheidend ist die altersgerechte Begleitung durch Eltern – reine Verbote greifen zu kurz. Die Schule ist nicht nur Bildungs-, sondern auch Lebensort. Sie bietet großes Potenzial für Unterstützung, das noch nicht ausreichend genutzt wird. Letztlich stellt sich die gesellschaftliche Frage, welchen Stellenwert das gesunde Aufwachsen von Kindern hat.

FACETTEN: Werden Ihre Patient:innen tendenziell zahlreicher und jünger?

MÜLLER: Ja, beides. Sie sind jünger, wenn sie in die Praxen und Kliniken kommen und die Symptome und Diagnosen nehmen auch laut Studien zu. Gleichzeitig gibt es mehr Aufmerksamkeit, teilweise weniger Stigmati-

sierung von psychischen Erkrankungen und mehr Versorgungsangebote. Das führt auch zu mehr Nutzung. Es ist aber schon auch unabhängig von diesem Faktor so, dass mehr Kinder und Jugendliche psychische Probleme haben als noch vor einiger Zeit und die Symptomatiken sich altersmäßig nach vorne verlagern.

FACETTEN: Was müsste sich gesellschaftlich ändern, damit sich das (wieder) ändert?

MÜLLER: Ich bin nicht sicher, ob sich das ändern lässt oder ob es die neue Normalität wird. Aber nochmal: Es braucht aus meiner Sicht mehr Orientierung an den Bedürfnissen von Kindern: in Familien, Kitas, Schulen, Freizeitangeboten, in der Politik. Kinderrechte ins Grundgesetz aufzunehmen, wäre ein wichtiges Signal – zweimal ist es schon gescheitert. Und: Wenn Störungen auftreten, müssen Hilfen schneller und passender greifen, anstatt dass Systeme sich gegenseitig Zuständigkeiten zuschieben. Außerdem müssen wir Erwachsenenkompetenz stärken, also nicht nur bei Kindern ansetzen. Ein wichtiger Lernfaktor ist Nachahmung. Und wir sollten nicht unterschätzen, wie sehr Jugendliche nach Zugehörigkeit und Bedeutung suchen: Wenn sie sich abgehängt fühlen, finden manche das in problematischen Foren und Gemeinschaften. Das macht mir Sorge. Ich nehme zunehmend rassistische und rechtsradikale Tendenzen wahr – auch durch eine unregulierte, problematische Mediennutzung.

FACETTEN: Was würden Sie sich für die Zukunft Ihres Fachs wünschen?

MÜLLER: Die Weichen müssen so gestellt werden, dass es künftig genügend Fachkräfte gibt. Das beginnt bei Studienplätzen und Zugangsvoraussetzungen. Und es braucht realistischere Vorgaben: Nicht alle fachlichen Entscheidungen müssen zwingend an Fachärzte gebunden sein, wenn andere Professionen fachlich genauso kompetent handeln können. Wichtig ist auch eine bessere Zusammenarbeit der Akteure: Jugendhilfe, Kliniken, Niedergelassene – gerade bei komplexen Fällen. Es bedarf der Übernahme von Verantwortung von allen Seiten, ausreichend Ressourcen und ein gemeinsames Verständnis: Was wir für junge Menschen tun, tun wir für die Zukunft.

Aufgezeichnet von Stefan Angele
Foto: privat

VERÄNDERUNG BEGINNT MIT EIGENVERANTWORTUNG

Selbstschädigung, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken – und ein Programm, das genau dort ansetzt. Nora erzählt, wie sie gelernt hat, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und langsam wieder zu sich zu finden.

„Psychotherapie funktioniert nur, wenn Patient:innen sich mit ihren Themen auseinandersetzen, selbst Bewältigungsstrategien erarbeiten und diese auch anwenden“, erklärt Theresa Schockenhoff, Therapeutische Leiterin einer jugendpsychiatrischen Station des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau, auf der Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren behandelt werden. „Unser Therapieprogramm zeigt, wie nachhaltige Veränderung durch eigenverantwortliches Handeln entstehen kann“, so die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Therapie in Etappen

Choose to Change (kurz: CTC) ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm in Intervallen für Jugendliche mit ausgeprägten Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, bei denen dysfunktionale Problemlösungsstrategien wie selbstverletzendes Verhalten im Vordergrund stehen. Die Jugendlichen werden planmäßig dreimal stationär aufgenommen und verbringen die mehrwöchigen Intervallpausen dazwischen in ihrem gewohnten Lebensumfeld, bleiben dabei jedoch ambulant eng an die Klinik angebunden. Ziel des Programms ist es, neue Strategien im Umgang mit emotionalen Spannungen zu erlernen, Selbstfürsorge und Selbstverantwortung zu stärken und therapeutische Fortschritte schrittweise und nachhaltig in den Alltag zu übertragen. Die sich verkürzenden stationären Aufenthalte unterstützen dabei die Stabilisierung neuer, funktionaler Verhaltensmuster.

CTC basiert auf dem Regelbehandlungskonzept der Station, welches einem multiprofessionellen, milieutherapeutischen Ansatz folgt. Neben psychotherapeutischen Einzel- und Familiengesprächen kommen je nach Bedarf etwa erlebnispädagogische Angebote, Ergo-, Arbeits- und Musiktherapie sowie Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren zum Einsatz. In der Regel besuchen die Jugendlichen zudem die Klinikschule.

Eine zentrale Rolle übernimmt der Pflege- und Erziehungsdienst: Er begleitet die Jugendlichen im Alltag, bietet Orientierung und fördert soziale Kompetenzen sowie die Übernahme von Verantwortung. Gemeinsam werden verbindliche Wochenstrukturen erarbeitet, die Therapie, Schule, Freizeit und alltägliche Aufgaben miteinander verbinden.

Besonderheiten des CTC-Programms sind eine klar strukturierte Behandlung mit verbindlichen Regeln für Behandelnde und Patient:innen sowie der Einsatz positiver Verstärkung, um dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien zu reduzieren. Zudem lernen die Jugendlichen, neue hilfreiche Strategien zu entwickeln und Probleme konstruktiv zu bewältigen. Zudem werden ihre Eltern in den therapeutischen Prozess einbezogen.

Irgendwann ging es nicht mehr weiter

Eine der Jugendlichen im CTC-Programm ist Nora*. Die mittlerweile 16-Jährige durchläuft

gerade das erste Intervall des Programms. „Nora kam mit komplexer Symptomatik“, berichtet Schockenhoff. Ursprünglich ist sie in anderen psychiatrischen Kliniken aufgrund ihrer Anorexie (Magersucht) behandelt worden, in der sich allerdings ihr Zustand drastisch verschlechterte. Sie entwickelte Suizidgedanken und zeigte selbstschädigendes Verhalten, sodass sie nicht mehr in der Lage war, Absprachen zu treffen und einzuhalten. Eine Regelbehandlung war über Monate hinweg nicht mehr möglich, stattdessen wurden bei Nora freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig, zeitweise längere 1:1-Betreuung. „Um diesen Kreis zu unterbrechen, hilft manchmal nur ein Settingwechsel“, so Schockenhoff, weswegen Nora schließlich ins ZfP verlegt wurde.

„Angefangen hat das – glaube ich – Anfang 2023, auf einer Klassenfahrt“, erzählt Nora rückblickend. „Danach ging es mit dem Essen nicht mehr.“ Es folgte der erste Klinikaufenthalt. Mit der Zeit wurde alles schlimmer: Depressionen, Suizidgedanken, Selbstverletzungen. „Ich konnte lange nicht auf andere zugehen und sagen, wenn es mir schlecht ging. Irgendwann dachte ich: Ich kann so nicht weitermachen. Etwas muss sich ändern – ich muss mich ändern.“ Ab diesem Zeitpunkt waren bei Nora keine freiheitsentziehenden Maßnahmen mehr notwendig. „Es hat sich angefühlt, als wäre in meinem Kopf ein Schalter umgelegt worden. Ich wollte unbedingt am CTC-Programm teilnehmen.“



Im Miteinander wachsen Vertrauen, Stabilität und der Mut, wieder Verantwortung für sich zu übernehmen.

Die erste, sechswöchige Behandlungsphase dient der Einführung in das Skills-Training. Hier werden grundlegende Regulationsstrategien vermittelt und an der Selbstfürsorge gearbeitet: Was kann ich mir selbst Gutes tun? Wie versorge ich Wunden medizinisch richtig? Ab wann sollte ich professionelle Hilfe in Anspruch nehmen? Die Jugendlichen lernen alternative Techniken zur Spannungsregulation, erhalten psychoedukative Inhalte und analysieren auslösende sowie aufrechterhaltende Faktoren ihrer Symptomatik.


Schockenhoff: „Es geht auch darum, die eigene Anspannung frühzeitig wahrzunehmen. Idealerweise wird ein Skill angewendet, bevor die Anspannung so hoch steigt, dass es zu einer Selbstschädigung kommt.“ Für Nora haben sich vor allem sportliche Aktivitäten bewährt: „Boxen oder Laufen. Alles, was mir guttut – so selfcare-mäßig.“

Im zweiten Intervall folgt ein fünfwöchiger Behandlungsblock mit vertiefter inhaltlicher Arbeit. Unter Einbeziehung des familiären Umfelds steht die Reintegration in den Alltag im Fokus. „Viele Jugendliche kennen nur noch die Klinik und haben den Bezug zu ihrem familiären, schulischen und sozialen Alltag verloren“, erklärt Schockenhoff. „Unsere Aufgabe ist es, sie bei der Reintegration in ihre Familie oder Wohngruppe, ihre Heimatschule und beim Aufbau eines altersentsprechenden Alltags mit Hobbys und sozialen Kontakten zu unterstützen.“ Der Transfer der Therapieerfolge in den Alltag sei dabei die größte Herausforderung.

Das dritte Intervall dient der abschließenden Stabilisierung in einer dreiwöchigen stationären Phase. „Hier geht es um Perspektivenplanung“, so Schockenhoff. „Braucht es weitere Unterstützung? Ist eine Wohngruppe sinnvoll? Wie kann es nach der Schule weitergehen?“

Trotz Unsicherheiten vorangehen

Jetzt geht es für Nora allerdings erstmal in die erste Intervallpause, der sie mit einem freudigen aber auch unsicheren Gefühl entgegensteht: „Ich habe Angst davor, dass es mir außerhalb der Klinik nicht gut gehen wird und dass ich nicht auf andere zugehen kann“, erzählt sie, „aber ich habe das jetzt viel geübt. Das CTC-Programm ist etwas Besonderes, was es so in den anderen Kliniken nicht gibt, gerade aber auch die Menschen hier.“ Besonders der Pflege- und Erziehungsdienst habe sie gestärkt und ihr geholfen, Vertrauen in sich selbst zu entwickeln.

Anderen Jugendlichen, denen es vielleicht ähnlich geht, möchte Nora Mut machen: „Wenn es dir nicht gut geht, wende dich an jemanden und sprich darüber. Alleine durchstehen kann man es meistens nicht. Rede mit deinen Eltern oder anderen Vertrauenspersonen, aber steh das auf keinen Fall alleine durch. Nimm die Hilfe an, die man dir gibt und hab keine Angst, andere um Hilfe zu bitten.“ Starke Worte von einer starken jungen Frau. 

Text und Foto: Felicia Gößler

✗ **Freiheitsentziehende Maßnahmen** sind einschränkende Eingriffe, wie zum Beispiel Fixierungen, verschlossene Türen oder sedierende Medikamente, um bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung Schaden abzuwenden. Sie gelten als Ultima Ratio, müssen verhältnismäßig sein, sorgfältig dokumentiert und richterlich genehmigt werden. Eine **1:1-Betreuung** hingegen bedeutet die intensive, persönliche Begleitung eines Patienten beziehungsweise einer Patientin durch eine Pflegefachkraft oder Therapeut:in. Sie dient der Sicherheit bei akuten Krisen, schwerer Fremd- oder Selbstgefährdung und ermöglicht eine engmaschige Überwachung.

✗ **Selbstschädigendes Verhalten** erfolgt meist nicht in suizidaler Absicht und kann viele Formen annehmen. Beispiele sind Schneiden, Kratzen, Verbrennen oder aber auch Haare ausreißen, den Kopf gegen die Wand schlagen, ein risikobehaftetes Konsum- oder Sexualverhalten, sich absichtlich in Gefahrensituationen begeben.

✗ **Skills** in der Psychotherapie sind erlernbare Fertigkeiten und Techniken, die Patient:innen helfen, starke Anspannung, Krisen und intensive Emotionen zu regulieren, ohne sich selbst zu schädigen.

*Name von der Redaktion geändert





EIN ORT DER SICHERHEIT UND CHANCE

Der Akutbereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg hat seit Frühjahr 2026 ein neues Zuhause. In dem rund 17,5 Millionen Euro teuren Neubau befinden sich die Kinderstation sowie zwei Jugendstationen. Große Fensterflächen, unaufdringliche Farben und ein durchdachtes Nutzungskonzept sollen die hochwertige Basis für eine moderne Behandlung bieten. Bei der feierlichen Einweihung sagte Regionaldirektor Martin Holzke: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Ort, an dem man Halt findet, Sicherheit erlebt und neue Perspektiven entwickeln kann. Und genau dafür ist dieser Neubau gedacht – er soll Schutzraum sein und gleichzeitig als Brücke zurück in den Alltag dienen.“ Für Chefarztin Dr. Sabine Müller ist das Gebäude „ein wunderbares und wichtiges Zeichen der Verantwortung und der Wertschätzung für die Kinder und Jugendlichen und für die Mitarbeitenden unserer Klinik hier am Standort Weissenau. Es steht sinnbildlich für den Respekt vor den jungen Menschen und für das Interesse an deren Bedürfnissen und Wohlergehen.“

Text und Foto: Stefan Angele



YouTube





TRAUMATA IM NAHBEREICH

Missbrauch, häusliche Gewalt, Vernachlässigung: In der Trauma-Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie werden die Betroffenen dieser Taten behandelt.

In Serien und Filmen wird es oft so dargestellt: Die freundliche Nachbarin ruft unmittelbar die Polizei, als sie nebenan Schreie hört. Oder der aufmerksame Arzt erkennt sofort, dass die blauen Flecke nicht beim Klettern passiert sein können. Manchmal mag das auch in der Realität so sein. Oft dauert es aber, bis Missbrauch im familiären Umfeld aufgedeckt wird und begonnen werden kann, den Betroffenen zu helfen. Und auch die Behandlung braucht neben Expertise und Empathie vor allem auch Zeit.

Eine Anlaufstelle für die zum Teil noch sehr jungen Betroffenen ist die Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche am ZFP-Standort Weissenau. Dr. Ulrike Amann hat es dort „mit allem“ zu tun, wie sie erzählt: Vernachlässigung, körperliche Gewalt, sexualisierte Übergriffe, das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern. „Auch wenn sich die Gewalt gegen das eigentlich schützende Elternteil richtet, wirkt dies traumatisierend auf das Kind.“

Herausfordernde Familienkonstellationen

Im Kontext dieser Taten trifft Amann häufig auf Familienkonstellationen mit hoher Belastung: psychische Erkrankungen der Eltern, konfliktvolle Beziehungen, eskalierende Trennungen, Suchtproblematiken. Dadurch und durch andere Umstände kann es zu Überforderung im Alltag kommen: Kinder werden zeitweise nicht ausreichend gesehen, Bedürfnisse übergangen, Grenzen verrückt. Die Taten seien aber

keineswegs auf diese Familien beschränkt: „Missbrauch kommt in allen Milieus und Schichten vor.“

”

Missbrauch kommt in allen Milieus und Schichten vor.

”

Dr. Ulrike Amann

Wie werden diese Taten eigentlich aufgedeckt? Amann: „Manchmal durch Schulen und Kindergärten, die eine Kinderschutzmeldung machen. Manchmal, weil eine Familie durch Kontakt mit dem Jugendamt bereits im System bekannt ist. Manchmal, weil ein Elternteil im Trennungskonflikt Gewaltvorwürfe erhebt.“ Insbesondere im letzten Fall gebe es oft eine Grauzone: Was ist Ausdruck des Elternkonflikts, wo besteht realer Schutzbedarf?

Gerade bei sexualisierter Gewalt in Umgangssituationen nach Trennungen gebe es immer wieder Verdachtsfälle – und zugleich die Ohnmacht der Beweisbarkeit. Amann: „Es sind oft sehr kleine Kinder, die Andeutungen machen, aber sich altersentsprechend noch nicht konkret im Sinne einer verwertbaren Aussage äußern können.“

Und je jünger sie sind, desto höher das Risiko, Aussagen durch gut gemeintes, aber zu häufiges Nachfragen zu verfälschen.“ Wenn es um sehr kleine Kinder geht, würden so Ermittlungsverfahren häufig im Nichts enden. Amann berichtet exemplarisch von einem Fünfjährigen, der so oft befragt worden sei, „dass er manchmal selber nicht mehr wusste, was jetzt tatsächlich passiert war und was nicht“. Das bedeute jedoch in vielen Fällen nicht, dass nichts passiert ist, jedoch werden Verfahren häufig eingestellt, weil keine ausreichende Beweisführung möglich ist.

Ambivalente Beziehungsstruktur

Bei Kindern stehe Gewalt in jeder Form nicht alleine für sich, sondern sie beeinflusse fundamental die Beziehung, in der sie passiert. „Man nennt es auch Bindungstraumatisierung“, sagt Amann. Verletzungen durch Personen also, zu denen eigentlich eine sichere Bindung bestehen sollte. „Für Kinder ist das kaum integrierbar. Sie brauchen die Bindung – und müssen zugleich vor der Bindungsperson geschützt werden.“ Deshalb würden viele betroffene Kinder eine paradoxe Situation wahrnehmen: Sehnsucht nach dem Elternteil, das ihnen schadet, und gleichzeitig Angst, Wut, Albträume.

Diese Ambivalenz werde vom Behördensystem oft missverstanden: Wenn ein Kind den Vater vermisste, werde das schnell als Argument für eine gute Beziehung gelesen. Amann warnt jedoch: „Gerade kleine Kinder halten am idealen Vater- oder Mutterbild fest, blenden Gewalt aus, vergessen sie scheinbar. Nicht, weil nichts vorgefallen ist, sondern weil das der einzige Weg für sie ist, die Welt erträglich zu halten.“ Therapie bedeute dann auch, beide Bilder zusammenzubringen: das Gute und das Gefährliche in der Elternfigur.

Wenn von Missbrauch die Rede ist, denken viele zunächst nur an körperliche Gewalt. Amann lenkt den Blick jedoch auch auf emotionale Misshandlung. Diese beginnt dort, wo Kinder systematisch für Bedürfnisse der Eltern ausgenutzt werden: als Trostspender, Partnersersatz, Loyalitätsobjekt im Trennungstreit oder als Beweis für die eigene Liebesswürdigkeit. Oder auch dort, wo Kinder Dinge nicht sagen dürfen, wo also Manipulation und Geheimnis regieren.

16.354

Im Jahr 2024 wurden **16.354** Fälle von sexuellem Missbrauch an Kindern und **1191** Fälle von sexuellem Missbrauch an Jugendlichen polizeilich registriert.

72.800

Im Jahr 2024 lag in etwa **72.800** Fällen eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung, psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt vor – ein neuer Höchststand.

239.400

Die Jugendämter führten rund **239.400** Gefährdungseinschätzungen durch. Dabei wurde in rund **78.000** weiteren Fällen zwar keine Kindeswohlgefährdung, aber ein Hilfebedarf festgestellt.

95 %

Etwa **95 Prozent** der Täter sind männlich und circa **75 Prozent** der Opfer sind weiblich.

Misslingende Co-Regulation

Die Folgen: unsichere Bindungsmuster, Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz, impulsive Wutausbrüche, Rückzug. Amann: „Manche Kinder klammern wahllos, springen jedem auf den Schoß – ohne Gespür, wem sie trauen können. Andere wirken nach außen übertrieben selbstständig, fühlen sich aber innerlich sehr einsam.“ Das zentrale Problem: Emotionsregulation. Kinder lernen sie über Co-Regulation – also über Erwachsene, die beruhigen, spiegeln, verlässlich reagieren. „Wenn das fehlt, verharrt das Nervensystem im Alarmmodus.“

Die Behandlung in der Trauma-Ambulanz beschreibt Amann als mehrschichtig: Beziehungsaufbau, Diagnostik, Ressourcenarbeit – und vor allem auch: Stabilisierung des Umfelds. „Gerade bei kleinen Kindern passiert vieles über Spiel und über Beobachtung der Interaktion mit Bezugspersonen.“ Bei Jugendlichen kommen Fragebögen und Gespräche hinzu. Grundsätzlich sei es wichtig, dass die jungen Menschen wieder Selbstwirksamkeit erfahren, denn traumatische Erfahrungen sind in der Regel verbunden mit Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Darüber hinaus gibt es einige gut evaluierte traumafokussierte Verfahren, die die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung deutlich reduzieren können. Jedoch: „Nicht alle, die eine traumatisierende Erfahrung hatten, haben automatisch eine Posttraumatische Belastungsstörung“, erklärt Amann. „Es kann auch in eine Depression führen, zu Suchtproblematiken, zu Essstörungen oder zu einer Persönlichkeitsstörung. Gegebenenfalls entsteht aber auch keine psychische Störung. Generell haben Menschen mit psychischen Belastungen in der Vorgeschichte ein höheres Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln.“ Auch die Häufung von traumatischen Erfahrungen erhöhe die Wahrscheinlichkeit.

Sucht spiele oft dann eine Rolle, wenn sie in den Familien vorgelebt wird – als Behelf zur Emotionsregulation. Jugendliche finden dann schnell heraus, was wie bei ihnen wirkt: Cannabis, Alkohol, zunehmend auch Benzodiazepine, Opioide, Kokain. In den vergangenen Jahren habe sich der Zugang verändert, berichtet Amann. Die Suchtmittel seien erschwinglich und quasi überall →


Sozialdienst in der KJPP

Je nach Bedarf sowie bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung schafft der Sozialdienst tragfähige Perspektiven, stabilisiert nachhaltig und erleichtert die soziale sowie schulische Integration. Die Sozialarbeiter:innen begleiten unter anderem in sozialrechtlichen Fragen, unterstützen bei Anträgen und planen die Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Dazu gehört auch die Vermittlung in externe Hilfen wie Jugendamt, Schulsozialarbeit oder Reha-Maßnahme. Zentrale Aufgaben sind Sozialanamnese, Bedarfserhebung sowie Perspektiv- und Hilfeplanung, Eltern- und Familienarbeit, der Aufbau einer stabilen Alltagsstruktur und Termin-Begleitungen ergänzen das Angebot.


verfügbar, teils über das Umfeld, teils über digitale Kanäle.

Transgenerationale Belastungen

Weil die Belastungen häufig transgenerational bestehen, wünscht sich Amann, dass nicht nur das Kind therapiert wird: „Ich stelle mir eine Art Familienambulanz vor, in der die Behandlung der Kinder und die der Eltern enger verzahnt werden können.“ Außerdem seien mehr runde Tische und echte Kooperation notwendig, statt dass nur Einzelstellungnahmen herangezogen würden. „Ich nehme oft die Erwartung wahr: ‚Das Kind bekommt Traumatherapie und kommt dann wieder gesund nach Hause.‘ Doch so funktioniert es halt nicht.“

Ein zentraler Schlüssel zur Prävention laute: Beziehung. „Kinder brauchen Erwachsene, die empathisch hinschauen, aufmerksam zuhören, wohlwollend Grenzen ziehen und sich ihnen selbstwertstärkend zuwenden.“ Dass die Sensibilität hinsichtlich häuslicher Übergriffe zugenommen hat, mache ihr Hoffnung, so Amann. Doch die Dunkelziffer sei weiterhin als hoch einzuschätzen. Klar sei in jedem Fall: „Je frühzeitiger Hilfe in Anspruch genommen wird, desto eher kann der transgenerationale Kreislauf durchbrochen werden.“ 

Text und Foto: Stefan Angele

Als Familienvater tat sich **Stefan Angele** mit diesem Thema nicht leicht. 

Nachgefragt

Weitere Forschung notwendig



Prof. Dr. Miriam Rassenhofer ist Leiterin der Sektion Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Verhaltensmedizin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm.

FACETTEN: Wo sehen Sie die Schwerpunkte in der Forschung zu Kindesmisshandlung?

PROF. DR. MIRIAM RASSENHOFER: Der Forschungsbereich ist ein recht weites und differenziertes Feld mit drei Schwerpunkten. Da wir es mit einem großen Dunkelfeld zu tun haben, ist Prävalenzforschung wichtig, bei der man mittels epidemiologischer Studien versucht, die Häufigkeit von Kindesmisshandlung abzuschätzen. Wichtig ist hierbei auch die Betrachtung der Entwicklung der Häufigkeiten über die Zeit. Ein weiterer Bereich sind die Folgeerscheinungen. Die bisherige Forschung zeigt hier sehr deutlich, dass das Erleben von Kindesmisshandlung Folgen auf der psychischen, aber auch der körperlichen sowie der sozialen Ebene nach sich ziehen kann. Dabei können diese Folgen teilweise sehr schwerwiegend und auch langandauernd sein. Ebenfalls wichtig ist der Bereich der Prävention und Intervention. Hierbei geht es darum, auf Basis des Wissens über die Entstehungsbedingungen beziehungsweise die Entwicklung von Folgeerscheinungen Maßnahmen und Ansätze zu entwickeln und zu evaluieren.

FACETTEN: Gibt es noch Lücken in diesem Forschungsfeld und welche sind dies?

RASSENHOFER: Die Forschung zu Kindesmisshandlung hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verstärkt und verbreitert, dennoch bestehen noch Wissens- und Verständnislücken. Was es zum Beispiel noch zu wenig gibt, sind Erhebungen mit jetzigen Kindern und Jugendlichen zum Thema Gewalterleben und Misshandlung, bei denen natürlich ethische Fragestellungen mitbedacht werden müssen. Ein anderes Beispiel sind die emotionalen Formen der Kindesmisshandlung, die psychische Misshandlung sowie die emotionale Vernachlässigung, welche lange als weniger relevant oder schwerwiegend angesehen und somit zu wenig beforscht wurden.

FACETTEN: Welche aktuellen Zahlen können Sie aus Ihrer Forschung berichten?

RASSENHOFER: Beispielhaft sei eine Studie aus unserem Haus zum Thema des über digitale Medien vermittelten sexuellen Missbrauchs genannt. Diese bevölkerungsrepräsentative Erhebung ergab, dass etwa zehn Prozent der Befragten sexuellen Kindesmissbrauch online erfahren haben. Wenn man die Ergebnisse genauer betrachtet, werden sie noch erschreckender: In der jüngsten hierbei befragten Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen lag der Anteil derer mit solchen Erfahrungen bei knapp 32 Prozent. Dies zeigt deutlich, dass wir sowohl in der Forschung als auch in der praktischen Arbeit die virtuellen Lebensräume, die inzwischen nicht mehr wegzudenken sind, auf jeden Fall mit beachten und hier noch genauer hinschauen müssen.

Aufgezeichnet von Stefan Angele

Foto: privat

EIN SICHERER ORT FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Schutzkonzepte gegen (sexualisierte) Gewalt müssen in allen medizinischen Einrichtungen umgesetzt werden. Sie geben Fachkräften Orientierung und Handlungssicherheit, stärken die Rechte der Patient:innen und wirken präventiv. Besonders wichtig ist ein Schutzkonzept in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.



Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind besonders vulnerabel und schutzbedürftig. „Im Kliniksetting sind sie daher mehr als andere gefährdet, Opfer sexueller oder körperlicher Übergriffe zu werden“, erklärt PD Dr. Ulrike Hoffmann von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Die Sozialwissenschaftlerin, die zugleich auch Mitglied der Aufarbeitungskommission des Bundes ist, forscht zur Entwicklung von Schutzkonzepten für medizinische Einrichtungen.

1. Prävention 2. Intervention 3. Aufarbeitung


Ein Schutzkonzept sieht vor, mit verschiedenen Maßnahmen Gewalt gegenüber Patient:innen und Mitarbeitenden und Übergriffe auf sie zu verhindern. „Prävention, Intervention und Aufarbeitung sind die drei Ebenen, zu denen auf Basis einer Risikoanalyse Maßnahmen entwickelt und etabliert werden müssen“, so Hoffmann. Diese umfassen Fortbildungen und eine Selbstverpflichtung für Mitarbeitende sowie altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche. Weiterhin werden Abläufe bei Verdachtsfällen definiert und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben, um Vorfälle aufzuarbeiten. „Kliniken müssen sowohl Schutz- als auch Kompetenzort sein“, stellt die Ulmer Expertin klar. Das bedeute einerseits, dass Grenzüberschreitungen erkannt, benannt und gestoppt werden müssen

(„kein Tatort werden“), andererseits, dass von Gewalt betroffene Personen in der Einrichtung kompetente Hilfe finden. „Beide Perspektiven müssen in den Konzepten berücksichtigt werden.“ Auch wenn Schutzkonzepte keine Garantie geben, dass Übergriffe vermieden werden, so bieten sie dennoch die Chance, Vorfälle zu analysieren und daraus künftige Maßnahmen abzuleiten.

Schutzkonzept muss gelebt werden

Ihre Expertise brachte Hoffmann in die Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau ein. In die Wege leitete dies Dr. Sabine Müller, Chefärztin der Weissenauer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (KJPP) und zuvor am Klinikum in Ulm als Kollegin von Hoffmann tätig. „Seit 2022 gibt es im ZfP ein sehr gut ausgearbeitetes Schutzkonzept, das allerdings noch nicht flächendeckend und tiefgreifend implementiert war“, so Müller. „Die Implementierung und Verfestigung sind die größte Herausforderung in einem solchen Prozess.“ Einiges hat sich seither getan: Inzwischen gibt es eine Lenkungsgruppe zum Thema Schutzkonzept und regelmäßig werden Inhalte daraus in dualen Leitungsrunden aufgegriffen. Künftige Mitarbeitende der KJPP werden im Einstellungsgespräch gezielt über das Schutzkonzept aufgeklärt, zu Beginn und alle fünf Jahre müssen sie außerdem ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen. Auch Patient:innen und ihre Sorgeberechtigten werden bei der Aufnahme über das Konzept informiert und in die Gefährdungsanalyse einbezogen. Zudem finden Patient:innenforen zu entspre-

chenden Themen statt. Zu den bereits vorhandenen niederschweligen Beschwerdesystemen auf den Stationen kamen ergänzend Infocards sowie ein ausgehängter Verhaltenscodex hinzu. „Unser derzeitiger Schwerpunkt liegt auf der Schulung der Mitarbeitenden“, so die Chefärztin. Wie reagiere ich adäquat auf Beschwerden von Betroffenen? Wie gehe ich vor, wenn ich grenzverletzendes Verhalten bei Kolleg:innen beobachte? Diese und mehr Fragen werden bei Teamtagen ausführlich besprochen.

„Mit einem Schutzkonzept, das im Schrank verstaubt ist keinem gedient“, verdeutlicht Hoffmann. „Es muss immer im Hinterkopf sein und von allen gelebt werden.“ Zudem müsse es laufend angepasst und weiterentwickelt werden. Wie Hoffmann sieht auch Müller den kontinuierlichen Prozess und die Rolle der Mitarbeitenden als entscheidende Faktoren. „Unsere Haltung und unsere Arbeit sollen vom Schutzgedanken getragen sein.“ Dazu müsse das Konzept nicht nur umfänglich bekannt sein, sondern auch ein steter und enger Austausch dazu stattfinden. „Nur wenn ein Schutzkonzept mit Leben gefüllt und im Tun präsent ist, können wir die Maßnahmen daraus umsetzen und den Schutzbedürftigen einen sicheren Ort bieten.“ 

Text: Nicola Netzer

✗ Seit 2020 ist es im medizinischen Bereich verbindlich vorgeschrieben, **Schutzkonzepte gegen (sexualisierte) Gewalt** zu entwickeln. Die Verpflichtung ist in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verankert.

AUF DEM WEG ZU SICH SELBST

Kinder und Jugendliche, bei denen eine Abweichung zwischen ihrem gefühlten Geschlecht und ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen besteht, berichten nicht selten über erheblichen psychischen Druck. Unterstützung erhalten betroffene junge Menschen und ihre Familien in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Standort Weissenau.

„Ich glaube, als ich elf war“, antwortet Max* auf die Frage, wann er zum ersten Mal gespürt hat, dass sein Körper nicht zu ihm passt. Damals setzte die Pubertät ein – und damit ein Gefühl, das sich nicht länger wegdrücken ließ: „Ich habe gemerkt, dass ich mich mit meiner körperlichen Entwicklung überhaupt nicht wohlfühle“, sagt er. Während sich Körper und Silhouette veränderten, wuchs in ihm die Gewissheit, dass etwas nicht stimmt. Es war kein plötzlicher Entschluss, kein einzelner Schlüsselmoment. „Dieses Gefühl des Fremdseins im eigenen Körper hat sich seither immer weiter verstärkt“, erzählt der heute 17-Jährige.

Was medizinisch als Geschlechtsinkongruenz bezeichnet wird – das Abweichen vom biologischen Geschlecht zur erlebten Geschlechtsidentität – beschreibt Max mit einfacheren Worten: „Es fühlt sich einfach falsch an.“ Aus dieser Inkongruenz kann eine sogenannte Geschlechtsdysphorie entstehen, also ein Unbehagen in Bezug auf das Geburtsgeschlecht und daraus häufig auch der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen. „Früher sprach man hier pauschalisierend von Transsexualität und klassifizierte das als psychische Störung“, erklärt der behandelnde Arzt Dr. Urban Hansen. Heute ist klar: „Eine abweichende Geschlechtsidentität per se ist keine psychische Erkrankung.“ Diagnostisch bedeutsam wird das Thema erst, wenn eine anhaltende Geschlechtsinkongruenz zu einem klinisch relevanten Leidensdruck führt.

Max' Familie reagierte auf sein Outing differenziert, aber überwiegend unterstützend. „Meine Mutter, mein Vater und mein Stiefvater akzeptieren das voll und unterstützen mich.“ Dass dem Vater der neue männliche Vorname noch nicht immer ganz leicht über die Lippen kommt, bewertet Max nicht als Widerstand, sondern als Prozess: „Das braucht manchmal einfach Zeit.“ Schwieriger ist es bei der Großeltern. Der Großvater bemühe sich, vergesse es zwischendurch aber auch oft und „für meine Oma bin ich immer noch ihr kleines Mädchen.“ Ein Satz, der aus Fürsorge geboren sein mag und doch schmerzt, weil er die gefühlte Identität in Frage stellt. Als Mädchen wahrgenommen zu werden, ist für Max nach wie vor belastend. Kommentare im Alltag, abwertende Blicke, die Einordnung durch andere – all das verstärkt die erlebte

Widersprüchlichkeit und den Leidensdruck. Geschlechtsdysphorie kann isoliert auftreten, jedoch finden sich affektive Störungen, Angsterkrankungen oder selbstverletzendes Verhalten bei betroffenen Jugendlichen überdurchschnittlich häufig. Maßgeblich dazu beitragen können Diskriminierung, Stigmatisierung, familiäre Konflikte, fehlende „Safe Spaces“, aber auch individuelle Vulnerabilitäten und unabhängige psychische Erkrankungen.

Der lange Weg zur Transition

Auch Max ist nicht wegen seiner Transidentität in der Klinik. Der Auslöser für die stationäre Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine schwere depressive Symptomatik mit ausgeprägten Angststörungen und Panikattacken. Schulvermeidung, Erschöpfung, suizidale Gedanken – der Leidensdruck war massiv. „Ich konnte nicht garantieren, dass ich noch lange lebe“, beschreibt er seinen Zustand rückblickend. Der Aufenthalt in der Klinik folgt einem Intervallmodell: vier Wochen stationär, vier Wochen zuhause, dann erneut mehrere Wochen in der Klinik. Max' erste Entlassung steht kurz bevor. „Ein bisschen Angst habe ich schon“, sagt er über die geplante Rückkehr nach Hause. Gleichzeitig freue er sich auf das eigene Zimmer, auf Vertrautes. Und seine Hoffnung ist konkret: „Dass ich wieder in die Schule gehen kann und nicht ständig Panikattacken habe.“

Parallel zur Behandlung der Depression wird auch das Thema der geschlechtlichen Identität weiter begleitet. Für den 17-Jährigen ist durch den Klinikaufenthalt eine neue Perspektive hinzugekommen: „Ich bin inzwischen relativ fein mit mir, weil ich weiß, dass ich demnächst mit einer Hormontherapie anfangen kann.“ Vor jeder weiterführenden Behandlung steht eine gründliche diagnostische Abklärung. Es gehe darum, andere Ursachen auszuschließen, klärt der Psychiater auf. „Psychische Erkrankungen, Trauma-

folgen, Identitätskrisen der Adoleszenz – gerade im Jugendalter überlagert sich vieles, was das Bild komplex machen kann. Geschlechtsdysphorie ist eine Ausschlussdiagnose und wenn Jugendliche eine medizinische Transition wünschen – hormonell oder später auch operativ –, muss sorgfältig abgewogen werden.“ Eine Hormontherapie mit Testosteron führt unter anderem zu Stimmvertiefung, Muskelzunahme, Bartwuchs und Körperbehaarung. Vieles davon ist unumkehrbar.

Medizinische Entscheidungen bewegen sich deshalb stets in einem Spannungsfeld: Zwischen dem Schutz vor vorschnellen Schritten und dem Schutz vor langfristig Leid erzeugenden körperlichen Veränderungen, wenn nicht gehandelt wird. Sogenannte Pubertätsblocker können Zeit für die Entscheidungsfindung verschaffen – eine Art medizinische Pause-Taste, um die körperliche Entwicklung zu bremsen. Doch auch sie sind kein neutraler Schritt. „Nicht zu entscheiden ist auch eine Entscheidung“, so der Mediziner. „Auch das Abwarten und Hinauszögern beeinflusst den weiteren Verlauf der psychosexuellen Entwicklung.“ Insofern müsse immer sorgfältig abgewogen und individuell entschieden werden.

Begleiten statt lenken

Im Falle der Entscheidung für eine Transition erfolgen die weiteren Schritte in enger Kooperation zwischen Psychiatrie und Endokrinologie. Es braucht eine psychiatrische Indikationsstellung und kontinuierliche Begleitung, eine somatische Mitbehandlung und auch hier regelmäßige Kontrollen sowie Anpassungen. „Eine gewisse Sorge vor möglichen Fehlentscheidungen ist natürlich präsent“, so Hansen. Er beschreibt sein Vorgehen daher als „gründlich, aber vor allem ergebnisoffen“. Er berate nicht in eine bestimmte Richtung, sondern Sorge dafür, dass mögliche Entscheidungen reflektiert getroffen werden. Ein Regret, also das Bedauern oder die Einsicht, dass eine Transition nicht die erwartete Lebensqualität gebracht hat, sei daher eher selten.

Trotz steigender Fallzahlen in entsprechenden Spezialambulanzen spräche aus klinischer Perspektive wenig für Transidentität als Modeerscheinung, ist sich Hansen sicher. Vielmehr habe die zunehmende öffentliche Sichtbarkeit dazu geführt, dass betroffene Jugendliche früher Worte für ihr Erleben finden und sich Unterstützung suchen. „Transidentität existiert historisch und kulturübergreifend, neu ist vor allem die gesellschaftliche Auseinandersetzung damit. Dabei sind öffentliche Diskussionen oftmals von emotionalen, politischen oder ideologischen Positionierungen geprägt, was eine sachliche Auseinandersetzung erschwert.“ Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt sich daraus die Aufgabe, Räume zu schaffen, in denen junge Menschen ihr Erleben wertfrei äußern können, sorgfältig zu diagnostizieren, Begleiterkrankungen zu behandeln und medizinische Entscheidungen strukturiert zu begleiten.

Der 17-Jährige Max wünscht sich von der Gesellschaft vor allem Respekt. Dabei bringt er auch Verständnis für ältere Generationen auf, „weil sie nicht damit aufgewachsen sind“. Aber Sensibilität erwarte er trotzdem. „Manche Kommentare könnte man sich einfach verdrücken.“ **f**

Text: Manja Olbrich
Foto: ICXOD via Canva

Geschlechtsidentität

Bezeichnet das innere Erleben, welchem Geschlecht sich eine Person zugehörig fühlt. Es handelt sich um ein tief verankertes Gefühl dafür, männlich, weiblich, beides, keines davon oder irgendwo entlang eines Spektrums dazwischen zu liegen.

Geschlechtsinkongruenz

Anhaltende Abweichung zwischen biologischem Geschlecht und empfundener Geschlechtsidentität. Kann Dysphorie/Unbehagen auslösen, muss aber nicht.

Geschlechtsdysphorie

Klinisch relevanter Leidensdruck aufgrund der Geschlechtsinkongruenz. Behandlungsbedürftig ist der Leidensdruck – nicht die erlebte Geschlechtsidentität an sich.

Transsexualität

Veralteter, pathologisierender Diagnosebegriff für Menschen, deren erlebte Geschlechtsidentität vom bei Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. Fokussiert auf den Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen, insbesondere hormonell-chirurgischer Behandlung. Heute werden Begriffe wie transgeschlechtlich, trans* oder Transidentität bevorzugt.

Hormontherapie

Medizinische Behandlung mit männlichen Hormonen (Testosteron) oder Hormonblockern und gegebenenfalls weiblichen Hormonen (in erster Linie Östrogen), um körperliche Merkmale der gefühlten Geschlechtsidentität anzupassen.

Endokrinologie

Spezialgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Hormonen, deren Produktion, Wirkung und Störungen beschäftigt.

Transition

Medizinischer, sozialer und/oder rechtlicher Prozess, um das äußere Erscheinungsbild, den Namen oder rechtliche Geschlechtszuordnung der gefühlten Identität anzupassen. Kann hormonell, operativ oder nur sozial erfolgen.

Regret

Bedauern über eine durchgeführte medizinische Transition. Kommt bei sorgfältiger Vorbereitung und Begleitung selten vor und kann den Wunsch nach einer Re-Transition begründen.



WEM SAG ICH'S?

Das Offenlegen einer psychischen Erkrankung will wohl überlegt sein – ganz besonders bei Jugendlichen. Welche Risiken und welche Chancen sind damit verbunden? Das Programm „In Würde zu sich stehen“ soll sie bei ihrer Entscheidung unterstützen.

Fünf Jugendliche sitzen in einem Besprechungsraum der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz am Standort Weissenau. Es ist der zweite von vier Terminen des Programms „In Würde zu sich stehen“, kurz IWS. Julia Sember erklärt den Jugendlichen gerade, wie die auf dem Tisch liegenden Kartenstapel genutzt werden: „Nehmen wir mal das Kärtchen Lehrer – wie könnte der reagieren, wenn Ihr ihm von eurer Erkrankung erzählt: eher verständnisvoll oder vielleicht ablehnend? Wie würdet Ihr euch je nach Reaktion fühlen und wie könntet Ihr gut damit umgehen?“

Wie reagiert das Gegenüber, wenn es von meiner Erkrankung erfährt? Diese Frage beschäftigt vermutlich sehr viele Menschen, die psychisch erkrankt sind. Das IWS-Programm unterstützt die Jugendlichen in einem geschützten Rahmen dabei, individuell abzuwägen, ob, wem, wann und wie viel sie von ihrer Geschichte erzählen wollen. Entwickelt wurde das Programm in den USA, Dr. Nicolas Rüschi von der Universität Ulm hat es adaptiert und erforscht nun gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des ZFP Südwürttemberg dessen Wirksamkeit.

Reflexion ganz ohne Druck

Sember ist als sogenannte Peer dabei, als Teenager war sie selbst in psychiatrischer Behandlung, inzwischen studiert sie Angewandte Psychologie und steht mitten im Leben. Gemeinsam mit einer Fachperson leitet die heute 29-Jährige die Gruppe und bringt ihre persönlichen Erfahrungen ein: „Die Offenlegung einer psychischen Erkrankung ist mit vielen Unsicherheiten verbunden, man macht sich angreifbar, neue Verletzungen und Stigmatisierungen sind möglich.“ Deshalb gehe es auch explizit nicht darum, für eine Offenlegung zu werben: „Die Jugendlichen sollen sich völlig frei entscheiden können, ganz ohne Druck. Wichtig ist, dass sie sich damit auseinandersetzen.“

Sie selbst habe sich seinerzeit nicht wirklich bewusst mit diesem Thema beschäftigt. Heute würde sie eher zur kontrollierten Offenlegung tendieren, jedoch immer unter Berücksichtigung von Selbstschutz und möglicher Reaktionen. Dies jedem pauschal zu empfehlen, hält sie nicht für ratsam. Es komme immer auf die individuelle Situation an. Aus ihrer Erfahrung heraus sagt sie: „Man kann Menschen nicht grundsätzlich ändern; bei manchen muss man einfach akzeptieren, dass sie kein Verständnis dafür aufbringen können.“ Dies fällt mitunter allerdings sehr schwer – je nachdem, in welchem Verhältnis man zu diesem Menschen steht und wie eng man sich ihm verbunden fühlt. Weil sie damals in der gleichen Situation war wie diese Jugendlichen heute, sei ihr ein anderer Zugang zu ihnen möglich: „Ich kann authentisch von meinen eigenen Erfahrungen berichten und wir können gemeinsam die Handlungsoptionen abwägen.“ Dieser Austausch sei auch für sie selbst sehr wertvoll und bereichernd.

Es geht um Empowerment

Verena Gindele koordiniert das IWS-Programm innerhalb des Forschungsbereichs der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (KJPP) gemeinsam mit Chefärztin Dr. Sabine Müller. Sie ergänzt: „Das IWS-Programm kommt aus dem Themenbereich Stigma-Bewältigung und bezieht sich sowohl auf öffentliches Stigma als auch auf Selbststigma. Ziel ist, dass Betroffene ‚empowered‘ werden, also selbstbewusster und selbstbestimmter mit ihrer Erkrankung umgehen lernen.“ Dass die Gruppe nicht nur durch eine Fachkraft, sondern gemeinsam mit der Peer als einer psychiatrienerfah-



renen Person geleitet wird, sieht Gindele als großes Plus: „Bei den Jugendlichen kommt das gut an, weil sie sehen, dass man trotz einer psychiatrischen Diagnose sein Leben im Griff haben kann.“

Gerade Jugendliche hätten oft starke Vorurteile und viele Betroffene fürchten, sie würden für immer und ewig „der Verrückte auf dem Schulhof“ bleiben. Oftmals gingen damit Selbstscham und Hoffnungslosigkeit einher. Gindele: „Die Peer kann ihnen, als realer Gegenentwurf, kompetent und glaubwürdig eine andere, positivere Perspektive vermitteln.“ Ein wichtiges Thema bei Jugendlichen sei oft auch die Angst, dass über sie geredet wird, etwa in WhatsApp-Gruppen oder auf Social Media. „Deshalb wird ebenfalls diskutiert, dass kontrollierte Offenlegung auch bedeuten kann, Gerüchten zuvorzukommen, weil man dann selbst bestimmt, was erzählt wird.“

Sowohl Peer als auch Fachkraft erhalten für das IWS-Programm die gleichen Schulungen und sind in der Gruppe hierarchisch gleichgestellt. Das Programm umfasst insgesamt vier Sitzungen, wobei die vierte nach etwa drei Wochen Pause als Auffrischung angelegt ist. Zu Beginn geht es um Selbstbewertungen: hilfreiche und wenig hilfreiche Gedanken werden hinterfragt und in realistischere Formulierungen umgebaut. Außerdem werden kurz- und langfristige Vor- und Nachteile besprochen, kontextbezogen und abgestuft.

Sichere und unsichere Kontexte werden zum Beispiel mittels Rollenspielen durchgespielt, inklusive möglicher negativer Reaktionen und selbstbewusster Antworten. In einer weiteren Sitzung entwickeln die Jugendlichen mittels Leitfaden ihre eigene Geschichte. Gindele betont: „Grundsätzlich kann man das Programm durchlaufen, ohne viel Persönliches preiszugeben, es ist keine Therapiegruppe, kann aber den selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Erkrankung unterstützen.“

Text und Foto: Stefan Angele

Suizid-Prävention via Smartphone-App

EMIRA ist ein weiteres Forschungsprojekt, an dem die Klinik für KJPP in Weissenau beteiligt ist. Es beschäftigt sich mit der Entwicklung und Erprobung einer Smartphone-App zur Suizid-Prävention. Suizid gehört zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen. Etwa ein Drittel der jungen Menschen in Deutschland berichtet von suizidalen Gedanken, sechs bis neun Prozent unternehmen einen Versuch. Dabei kann Suizidalität stark und kurzfristig schwanken. Als ein zentrales Präventionsinstrument gilt das sogenannte **Safety Planning** – ein individueller Notfallplan mit Warnzeichen und konkreten Bewältigungsstrategien. Da papierbasierte Pläne im Notfall oft nicht bei der Hand sind, wurde im EMIRA-Projekt eine Smartphone-App für 14- bis 17-Jährige entwickelt, die einen digitalen Notfallplan jederzeit zugänglich macht.



EMIRA ist ein weiteres Forschungsprojekt, an dem die Klinik für KJPP in Weissenau beteiligt ist. Es beschäftigt sich mit der Entwicklung und Erprobung einer Smartphone-App zur Suizid-Prävention. Suizid gehört zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen. Etwa ein Drittel der jungen Menschen in Deutschland berichtet von suizidalen Gedanken, sechs bis neun Prozent unternehmen einen Versuch. Dabei kann Suizidalität stark und kurzfristig schwanken. Als ein zentrales Präventionsinstrument gilt das sogenannte **Safety Planning** – ein individueller Notfallplan mit Warnzeichen und konkreten Bewältigungsstrategien. Da papierbasierte Pläne im Notfall oft nicht bei der Hand sind, wurde im EMIRA-Projekt eine Smartphone-App für 14- bis 17-Jährige entwickelt, die einen digitalen Notfallplan jederzeit zugänglich macht.



Teilnehmende gesucht

Jugendliche, die Interesse an einer Teilnahme haben, können sich gerne bei Verena Gindele via verena.gindele@zfp-zentrum.de melden. Die Erprobung der EMIRA-App läuft noch bis Frühjahr 2027 und ist für 14- bis unter 18-Jährige, die im ZFP Südwürttemberg in Behandlung sind. Bei „In Würde zu sich stehen“, das noch bis Herbst 2026 weiterläuft, können 14- bis 21-Jährige aus ganz Baden-Württemberg teilnehmen, die sich in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befinden.

ZUGANG DURCH BEWEGUNG

Wenn Kinder und Jugendliche seelisch erkranken, gerät oft auch ihr Körper aus dem Gleichgewicht. Andererseits hilft körperliche Bewegung dabei, Stress und Anspannung zu reduzieren. Die Sport- und Bewegungstherapie sowie Mototherapie nutzt gezielte, dosierte Aktivität als therapeutisches Mittel, um physische, psychische und soziale Funktionen zu stärken. Es geht dabei um Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation und Verbesserung der Lebensqualität. Im Spiel, beim Kraft- oder Ausdauertraining, auf der Slackline oder durch Entspannungsübungen lernen die jungen Patientinnen und Patienten, Spannung abzubauen, Angst zu regulieren und Freude an Bewegung und körperlichen Fähigkeiten zu entwickeln. Konzentration und Merkfähigkeit können sich verbessern, ebenso Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen. Jede Therapieeinheit folgt einer klaren Struktur – vom Ankommen über das Warm-up bis zur Reflexion. Individuelle Interessen, körperliche Verfassung und therapeutische Ziele bestimmen Inhalt und Intensität. So wird Bewegung zu einer positiven Erfahrung im geschützten Rahmen, die zur Genesung beitragen kann und häufig nach der Behandlung beibehalten wird.

Text und Foto: Stefan Angele

CHANCE ZUR VERÄNDERUNG

Auf der Station clean.kick des ZfP Südwürttemberg in Weissenau-Mariatal lernen drogenabhängige Jugendliche, ihre Sucht hinter sich zu lassen. Neben medizinischer Hilfe stehen Beziehungsaufbau und Motivation im Mittelpunkt der vielschichtigen Therapie.



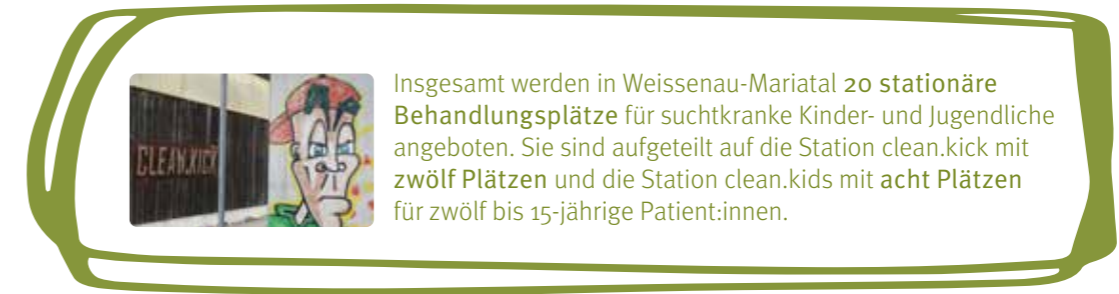
Zwölf Plätze zur Entzugs- und Motivationsbehandlung bietet die Station clean.kick Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren. Die jungen Männer und Frauen konsumieren beispielsweise Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain oder synthetische Opiode wie das Schmerzmittel Tilidin. Sie alle bringen ganz unterschiedliche Erfahrungen mit und teilen doch das gleiche Vorhaben: sich mit ihrer Abhängigkeit auseinanderzusetzen und clean zu werden. Rund neun Wochen dauert der Aufenthalt. Über Suchtberatungen, die Hausarztpraxis oder andere Stellen erfahren sie von clean.kick. „Unser Angebot ist bewusst niederschwellig. Wichtig ist die Bereitschaft jedes Einzelnen, sich auf die Behandlung einzulassen“, erklärt Robert Benz, Therapeutischer Leiter der Station.

Während manche der Jugendlichen schon mit zwölf zu Zigaretten, Alkohol und schließlich illegalen Suchtmitteln greifen, rutschen andere durch psychische Vorbelastungen in die Abhängigkeit. „Die

häufigste Einstiegsdroge ist nach wie vor Cannabis“, berichtet Benz. Bei vielen komme Alkoholkonsum verstärkend hinzu. Da Jugendliche oft noch Substanzen mischen, unterscheidet clean.kick – anders als der Erwachsenenbereich – nicht zwischen legalen und illegalen Drogen. „Sie unterschätzen oft die Menge und körperlichen Folgen des Konsums, bei vielen kommt es letztlich zu gefährlichen Mischintoxikationen und zum Zusammenbruch.“

Drogen geben Halt

Die Gründe für den frühen Suchtmittelkonsum sind vielfältig: Manche möchten sich hochpushen, andere runterkommen oder einfach der Realität entfliehen. Häufig stehen Erfahrungen wie Mobbing, Gewalt, fehlende Bindung oder schwierige familiäre Konstellationen im Hintergrund. Besonders die Einnahme von Opiaten und Benzodiazepinen



Insgesamt werden in Weissenau-Mariatal 20 stationäre Behandlungsplätze für suchtkranke Kinder- und Jugendliche angeboten. Sie sind aufgeteilt auf die Station clean.kick mit zwölf Plätzen und die Station clean.kids mit acht Plätzen für zwölf bis 15-jährige Patient:innen.

haben zugenommen, beobachtet Benz. Zunehmend werden Mädchen davon abhängig. Sie stehen eher unter Leistungsdruck, fühlen sich überfordert, leiden unter Selbstzweifeln oder sind durch Traumata und depressive Symptome vorbelastet. „Mit einem Schmerzmittel wie Tilidin in sehr hohen Mengen, das Gefühle unterdrückt, versuchen sie, diesen Belastungen zu entgehen.“ Jungen hingegen finden im Konsum oft Bestätigung, sie möchten dazugehören oder einfach einen weiteren, neuen Kick erleben. „Drogen sind oft auch ein Ersatz für Beziehungen und geben den Heranwachsenden vermeintlich Halt und Zuwendung“, erklärt Benz.

Umso wichtiger sei es, die individuellen Gründe für die Abhängigkeit herauszufinden. „Es gilt, das Grundproblem besser zu verstehen: Welche Funktion erfüllt das Suchtmittel für mich?“ Dabei setzt clean.kick auf eine vielschichtige Behandlung, die medizinische Hilfe und teilweise unterstützende Medikation mit verschiedenen Therapien und dem Aufbau einer Alltagsstruktur kombiniert. Nach dem fachlich unterstützten Entzug zu Beginn, der sich je nach Substanz unterscheidet, folgen Angebote wie Sport- und Bewegungstherapie, Erlebnispädagogik, Ergotherapie und Gruppengespräche. Ein multiprofessionelles Team begleitet die Jugendlichen dabei. Zusätzlich lernen sie, ihre Sucht zu verstehen und nachzuvollziehen, wie sich diese entwickelt hat. „Bezugsgespräche, eine enge Alltagsbegleitung und Feedback-Kultur, auch unter den Jugendlichen selbst, sind ebenso Teil der Therapie“, führt der Leiter aus. Das Behandlungsprogramm biete eine breite Palette für neue Erfahrungen und Erfolgserlebnisse. „Zu merken, ich schaffe etwas und ich bin gut darin, stärkt das Vertrauen in sich selbst und fördert Selbstwirksamkeit.“

Wo möchte ich hin?

An frühere Ressourcen und Fähigkeiten anzuknüpfen steht außerdem im Fokus der Therapieplanung. „Das wichtigste therapeutische Ziel ist, eine Alternative zum Konsum zu finden“, betont Benz. Die Motivation, etwas wirklich verändern zu wollen, sei dafür unerlässlich. „Ich muss ein Bild entwickeln, wo ich hinmöchte.“ Teilziele werden gemeinsam mit den jungen Patient:innen festgelegt. „Auch wenn der Wille da ist, nichts mehr zu konsumieren, ist das eine wahnsinnig große Herausforderung“, weiß der Experte. Die Sehnsucht nach dem Konsumerlebnis sei immer präsent, kaum etwas könne mit dieser Erfahrung mithalten. Verständnis und Geduld zeigen, Hoffnung und Zuversicht vermitteln und motivieren, all das, so der Leiter, unterstütze die Jugendlichen auf dem Weg zur Abstinenz. Doch nicht nur sie selbst müssen an sich arbeiten und Alternativen zum Konsum finden, auch

das Umfeld müsse sich verändern. Daher leitet clean.kick entsprechende Maßnahmen ein und vermittelt die jungen Erwachsenen in Wohngruppen oder ambulante Therapien und unterstützt sie beim Neustart in der Schule. „Nach der Entlassung weiterhin feste Strukturen, verfügbare Bezugspersonen oder neue Ansprechpersonen zu haben, stabilisiert zusätzlich und gibt wichtigen Halt“, erklärt Benz.

Rückschläge gehören dazu

Auch wenn sehr viele die Station mit der festen Absicht verlassen, abstinenter zu bleiben, sind Rückfälle recht häufig. Andere brechen den Aufenthalt gar vorzeitig ab. Benz bewertet das nicht als Scheitern. „Jeder nimmt aus der Therapie etwas an Wissen und Werkzeugen mit und entwickelt sich weiter. Das Erlernte bleibt bei vielen präsent.“ Trotz erneuten Konsums sei die Chance zur Veränderung immer gegeben.

Dass positive Entwicklungen möglich sind, belegen schriftliche Rückmeldungen ehemaliger Patient:innen, die den Therapeutischen Leiter auch Jahre später erreichen – etwa von Jan*, der clean.kick vor ein paar Jahren verließ, kurz danach Kokain konsumierte und zeitweise sogar auf der Straße lebte. Nach einer erneuten Entzugstherapie in einer anderen Einrichtung gelang es ihm schließlich, abstinenter zu leben. Ohne seine Vorerfahrungen aus clean.kick, reflektiert der junge Mann, hätte er diesen Schritt nicht geschafft. „Ich wäre nicht da, wo ich jetzt stehe.“ Seit über einem Jahr lebt Jan drogenfrei und beginnt demnächst eine Ausbildung. „Vor allem der Aufenthalt im ZfP gab mir das Vertrauen, dass ich in der Lage bin, ein anderes Leben beginnen zu können.“

Briefe wie diese bestärken Benz und das multiprofessionelle Team in ihrer Arbeit. „Es motiviert uns und zeigt, dass wir etwas in den Jugendlichen gesät haben, auf das sie auf ihrem weiteren Weg in ein drogenfreies Leben zurückgreifen können.“

Text: Nicola Netzer
Foto: Ernst Fessler

Nicola Netzer war beeindruckt, wie reflektiert und wertschätzend ehemalige Patient:innen auf ihre Zeit in clean.kick zurückblicken. ✍️



DAS GESAMTE UMFELD IST ENTSCHEIDEND



Eine stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die jungen Patient:innen oft eine Ausnahmesituation. Damit sich Kinder und Jugendliche auf den Stationen wohlfühlen können, arbeiten die Teams milieuthérapeutisch. Dabei spielen auch Sexualpädagogik und Medienkompetenz eine Rolle.

Sie spenden Trost, hören zu, beraten ihre jungen Patient:innen und unterstützen in Krisen: Die Mitarbeitenden der psychiatrischen Stationen für Kinder und Jugendliche sind eine große Stütze für die Behandelten. Das soziale Umfeld auf den Stationen spielt eine große Rolle und wirkt in den therapeutischen Prozess mit ein. „Bei uns ist es anders als im Erwachsenenbereich. Wir wollen auf der Station schon ein heimeliges Gefühl schaffen“, sagt Anna Bozek-Magin. Sie arbeitet als Jugend- und Heimerzieherin auf der jugendpsychiatrischen Station am ZfP-Standort Weissenau. Mitarbeitende aus dem Pflege- und Erziehungsdienst (kurz PED) wie Jugend- und Heimerzieher:innen stellen die größte Berufsgruppe in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik des ZfP dar. Sie und die anderen Berufsgruppen arbeiten multiprofessionell daran, den Kindern und Jugendlichen – individuell angepasst an deren Bedürfnisse – ein sicheres Umfeld zu bieten, das zur Verbesserung ihrer Symptome beitragen soll. Dazu zählt unter anderem die Begegnung auf Augenhöhe, dass die Kinder und ihre Familien ein Mitspracherecht haben sowie dass sie sich ernst genommen und gesehen fühlen. „Die Jugendlichen sollen bei uns erst einmal ankommen, um dann in Ruhe und mit Unterstützung an ihren Problemen zu arbeiten – egal, was davor passiert ist“, sagt Laura Schlodder, die ebenfalls als Jugend- und Heimerzieherin auf einer Suchtstation für

Jugendliche in Weissenau tätig ist. Ohne Vorurteile zur Vorgeschichte, die die Kinder und Jugendlichen von zu Hause aus mitbringen, hören die Stationsmitarbeitenden erst einmal zu. Dann wird gemeinsam über das weitere Vorgehen der Behandlung gesprochen. Dabei versuchen die PED-Mitarbeitenden, den Patient:innen gegenüber Ruhe auszustrahlen. Das helfe oft auch in schwierigen Situationen, denn nicht alle Kinder und Jugendlichen kommen freiwillig zur Behandlung auf eine Station.

Gemeinschaft und Struktur

Ein klarer, strukturierter Tagesablauf und ein geschützter Rahmen schaffen Sicherheit bei den behandelten Kindern und Jugendlichen. „Bei uns gibt es zum Beispiel feste Essenszeiten, die auch als Therapiezeit gesehen werden. Denn die Gemeinschaft auf der Station ist sehr wichtig“, erklärt Bozek-Magin. Unterstützung im Alltag gehört ebenfalls zu den Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes. „Wir bieten so viel Anleitung und Begleitung, wie es je nach Bedarf nötig ist“, sagt Schlodder. Das könne bei den jüngeren Kindern auch Anleitung bei der Körperhygiene sein. Die Stationsmitarbeitenden begleiten außerdem zu den Spezialtherapien wie Erlebnispädagogik, zum Sport und

auch zu Ausflügen. „Wir begleiten und unterstützen viel in der Alltags- und Freizeitgestaltung. Sei es beim gemeinsamen Therapiekochen, beim Spazierengehen, bei erlebnistherapeutischen Angeboten im Hochseilgarten oder auch bei der Begleitung in die Heimatschule“, berichtet Bozek-Magin.

„Wir begleiten und unterstützen viel in der Alltags- und Freizeitgestaltung.“

Anna Bozek-Magin

Passend zur Jahreszeit dekorieren die Mitarbeitenden zusammen mit den Kindern die Station, so hängen an den Fenstern beispielsweise Frühlingsblumen oder Osterhasen. „Wir machen uns die Station schön“, sei das Motto. Die Behandlungsumgebung solle dabei jedoch nicht das Zuhause nachahmen, stellen die Jugend- und Heimerzieherinnen klar. „Wir sind für die Kinder und Jugendlichen während der Behandlung eine wichtige Stütze und arbeiten gemeinsam darauf hin, dass es zu Hause wieder funktionieren kann“, so Bozek-Magin.

Hoher Bedarf an Aufklärung und Informationen

Die beiden Mitarbeiterinnen absolvieren derzeit eine sexualpädagogische Weiterbildung. Sexualpädagogische Themen wie etwa das Wissen über biologische Prozesse (Zyklen), sexuell übertragbare Infektionen (STI), aber auch Körperwahrnehmung und Identitätsentwicklung sind zentrale, psychosexuelle Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter. „Sexualpädagog:innen schaffen einen geschützten Raum für Aufklärung, Enttabuisierung und die Stärkung von Selbstbestimmung und Grenzachtung“, erläutern sie. Es solle keine Scham und keine Tabus geben. Den Aufklärungs- und Bildungsaspekt nehmen die Mitarbeiterinnen ernst, da sich die Kinder und Jugendlichen mit der Pubertät sowieso schon in einer vulnerablen Lebensphase befinden. Manche Eltern finden es erst einmal befremdlich, dass auf den Stationen über Themen wie Verhütung gesprochen werde. „Vielen Eltern ist

aber nicht klar, dass Kinder von einer guten Aufklärung profitieren können. Dabei ist es besser, in einem geschützten Rahmen vorher zu informieren, bevor Grenzen überschritten werden“, findet Bozek-Magin. Es gehöre zur Behandlung mit dazu, die Jugendlichen zu informieren und zu stärken.

Viele der Kinder und Jugendlichen auf den Stationen seien beispielsweise oft schlecht informiert oder hätten ein verzogenes Bild, was sexualpädagogische Themen betrifft. Bei spezifischem Wissen sei der Informationsbedarf definitiv da. „Durch unsere sexualpädagogischen Angebote sollen die Kinder und Jugendlichen ihre Erfahrungen reflektieren, ihr Wissen erweitern, sich selbstwirksam erleben und eine eigene gesunde, selbstbestimmte Haltung zur Sexualität entwickeln“, berichtet Schlodder. Sie und ihre Kollegin Bozek-Magin möchten die Kinder und Jugendlichen ermutigen, über ihre Erfahrungen und ihre Gedanken sprechen zu können – zumal manche von ihnen schon Missbrauch erlebt haben. „Die Betroffenen sollen das nicht totschweigen müssen, nur weil sie Negatives erlebt haben. Denn die Sexualität geht ja danach auch weiter“, sagt die geschulte Fachkraft. Geplant ist, auf den Stationen freiwillige Gesprächsgruppen mit den Sexualpädagoginnen anzubieten, damit die Kinder und Jugendlichen untereinander ins Gespräch kommen über Themen, die keine Tabus darstellen sollten. Bozek-Magin und Schlodder möchten künftig in internen Schulungen ihre Kompetenzen an die anderen Teams weitergeben, damit alle Mitarbeitenden die jungen Patient:innen weiterhin gut beraten und unterstützen können.

Die Gefahren der heutigen Medien

Informieren und aufklären möchte auch ZfP-Mitarbeiter Mark Hills. Er ist als Jugend- und Heimerzieher auf der jugendpsychiatrischen Station am Standort Weissenau tätig. Zusätzlich hat er eine Weiterbildung zum Medienpädagogen absolviert. Als geschulte Fachkraft hat er ein umfassendes Wissen zu Mediennutzung und medienrechtlichen Grundlagen und kann so gezielt die jungen Menschen informieren –



Was bedeutet eigentlich ...

Cybermobbing

Der aus dem englischen stammende Begriff, auch Cyberbullying genannt, beschreibt das Mobbing im Netz. Darunter versteht man die Beleidigung, Bedrohung, Belästigung, Bloßstellung oder auch Verleumdung von anderen Personen in den sozialen Netzwerken, auf Webseiten, in Foren, Chats oder auch mithilfe von Smartphones, beispielsweise in Messengerdiensten.

Cybergrooming

Cybergrooming beschreibt die gezielte Manipulation von Kindern und Jugendlichen in sozialen Medien. Täter:innen bahnen sich im Internet gezielt an Kinder und Jugendliche an, um sie in sexualisierte Gespräche zu verwickeln oder sie für entsprechende Handlungen zu missbrauchen. Es handelt sich um einen Straftatbestand, der mit Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren geahndet wird.



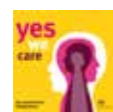
und auch warnen. Denn Probleme wie Cybermobbing und Cybergrooming betreffen immer mehr Jugendliche. Auf der Jugendstation, auf der er arbeitet, hat Hills eine regelmäßige Mediengruppe installiert. In dieser werden Fragen besprochen wie beispielsweise „Wo liegen die Gefahren einer TikTok-Challenge?“ oder „Was haltet ihr von einer Altersgrenze für Social-Media?“ Die jungen Patient:innen können in der Gruppe ihr Verhalten reflektieren und beispielsweise beginnen, ein Medientagebuch zu führen. Der Medienpädagoge legt aber nicht nur Wert auf die Kompetenzvermittlung. „Medien dürfen auch Spaß machen und können sinnvoll genutzt werden.“ So dürfen die Kinder und Jugendlichen auch eine VR-Brille nutzen und in einer Art eigenem Podcast können sie über ihre Therapie berichten. „Wir haben mehr Möglichkeiten als in der Schule“, findet Hills. Denn auf der Station könne man Themen therapeutisch nachbereiten.

Hills hat außerdem ein Konzept für die Handy-Nutzung auf der Station entwickelt – denn hierfür braucht es klare Regeln. Fotos und Videos von Mitarbeitenden oder Mitpatient:innen zu veröffentlichen, ist Tabu. Auf allen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Weissenau werden mittlerweile – unter bestimmten Voraussetzungen und teilweise nur zu bestimmten Zeiten – Handys erlaubt. Die Patient:innen wurden bei den Regelungen miteinbezogen und durften mitentscheiden, was für die jeweilige Station Sinn ergibt. Für die anderen Mitarbeitenden bietet Hills Schulungen an und stellt seine Materialien auf den gemeinsamen Laufwerken bereit. Und künftig sollen auch weitere Mediengruppen in der Klinik aufgebaut werden – damit noch mehr Kinder und Jugendliche gestärkt werden können im Umgang mit modernen Medien. **I**

Text: Elke Cambré

Fotos: Ernst Fesseler

Elke Cambré ist froh, dass es in ihrer Kindheit noch keine Sozialen Medien und die Probleme damit gab. **I**



Podcast-Folge 24
„Team des Monats
– clean.kick 2084“



Nachgefragt

Therapeutische Umgebung



Frank Happich ist pädagogisch-pflegerischer Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg.

FACETTEN: Was beschreibt den Begriff „Milieuthérapie“?

FRANK HAPPICH: Alles, was die Patient:innen während des Aufenthaltes erleben, hat einen Einfluss auf die Behandlung. Dazu zählen unter anderem der Lebensraum und dessen Gestaltung, die Beziehungsgestaltung und die Art der Kommunikation. Wie wirkt eine wohnliche Atmosphäre im Gegensatz zu einer kargen, auf Hygiene und Sicherheit ausgerichteten sterilen Umgebung mit Videoüberwachung auf den Gängen? Gibt es die Möglichkeit, sich zu entspannen, etwas zu gestalten, für Spiele, Sport oder Musik? Ein wesentlicher Aspekt ist die Form der Beziehung. Die Balance zwischen Kontrolle und Vertrauen ist eine Herausforderung. Die Station sollte ein sicheres Umfeld sein, in dem man sich etwas trauen kann und darf. Hier spielt vor allem die therapeutische Gemeinschaft eine Rolle.

FACETTEN: Welche Rolle nimmt das Personal für eine familiäre Umgebung ein?

HAPPICH: Eine, wenn nicht die wesentliche Rolle. Dies betrifft nicht nur den Pflege- und Erziehungsdienst, sondern alle Beteiligten: inklusive aller Therapeut:innen, Lehrer:innen der Klinikschule, aber oft vergessen auch den Reinigungsdienst oder andere Bereiche wie Fahrdienst und Handwerker:innen. Um diese Tätigkeit ausfüllen zu können, benötigt es einen gewissen Idealismus mit Fokus auf das eigene Verhalten und Selbstreflexion. Wir sind Vorbilder für unsere Kinder und Jugendlichen, an denen sie sich orientieren. Daher spielt eine offene Kommunikation eine wesentliche Rolle. Meist erkennen die Kinder und Jugendlichen, wenn man ihnen etwas vorspielt oder nicht authentisch ist. Ein wertschätzender Umgang, ein ressourcenorientierter Ansatz und der Blick auf den Einzelnen als Individuum sind entscheidend für eine vertrauensvolle Beziehung. Wichtig ist auch, dass die Mitarbeitenden an einem Strang ziehen und eine gemeinsame Haltung haben.

FACETTEN: Welche Gruppen- und Freizeitangebote gibt es in und außerhalb der Klinik für die Kinder und Jugendlichen?

HAPPICH: Dieser Bereich hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Wir bieten unter anderem Klettern, Bogenschießen, Fahrradtouren, Hüttenfreizeiten, Kochen und Backen, Boxen, offenes Atelier, Traumreise, Aromapflege oder Akupunktur an. Dazu kommen viele Freizeitaktivitäten wie Ausflüge, Aktionen in der Natur oder Sinneswanderungen. Außerdem gibt es spezielle Gruppen, unter anderem zu den Themen Achtsamkeit, Depression, Medien, Soziales Kompetenztraining, Anti-Aggressions-Training, Sucht oder eine Skillsgruppe sowie eine für Angehörige. Das gesamte Angebot zeigt die hohe Motivation der Mitarbeitenden.

Aufgezeichnet von Elke Cambré

Foto: Stefan Angele

IRGENDWO DAZWISCHEN



Der Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter ist eine Zeit des Umbruchs und der Unsicherheit – für einige Adoleszente wird dieser Prozess von Krisen begleitet, die sie allein nicht bewältigen können. Das Team der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) für Adoleszente unterstützt diese jungen Erwachsenen auf ihrem Weg.

„Die Zeit des Erwachsenwerdens ist eine ganz entscheidende Lebensphase“, erklärt Tilmann Gaber, Psychologe und Therapeutischer Leiter des StäB-Teams Adoleszenz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. „Viele Veränderungsprozesse gehen gleichzeitig vonstatten, spannende und schmerzliche Erfahrungen liegen nah beieinander - da steckt eine unglaubliche Dynamik drin.“ Es ist eine Phase intensiver persönlicher und sozialer Herausforderungen. Schulabschluss, Ausbildung, Selbstorganisation, Ablösung vom Elternhaus – für manche werden diese Übergänge zu Bruchstellen. Sie ziehen sich zurück, entwickeln Ängste, Zwänge, depressive Symptome oder verlieren den Anschluss an Gleichaltrige. „Die meisten jungen Menschen, die von uns begleitet werden, leiden

einer Traumafolgestörung in stationäre Behandlung. „Die Zeit dort hat mir zwar gutgetan und mich stabilisiert, aber auch isoliert und aus meinem sozialen Umfeld gerissen.“ Im Gymnasium, das sie damals besucht, verliert sie den Anschluss und muss aufgrund der langen Fehlzeiten das Schuljahr wiederholen. Ein Rückschlag für die zielstrebige junge Frau. „Danach war ich in ambulanter Behandlung, habe aber irgendwann gemerkt, dass das nicht ausreicht“, erzählt Mara. „Nochmal in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wollte ich aber eigentlich nicht. Das war schon ein sehr geschützter Rahmen und ich fühlte mich dem etwas entwachsen mit meinen damals 18 Jahren.“



unter solchen internalisierenden, also nach innen gerichteten Störungen“, ergänzt Sandra Blab, die Pflegerische Leiterin des Teams. Viele von ihnen waren zuvor psychiatrisch unauffällig. Andere wiederum kommen aus längeren stationären Aufenthalten und stehen vor einer neuen Herausforderung: Wie lässt sich das, was in der geschützten Struktur einer Station erarbeitet wurde, in den Alltag übertragen?

„Das war für mich auch nicht ganz einfach“, erinnert sich die mittlerweile 20-jährige Mara* an ihren Klinikaufenthalt. Nach außen hin unauffällig und ruhig, eine leistungsstarke Schülerin, begibt sie sich mit 16 Jahren wegen einer Depression und

Therapie im Alltag verankern

In der psychiatrischen Versorgung fallen Adoleszente oft zwischen die Stühle. „In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird noch viel aufgefangen“, weiß der Therapeutische Leiter. „Entscheidungen werden gemeinsam mit den Eltern getroffen, die Verantwortung ist geteilt. Mit dem Wechsel in die Erwachsenenpsychiatrie ändern sich die Spielregeln abrupt.“ Mit der stationsäquivalenten Behandlung wird jungen Menschen zwischen 17 und 21 Jahren ein individuell zugeschnittenes Angebot gemacht, das über die herkömmliche Therapie hinausgeht. StäB bedeutet: eine Krankenhausbehandlung –

aber nicht auf Station, sondern im häuslichen Umfeld. „Wir holen die Klinik ein Stück weit ins Leben der Jugendlichen“, fasst Gaber zusammen. „Und genau dort kann Veränderung am nachhaltigsten stattfinden.“

Der Alltag in der StäB-Behandlung ist intensiv – für die jungen Menschen ebenso wie für das Team. Tägliche Kontakte, Umgang mit Krisen, therapeutische Gespräche, Gruppensitzungen, Begleitung im Alltag. Das bedeutet Nähe, Auseinandersetzung und Konfrontation mit Themen, die lange vermieden wurden. „Das kann auch mal überfordernd sein“, berichtet Gaber. „Gerade bei traumatischen Erfahrungen oder ausgeprägten Ängsten.“ Deshalb ist die Therapie mit dem StäB-Team individuell und flexibel gestaltet, sodass sie den Bedürfnissen des Einzelnen gerecht wird. Je nach Belastbarkeit, Ressourcen und aktueller Lebenssituation wird der Behandlungsplan angepasst. Als Maras damaliger Therapeut der jungen Frau zu einer stationsäquivalenten Behandlung rät, hatte sie zunächst Bedenken. „Anfangs war ich nicht sicher, wie stark ich hier eingebunden werde“, erinnert sie sich. „Die zeitlichen Anforderungen sind ja nicht ohne.“ Sie merkt jedoch schnell, wie gut ihr die Behandlung tut. „Besonders die Erlebnistherapie war eine echte Hilfe und hat mir gezeigt, dass ich mit meinen Themen nicht allein bin.“

Flexibilität als Schlüssel

Stationsäquivalente Behandlung ist noch immer ein vergleichsweise junges Versorgungsangebot. Doch die Nachfrage wächst – ebenso wie die Erkenntnis, dass flexible, lebensnahe Behandlungsformen an Bedeutung gewinnen. Viele Jugendliche profitieren davon, sich im vertrauten Umfeld stabilisieren zu können. Rückfälle lassen sich oft früher erkennen, Fortschritte nachhaltiger sichern. „Wir sehen die Jugendlichen nicht nur im Gespräch, sondern erleben sie in ihrem tatsächlichen Lebenskontext“, erklärt Blab. „Viele Probleme zeigen sich genau dort. Wie geht jemand mit Leistungsdruck um? Wie laufen Konflikte mit den Eltern, mit Lehrkräften oder Arbeitgebern ab?“ Manchmal gehe es auch darum, Missverständnisse aufzulösen: „Wenn ein junger Mensch nicht mehr zur Schule geht, heißt es schnell: Der will nicht“, so die Pflegerische Leiterin. „Ganz oft steckt aber ein Nicht-Können dahinter. Und das sichtbar zu machen, entlastet alle.“

Was die Arbeit mit Adoleszenten besonders macht, ist weniger ein bestimmtes Verfahren als die Art der

Beziehung und die Vielfalt der Zugänge. Das Team arbeitet multiprofessionell: Ärzt:innen, Psycholog:innen, Kunst- und Bewegungstherapeut:innen, Pflegekräfte, Sozialpädagog:innen sowie Jugend- und Heimerzieher:innen bringen ihre jeweilige Expertise ein. Je nach Bedarf werden weitere Fachkräfte hinzugezogen. „Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter übernimmt therapeutische Verantwortung“, weist Blab auf eine Besonderheit des Teams hin. „Unabhängig vom jeweiligen Grundberuf.“ So entsteht ein enges, individuelles Betreuungsnetz, das die jungen Menschen in ihrem Alltag unterstützt und Veränderungen direkt im Lebensumfeld ermöglicht.

Gemeinsam wachsen

Ein weiteres zentrales Element der Therapie sind die Gruppensitzungen. Gerade für junge Menschen mit sozialen Ängsten oder schlechten Beziehungserfahrungen sind sie herausfordernd – und gleichzeitig ein Lernfeld, das durch nichts zu ersetzen ist. Auch für Mara lange Zeit eine große Hürde. „Am schlimmsten“, sagt sie später – und zugleich am Wirksamsten. „Am Anfang war es schwierig für mich, mich vor den anderen zu öffnen. Aber mit der Zeit wurde ich auch mutiger mich einzubringen und meine Erfahrungen zu teilen. Das hat mir wirklich geholfen“, erzählt sie. Die Gruppentherapie basiert auf der psychodynamisch-interaktionellen Methode – die Teilnehmenden übernehmen dabei selbst die inhaltliche Verantwortung für die Sitzungen. Besonders für Adoleszente, die oft Schwierigkeiten haben, stabile soziale Beziehungen aufzubauen, bietet die Gruppe ein wertvolles Übungsfeld. Hier erleben sie nicht nur, dass sie nicht allein sind, sondern auch, dass sie aus den Erfahrungen der anderen lernen können. „Ich habe mich da wirklich verstanden gefühlt.“ berichtet Mara. „Es war eine unglaubliche Erleichterung, zu sehen, dass andere Leute ähnliches durchmachen. Wir haben uns gegenseitig unterstützt.“

Die Arbeit des StäB-Teams ist auf langfristige Entwicklung ausgerichtet. Es geht nicht nur um die Behandlung akuter Symptome, sondern um nachhaltige Veränderungen im Leben der jungen Menschen. „Wir wissen, dass die Entwicklung in dieser Lebensphase noch nicht abgeschlossen ist“, sagt Gaber. „Unsere Aufgabe ist es, Jugendliche dabei zu unterstützen, sich Schritt für Schritt in der Welt der Erwachsenen zu orientieren.“ Dazu gehört die enge Einbindung des sozialen Umfelds ebenso wie die Zusammenarbeit mit Eltern, Schule, Ausbildungsstellen und weiterführenden Angeboten.

Blick nach vorn

Bei Mara zeigt sich, was diese Kontinuität bedeuten kann. Mit 18 Jahren begann ihre erste stationsäquivalente Behandlung. Nach der Stabilisierung wurde sie über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) nahtlos vom gleichen Behandlungsteam weiter betreut. Hier wurde die Therapiedichte auf zwei bis drei Termine pro Woche reduziert. Zwei Jahre später, mit 20, entschied sie sich erneut für eine Phase der StäB-Behandlung – nicht als Neuanfang, sondern als Fortsetzung eines bereits begonnenen Weges. „Es war beruhigend zu wissen, dass ich weiter begleitet werde“, sagt sie. „Dass ich nicht auf einmal allein klarkommen muss.“ Im vergangenen Jahr hat Mara ihr Abitur gemacht und bereitet sich derzeit auf ein Medizinstudium vor. Sie nimmt weiterhin Termine in der PIA wahr, das Leben geht weiter – nicht problemlos, aber mit einer guten Perspektive. Die Diagnose ist geblieben, der Umgang damit hat sich verändert. „Ich bin selbstbewusster geworden und weiß, dass ich mein Leben gestalten kann“, sagt sie. „Und ich habe gelernt, meine Bedürfnisse ernst zu nehmen und Hilfe anzunehmen.“

Adoleszenz braucht Räume, die weder überbehütend noch überfordernd sind. Die StäB-Behandlung für Adoleszente schafft einen solchen Zwischenraum: nah am Leben, flexibel, beziehungsorientiert. Gesellschaftlich ist das mehr als ein Versorgungsangebot. Es ist die Anerkennung, dass Erwachsenwerden Zeit braucht. Und dass junge Menschen in psychischen Krisen nicht allein gelassen werden sollten – nur, weil sie formal schon erwachsen sind. Manchmal beginnt dieser Weg mit einem Klingeln an der Wohnungstür. Und mit jemandem, der sagt: Wir gehen ein Stück gemeinsam.

Text: Manja Olbrich
Foto: Lightfield Studios via Adobe Stock

*Name von der Redaktion geändert

Nachgefragt

Tiergestützte Therapie



Kerstin Bernhard ist ausgebildete Jugend- und Heimerzieherin und seit 15 Jahren im ZfP Südwürttemberg tätig. Seit sechs Jahren ist sie mit ihrem Begleithund Elvis Teil des StäB-Teams Adoleszenz.

FACETTEN: Welche Rolle nehmen Sie im StäB-Team ein?

KERSTIN BERNHARD: Ich bringe langjährige Erfahrung aus der Jugendhilfe und der Jugendsuchtrehabilitation mit in das Team. Daneben habe ich Weiterbildungen zur systemischen Einzel-, Paar- und Familientherapeutin sowie zur Traumaberaterin absolviert. Wie alle Kolleg:innen im Team übernehme ich Fallführungen und betreue zusätzlich auch ambulante Patient:innen sowie Nachsorgefälle. Die Fallverteilung erfolgt kapazitätsorientiert – wer freie Ressourcen hat, übernimmt. Gleichzeitig arbeiten wir multiprofessionell: In wöchentlichen Teamsitzungen, Interventionen und Fallbesprechungen reflektieren wir gemeinsam die Behandlungsverläufe.

FACETTEN: Was ermöglicht die tiergestützte Therapie?

BERNHARD: Die tiergestützte Arbeit ist klar strukturiert und professionell eingebunden. Ich habe Elvis selbst zum Begleithund ausgebildet und bin über einen Verein zertifiziert. Alle zwei Jahre legen wir einen Wesenstest ab, der Hund muss sich zuverlässig und klar führen lassen – das erfordert kontinuierliches Training und viel Disziplin auch im privaten Alltag. In der Therapie wirkt Elvis vor allem als Türöffner. Der Hund schafft einen niedrigschwelligen, sicheren Beziehungsraum. Insbesondere Jugendliche mit sozialen Ängsten, Depressionen oder auch im Autismus-Spektrum reagieren positiv auf seine Anwesenheit, die von vielen als beruhigend und entlastend beschrieben wird. Ganz zentral ist die Nicht-Bewertung: Der Hund reagiert nicht auf Aussehen, Leistung oder soziale Unsicherheiten. Dadurch entsteht ein Gefühl von Angenommen-sein, das häufig lange gefehlt hat.

FACETTEN: Was ist aus Ihrer Sicht der wichtigste Wirkfaktor in der StäB-Behandlung?

BERNHARD: Wir wirken dort, wo Symptome entstehen – im realen Lebensumfeld der Patient:innen, nah an ihren tatsächlichen Belastungen, Ressourcen und Beziehungssystemen. In der Behandlung entsteht durch die intensive, aufsuchende Begleitung ein sehr enger und tragfähiger Kontakt. Veränderung geschieht nicht primär durch reine Gesprächsinhalte, sondern durch Bewältigung, durch kleine erreichte Ziele, durch korrigierende Beziehungserfahrungen. Junge Menschen müssen erleben, dass sie wirksam sind – im Kontakt, in ihrer Haltung, in ihrem Handeln. Die Arbeit mit Elvis ermöglicht ein stark erfahrungsorientiertes Lernen. Der Hund reagiert unmittelbar auf Körpersprache, innere Haltung, Klarheit und Zielgerichtetheit. Unklare Signale führen nicht zum gewünschten Verhalten – klare, stimmige Kommunikation hingegen schon. Diese direkte Rückmeldung macht innere Prozesse sichtbar und spürbar.

Aufgezeichnet von Manja Olbrich
Foto: Manja Olbrich

Die **Stationsäquivalente Behandlung** für Adoleszente ist ein Spezialangebot für **junge Erwachsene zwischen 17 und 21 Jahren**.

Während einer **Intensivphase von circa sechs Wochen** finden tägliche therapeutische Kontakte im häuslichen Umfeld statt.

Im Anschluss an die **StäB-Behandlung** wird eine Nachsorgephase mit regelmäßigen Kontakten über die **Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)** angeboten.

LERNEN OHNE DRUCK

In der Klinikschule am Torbogen begegnen Kinder und Jugendliche Schule auf eine andere Art: langsamer, persönlicher – und oft zum ersten Mal wieder ohne Angst.

Wer die Treppe im alten Forsthaus am ZFP-Standort Weissenau in den ersten Stock nach oben steigt, wird von einer bunten Wimpelkette begrüßt: Willkommen in der Klinikschule am Torbogen. Der Gang ist hell und freundlich, mit großen Topfpflanzen und gemütlichen Sofas. In Vitrinen sind kleine Kunstwerke ausgestellt, bemalte Steine und Karten, auf denen die Schülerinnen und Schüler notiert haben, was sie glücklich macht. Kein Pausenhoflärm, kein Frontalunterricht, keine Schulglocke. Hier werden die Patient:innen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterrichtet. Viele von ihnen haben monatelang, manche sogar jahrelang keine Schule besucht, beispielsweise vor dem Hintergrund von Ängsten, depressiven Störungen oder psychosomatischen Beschwerden. Für einige war der Schulbesuch schlicht nicht möglich.

„Unser Hauptanliegen ist die schulische Anschlussfähigkeit in den Kernfächern – Mathe, Deutsch, Fremdsprachen“, erklärt Schulleiter Johannes Beck. Mindestens genauso wichtig sei aber etwas anderes: „ein gutes Ankommen“. Die Klinikschule soll ein Ort sein, an dem Lernen wieder möglich wird. „Wir möchten neue Perspektiven bieten – gerade für Kinder und Jugendliche, die über lange Zeit gar nicht mehr unterrichtet wurden.“ Und manchmal beginnt das damit, überhaupt wieder eine Schule zu betreten.

Beziehungsarbeit im Klassenzimmer

Bevor der Unterricht beginnt, gibt es jeden Morgen einen kurzen telefonischen Abgleich mit den Stationen. Gab es seit dem letzten Schulbesuch Vorkommnisse, auf die im Unterricht Rücksicht genommen werden sollte – eine besonders unruhige Nacht, ein Streit, ein emotionaler Einbruch? Diese Informationen fließen direkt in die Tagesplanung ein. Schule und Therapie greifen hier eng ineinander. Dafür nehmen die Lehrkräfte regelmäßig an den Visiten auf Station teil, behalten den Therapieverlauf im Blick und passen den schulischen Rahmen entsprechend an. „Unsere Kompetenz ist nicht nur Wissensvermittlung, sondern vor allem Beziehungsarbeit“, betont Beck.



Schulleiter Johannes Beck und das Team der Klinikschule am Torbogen schaffen einen geschützten Raum, in dem Kinder und Jugendliche Lernen wieder neu entdecken – in ihrem eigenen Tempo und mit persönlicher Begleitung.



Wie diese Beziehungsarbeit aussehen kann, zeigt sich im Klassenzimmer der stellvertretenden Schulleiterin Dorothea Jung. Hier sitzt an diesem Vormittag ein siebenjähriger Junge. Die ersten zehn Minuten einer jeden Stunde gehören dem Spiel, ein Timer tickt gut hörbar mit. Der Junge holt sich Knete aus dem Regal und beginnt Figuren zu formen. Sonderpädagogin Jung setzt sich neben ihn und greift das Spiel auf. „Möchtest du eine Zahl kneten?“, fragt sie. Er entscheidet sich für die Sieben – sein Alter. Jung knetet eine Drei dazu. „Weißt du, was die verliebte Zahl zur Sieben ist?“ Er nickt. Spiel und Lernimpuls fließen ineinander. Als der Timer klingelt, packt der Schüler die Knete selbstständig weg. Jetzt ist Mathezeit. Jung dreht eine lila Sanduhr um: 15 Minuten konzentriertes Arbeiten. Das Thema heute ist Rechnen mit Geld. Ausgestanzte Euro-Münzen und -Scheine liegen auf dem Tisch. „Was kostet das zusammen?“, fragt sie und schiebt ihm zwei Beträge hin. Der Zweitklässler verrechnet sich, schweift ab, beginnt zu erzählen. Die Sonderpädagogin greift seine Einwürfe auf, lenkt ihn aber immer wieder zum Thema zurück und gibt kleine Hilfen, bis er selbst zur Lösung findet.

Individuelle Wege ebnen

In der Klinikschule ist Unterricht mehr als reine Wissensvermittlung – er ist ein Teil des therapeutischen Prozesses. „Es geht hier nicht darum, möglichst viele Stunden durchzudrücken“, sagt Jung später. „Manchmal ist auch Nicht-Unterrichten die pädagogisch richtige Entscheidung. Wir schauen sehr individuell, wann wir Druck rausnehmen müssen.“ Denn obwohl die Schulstunden Struktur, Routine und Lernerfolg


bieten, können sie an manchen Tagen auch überfordern. Die Kunst besteht darin, genau abzuwägen: Wann stärkt der Unterricht die Kinder und Jugendlichen, wann belastet er sie zusätzlich?

Der Unterricht findet fast immer in sehr kleinen Gruppen oder im Einzelsetting statt. Fixe Lehrer-Teams begleiten jeweils eine überschaubare Zahl an Kindern. „Da Lernvoraussetzungen, Lerntempo und Unterstützungsbedarf stark variieren, wird für jedes Kind ein eigenes Förderkonzept entwickelt“, erzählt Schulleiter Beck. Diese individuelle Lern- und Entwicklungsbegleitung (ILEB) verbindet Unterricht, sonderpädagogische Förderung und gegebenenfalls therapeutische Maßnahmen miteinander. Deshalb werden die individuellen Lernziele nicht isoliert festgelegt, sondern gemeinsam mit den Therapeut:innen entwickelt und regelmäßig überprüft: Wo steht das Kind aktuell, welche nächsten Schritte sind realistisch, und welche Unterstützung braucht es dafür? Aus dieser gemeinsamen Standortbestimmung ergeben sich nicht nur konkrete Unterrichtsentscheidungen, sondern auch mögliche Perspektiven. „Das Ziel ist immer die Rückführung an die Stammschule“, so Beck, „aber wenn das nicht möglich ist, klären wir die Alternativen. Das ist quasi unser zweiter Kernauftrag.“


Arbeit endet nicht an der Klassenzimmertür

Dazu gehört viel Koordination: Die Schule nimmt früh Kontakt zu den Stammschulen auf, organisiert Lernmittel, schreibt Schulberichte, moderiert runde Tische mit Eltern, Jugendamt und Klinik. Das 19-köpfige Team besteht nicht nur aus Sonderpädagog:innen, sondern auch aus Grund-, Real- oder Werkrealschul- und Gymnasiallehrkräften. Diese vielfältige Zusammensetzung wird benötigt, um die Bedarfe der unterschiedlichen Schüler:innen an den drei Schulstandorten zu bedienen. Einige Lehrkräfte haben Zusatzqualifikationen als Beratungslehrer, arbeiten im Sonderpädagogischen Dienst oder bieten Beratung und Begleitung bei Autismus-Spektrum-Störungen. „Man muss

sich auf diesen besonderen Rahmen einlassen“, bekräftigt der Schulleiter. „Das erfordert auch eine fundierte fachliche Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Störungsbildern.“ Dafür erhalten neue Kolleg:innen ein Handbuch, das zentrale Abläufe und pädagogische Leitlinien bündelt. Schulleiter Beck plant für die Zukunft strukturierte Einführungstage und ein Patensystem, in dem erfahrene Lehrkräfte neue Mitarbeitende in der Einarbeitungsphase eng begleiten und als feste Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. So soll fachliches Wissen ebenso weitergegeben werden wie die besondere Haltung, die die Arbeit an dieser Schule erfordert.

Am Ende des Vormittags gehen die Kinder zurück auf Station. Manche mit Hausaufgaben im Rucksack, andere nur mit dem Gefühl, es heute geschafft zu haben, da zu sein. „Ein großer Teil unserer Arbeit ist nicht das eigentliche Unterrichten, sondern Aktivierung und Therapiebegleitung“, so Beck abschließend. „Aber vor allem geht es darum, dass die Kinder hier wieder Vertrauen in sich selbst entwickeln. Wenn ein Kind merkt: Ich kann lernen, ich kann mich konzentrieren, ich komme einen Schritt weiter, dann sind das auch für uns Lehrkräfte Erfolgserlebnisse.“ 

Tex und Fotos: Manja Olbrich

Manja Olbrich findet, dass es mehr solcher Lernorte braucht, an denen die Leistung nicht im Mittelpunkt steht. 

✕ Die Klinikschule arbeitet an drei Standorten: im Forsthaus in Weissenau, in Mariatal für Jugendliche mit Suchthematik sowie in der Tagesklinik Aulendorf.

✕ Unterrichtet werden hier Kinder und Jugendliche von sechs bis 21 Jahren, sowohl die in stationärer Behandlung wie auch diejenigen, die ambulant oder von den StäB-Teams zu Hause behandelt werden.

✕ In der Regel bleiben die Kinder und Jugendlichen rund sechs Wochen in der Klinik. In dieser Zeit besuchen sie durchschnittlich acht bis zwölf Schulstunden pro Woche.



GEMEINSAM STARK

Wenn Kinder oder Jugendliche psychisch erkranken, betrifft das nie nur sie allein. In der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Aulendorf ist die Familie fester Bestandteil der Behandlung. Denn nachhaltige Veränderung gelingt nur, wenn alle gemeinsam an einem Ziel arbeiten.

„Paul, bitte ... steh auf. Ich muss zur Arbeit.“ Viola lehnt am Türrahmen. Den gepackten Schulranzen hält sie in der Hand, als wäre es selbstverständlich, dass ihr Sohn aufsteht und sich anzieht. „Ich gehe da nicht hin“, murmelt Paul in sein Kissen. Seit fünf Monaten war der 13-Jährige nicht mehr im Unterricht. Das Haus zu verlassen ist für ihn zu einer unüberwindbaren Hürde geworden. Viola unterdrückt ihre Tränen. Ihre Hilflosigkeit schlägt in Wut um: „Ich drehe durch mit dir!“ Als sie die Tür zuschlägt, greift Paul zu seinem Handy – und verliert sich wie so oft in einem endlosen Strom aus flackernden Videos.

Die Kombination aus einer Sozialphobie und Depression ist ein typisches Krankheitsbild von Jugendlichen, die in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Aulendorf des ZFP Südwürttemberg behandelt werden. Seit 2009 gibt es die Tagesklinik mit zugehöriger Ambulanz. Zehn Plätze stehen für Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren zur Verfügung. Grundsätzlich können alle Störungsbilder behandelt werden. „Vorausgesetzt, eine gewisse Alltagsfähigkeit ist vorhanden und die Familie ist noch einigermaßen funktionsfähig“, erklärt Ines Paschotta, die Therapeutische Leiterin. Denn nach dem Kliniktag geht es zurück in den Alltag. Die Kinder und Jugendlichen sind montags bis freitags von 8 bis 15.45 Uhr in der Tagesklinik.

Zwischen Alltag und intensiver Therapie

Der Tag in der Tagesklinik ist klar strukturiert. Vormittags werden in der hauseigenen Klinikschule zwei bis drei Schulstunden in den Hauptfächern unterrichtet. Es folgen psychotherapeutische Angebote, Ergotherapie oder Heilpädagogik sowie erlebnispädagogische Angebote wie Bogenschießen. Ein wichtiger Teil ist die Milieutherapie, die zwischen den

offiziellen Terminen erfolgt. Beim gemeinsamen Essen, in Spiel- oder Gruppensituationen werden sogenannte Lernziele pädagogisch-therapeutisch bearbeitet, die eng mit der Therapie verknüpft sind, etwa Konfrontationsübungen wie Einkaufen oder längere Projekte wie eine künstlerische Selbstdarstellung.

So essenziell die Arbeit mit den Jugendlichen selbst ist, die Tagesklinik betrachtet sie nie isoliert. „Elternarbeit ist superwichtig bei uns und macht 50 Prozent der Behandlung aus“, betont Paschotta. Aus systemtherapeutischer Sicht sei klar: „Die Eltern haben immer einen Beitrag zur Lage ihrer Kinder geleistet, oft unbewusst oder unwillentlich“, sagt Paschotta. Das sei keine Schuldfrage, sondern ein Blick auf gewachsene Muster. Viele Verhaltensweisen entstehen aus Überforderung oder Sorge, können aber langfristig ungünstig sein.

Beziehung gestalten

Die Eltern werden von Anfang an einbezogen. „Abgeben und austherapiert wieder abholen funktioniert nicht“, unterstreicht Paschotta. Es gibt regelmäßige Elterngespräche, mindestens alle zwei Wochen. Darüber hinaus bietet die Tagesklinik Elterntrainings an, durchgeführt vom Pflege- und Erziehungsdienst. Daran nehmen je nach Situation ein Elternteil oder beide, manchmal auch Geschwister oder neue Partner aus Patchwork-Familien teil. Ziel ist, konkrete Alltagssituationen zu bearbeiten, wie konflikthafte Hausaufgabenmomente oder die Mithilfe im Haushalt. Meist geht es um Interaktionsprobleme, kommunikative Schwierigkeiten oder Regeln und Grenzen. Die Szenen werden nachgestellt, die Eltern angeleitet. „Wenn die Eltern nichts verändern, wird das Kind auch nichts verändern können“, ist Paschotta überzeugt. Ein besonderes Angebot ist das

video-gestützte Interaktionstraining: Eltern und Kind werden in einer kurzen Sequenz gefilmt, anschließend wird analysiert, welche Signale, Reaktionen oder Beziehungsmuster sichtbar werden. Dabei gehe es eher darum, zwischen den Zeilen zu lesen und auf bindungsorientierte Anzeichen zu achten, weiß die Therapeutin: „Wie verhalten sich die Eltern? Wie oft nehmen sie Blickkontakt auf? Reagieren sie auf das, was ihr Kind braucht? Wie präsent ist ihre Körperhaltung?“

Manche Eltern sind selbst psychisch belastet oder erkrankt. Wichtig ist: Eltern müssen greifbar sein. Befindet sich ein Elternteil zum Beispiel selbst in stationärer Behandlung, kann eine tagesklinische Therapie meist nicht parallel stattfinden. Im Vorgespräch vor der Aufnahme wird geprüft, ob die Familie die nötige Verbindlichkeit und Stabilität mitbringt. Bei dem Gespräch werden auch klare Ziele und Rahmenbedingungen definiert. Paschotta erklärt: „Es geht erst mal darum, dass die Mitarbeitenden der Tagesklinik eine Beziehung zu den Eltern aufbauen und Vertrauen schaffen. Das ist grundlegend für alle weiteren gemeinsamen Schritte.“

Auf dem Weg zu neuen Routinen

„Ich gehe da nicht hin!“, schmettert Paul seiner Mutter entgegen. Viola merkt, wie die Hilflosigkeit in ihr aufsteigt. Sie wählt die Nummer der Tagesklinik und schildert die Situation. Bereits im Vorfeld hat sie mit Paschotta besprochen, wie sie vorgehen kann. Die Therapeutin ist sich sicher, dass neben Pauls Angst auch grundsätzliche Opposition aufgrund seiner Pubertät eine Rolle spielt. Sie leitet Viola an: „Nennen Sie ihm wie besprochen klar seine Möglichkeiten. Paul versteht das.“ Viola richtet sich auf, schiebt ihre Schultern nach hinten. Mit fester Stimme wendet sie sich ihrem Sohn zu: „Paul, es gibt folgende Alternativen: Entweder wir schaffen

es jetzt in die Tagesklinik oder wir melden dich morgen für die stationäre Behandlung an. Zu Hause bleiben gibt es nicht im Angebot.“

Für den 13-jährigen Paul ist es ein großer Schritt, nun jeden Morgen in die Tagesklinik zu gehen. Am Anfang gehe es deshalb nicht um große Erwartungen, sondern um das Ankommen: „Wir vermitteln: Es ist gut, dass du hier bist“, beschreibt Paschotta. Vertrauen und Stabilität müssen wachsen, bevor nächste Schritte folgen. Parallel werden familiäre Themen bearbeitet: Anforderungen im Alltag, Struktur, Grenzen und Konflikte. Denn oft fällt es Eltern schwer, in belastenden Phasen noch etwas einzufordern. Doch besonders psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche brauchen wieder Alltag, Aufgaben und Halt. Der Weg zu neuen Routinen ist mühsam, aber möglich. Schritt für Schritt geht es zurück ins Leben. Der Wendepunkt zeigt sich häufig leise: mehr Blickkontakt, mehr Präsenz, Teilnahme an Gesprächen. „Und irgendwann ist auch das morgendliche Herkommen kein Kampf mehr“, so Paschotta.

Behandlung endet, Netzwerk bleibt

Die Behandlung in der Tagesklinik ist begrenzt. Im Durchschnitt dauert sie zehn bis zwölf Wochen. Nach Unterstützung für den Alltag wird schon während der Behandlung gesucht: ambulante Psychotherapie, Jugendhilfeangebote wie Familienhilfe oder Erziehungsbeistand oder Schulbegleitung. Auch vermeintlich triviale Dinge wie die Freizeitgestaltung werden frühzeitig gemeinsam angegangen. „Viele Kinder und Jugendliche haben keine strukturierte Freizeit“, berichtet Paschotta. In den meisten Fällen ist auch der Kontakt zur Schule eng. Gemeinsame „Roundtables“ mit der Heimatschule, Jugendamt und weiteren Beteiligten sind möglich. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen könne nicht isoliert gelingen, ist Paschotta überzeugt: „Es geht nur gemeinsam. Mit dem ganzen Netzwerk. Und die Familie ist ein wichtiger Teil davon.“ **I**

Text: Rieke Mitrenga
Foto: Stefan Angele





ACHTSAMKEIT, KONZENTRATION, SELBSTWAHRNEHMUNG

Beim therapeutischen Bogenschießen geht es nicht nur darum, möglichst gut zu treffen, sondern darum, das eigene Handeln als wirksam wahrzunehmen. Die Kinder und Jugendlichen lernen dabei, die innere Anspannung kontrolliert loszulassen – eine gute Übung im Umgang mit Unruhe und Stress. Das ZfP Südwürttemberg setzt diese Therapieform seit den 1990er-Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein, um Selbstwirksamkeit und Frustrationstoleranz zu fördern. Gezielte Aufgaben, klare Regeln und eine positive Ansprache ermöglichen den Teilnehmenden Erfolgserlebnisse – und sie lernen, Verantwortung zu übernehmen. Das Erleben und Überwinden von Herausforderungen kann ihr Selbstvertrauen und das Sozialverhalten fördern. Ziel ist es, junge Menschen mit unterschiedlichen psychischen Belastungen zu aktivieren, aus ihrer Komfortzone zu holen und ihnen Wege zu zeigen, mit Emotionen und Rückschlägen konstruktiv umzugehen. Besonders intensive Momente können in der Elternarbeit entstehen – wenn das Kind gemeinsam mit einem Elternteil oder die ganze Familie gemeinsam Erfahrungen mit dieser Therapieform macht und die Eltern beispielsweise angeleitet werden, ihr Kind zu strukturieren, zu ermuntern und Bemühungen adäquat anzuerkennen.

Text und Foto: Stefan Angele

Für eine sichere Station



Damit Krisen und Konflikte auf psychiatrischen Stationen gar nicht erst entstehen, gibt es das Konzept Safewards. Dieses soll durch verschiedene Maßnahmen mögliche entstehende Krisensituationen präventiv verhindern. In Weissenau soll das Konzept immer mehr angewandt werden.

Mitgestaltung und die Verringerung von Zwang und Gewalt – darauf zielt das Konzept Safewards ab. „Safewards bedeutet ‘Sichere Station‘“, erklärt Susanne Reinstein, Mitarbeiterin einer jugendpsychiatrischen Suchtstation des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Das Konzept zielt darauf ab, Konflikte im Stationsalltag vonseiten der Mitarbeitenden frühzeitig vorzubeugen oder deren Folgen einzudämmen. Unter Konflikten werden dabei etwa Gewalt, Suizid, selbstverletzendes Verhalten, Entweichungen und weitere Ereignisse verstanden, die die eigene oder die Sicherheit der Beschäftigten und der Mitpatient:innen gefährden. Die Grundhaltung sei: „Die Patienten wollen sich auf der Station sicher fühlen.“ Dies erreiche man dadurch, dass alle Mitarbeitenden auf dem gleichen Stand seien und die gleiche Haltung hätten, ergänzt Mark Hills.

Susanne Reinstein und Mark Hills, beide im Pflege- und Erziehungsdienst auf jugendpsychiatrischen Stationen des ZfP in Weissenau tätig, sind die Safewards-Projektverantwortlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort. Sie sind dafür verantwortlich, dass das Safewards-Konzept nach und nach auf allen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Weissenau angewandt wird. Sie beraten und schulen die anderen Teams, sodass alle die gleiche Haltung erlangen. „Wir wenden schon vieles an, können es aber noch verfeinern“, sagt Reinstein. „Es geht ganz viel um Beziehungsarbeit, um ein gewaltfreies Miteinander und um Mitspracherecht. Der Patient ist im Idealfall miteinbezogen in die Erarbeitung der Maßnahmen, sodass er Einfluss nehmen kann auf seine Behandlung“, erläutert Hills.

Anwendung kann herausfordern

Dazu gehört laut den Projektverantwortlichen auch, dass die Teammitglieder bewusster arbeiten und Regeln auch erklären können. „Wenn ich etwas nicht erklären kann, kann das zu Unverständnis und Frust führen. Daraus kann sich dann eine Krise weiterentwickeln“, sagt Reinstein. Die gelernte Heilerziehungs-

pflegerin mit Weiterbildung zur Fachpflegerin für Kinder- und Jugendpsychiatrie brennt persönlich für das Thema Safewards. „Die eigene Haltung ist so entscheidend“, betont sie. Damit Safewards gelingt, bedarf es einer hohen Professionalität. Reinstein erzählt ein Beispiel: „Ein Jugendlicher war mit einer Ansprache auf der Station nicht einverstanden und wurde wütend. Er ging in sein Zimmer, schlug die Tür zu. Im Raum schlug er auf die Möbel ein und zertrümmerte Sachen.“ Der erste Impuls, der in einem wahrscheinlich aufkomme, sei: „Ich muss da rein und das unterbinden. Er darf die Sachen nicht kaputt machen.“ Erst einmal abwarten sei hier jedoch zuerst wichtig. „Es bringt in der Situation nichts, dagegen anzusprechen. Er wird in dem Zustand nicht zuhören“, meint Reinstein. Stattdessen wartet sie ab, bis er sich etwas beruhigt. Dann klopft sie an, spricht in ruhiger Tonlage und fragt, ob sie reinkommen dürfe. Sie sucht den Kontakt und bietet an, die Sache in Ruhe zu besprechen. „Wichtig ist die gemeinsame Nachbesprechung einzeln oder mit der Gruppe“, so Reinstein. Aber nicht nur gewaltfreie und deeskalierende Kommunikation und verständnisvolles Verhalten sind Maßnahmen aus dem Safewards-Konzept. Auch Bedarfsmedikation oder spezielle Überwachung kann Krisen präventiv verhindern. Wichtig sei eben immer die Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen, sie ernst zu nehmen und eine positive Sprache zu nutzen.

Das sei bei schwierigen Patient:innen oftmals herausfordernd. „Das dann nicht persönlich zu nehmen und trotzdem eine positive, wertschätzende Kommunikation anzuwenden, ist eine große Herausforderung“, gibt Hills zu. Er berichtet von einer jungen Patientin, die in der Schwere ihrer Erkrankung zu respektlosem Verhalten gegenüber den Mitarbeitenden neigt. „Sie spuckt uns öfters provokativ an.“ Seine eigene Haltung: „Sie ist schwer krank. Sie wird einen guten Grund dafür haben.“ Es handle sich bei der Jugendlichen um eine sogenannte Drehtürpatientin, die aus anderen Stationen und Einrichtungen wegen ihres herausfordernden Verhaltens bereits oft „weggeschoben“ wurde. „Wir wollen aber in der Beziehung bleiben, Vertrauen schaffen und ihr

Laut dem **Safewards-Konzept** soll eine wertschätzende und gewaltfreie Kommunikation erfolgen sowie Krisenherde frühzeitig erkannt und Eskalationen durch verschiedene Maßnahmen entgegengewirkt werden. Dies erfordert bei den Mitarbeitenden eine **gemeinsame Haltung**.



zeigen: Bei uns ist sie sicher. Es ist eben ihre Art von Beziehungsaufbau – eine schräge Art der Beziehungsgestaltung“, verdeutlicht Hills. Die Patientin fühlt sich dadurch gesehen und lernt, wie eine richtige Beziehung funktioniert. Eine gute Beziehung gelinge, indem die Mitarbeitenden die Patient:innen gut kennen. „Gegenseitiges Kennenlernen“ gehört ebenso zu den Interventionen von Safewards. Auf den Stationen gibt es Steckbriefe von allen Mitarbeitenden, die sie selbst gestalten können. Hills erklärt: „Denn wir wissen durch die Akten ja alles über die Patient:innen. Da dürfen sie schon auch etwas über uns erfahren.“ Nichtsdestotrotz gibt es Gründe oder Verhalten, die zur Entlassung führen können. Bei Gewalt gegen andere gebe es beispielsweise keine Toleranz. Ziel ist es aber, das präventiv zu verhindern. Kommt es doch zu einer Krise, sind die Mitarbeitenden auch in Deeskalationsmanagement geschult. Selbstreflexion bei den Mitarbeitenden sei wichtig, ebenso auf die eigenen Grenzen und die eigenen Bedürfnisse zu hören.

Konzept soll ausgeweitet werden

In der gesamten Klinik soll das Konzept Safewards etabliert werden, ab Mitte März startet die erste Station. Die Projektverantwortlichen begleiten den laufenden Prozess, der etwa ein Jahr benötigen wird. „Das braucht einfach etwas Zeit, bis es in den Köpfen der Mitarbeitenden ist“, berichtet Reinstein. Safewards ist in der Praxis bereits ausgiebig getestet, die Wirksamkeit ist in vielen Studien wissenschaftlich bestätigt. Die Initiative und das Engagement vonseiten der Mitarbeitenden sei sehr groß, „das Interesse ist auf jeden Fall da“, weiß die Fachpflegerin. **I**

Text: Elke Cambré
Foto: Ernst Fessler

Die 10 Interventionen

- ✓ Gegenseitige Erwartungen klären
- ✓ Verständnisvolle Kommunikation
- ✓ Deeskalierende Gesprächsführung
- ✓ Positive Kommunikation
- ✓ Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten
- ✓ Gegenseitiges Kennenlernen
- ✓ Gemeinsame Unterstützungskonferenz
- ✓ Methoden zur Beruhigung
- ✓ Sicherheit geben
- ✓ Entlassnachricht

Das Konzept Safewards enthält zehn Interventionen. Erst, wenn diese im Stationsalltag implementiert sind, ist Safewards erfolgreich angewandt. Stationen können in der Umsetzung selbst kreativ werden und die Interventionen anwenden, wie es für ihre Stationsumgebung passt.

Hilfe für die Seele

Leiden Kinder oder Jugendliche an Symptomen, für die es keine körperliche Ursache gibt, finden sie therapeutische Unterstützung in der „Pustebume“. Die psychosomatische Station bildet eine wichtige Schnittstelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Seit inzwischen 15 Jahren besteht die Kooperation zwischen der Kinderklinik der Oberschwabenklinik Ravensburg und dem ZFP Südwürttemberg. Frühere Erfahrungen hatten gezeigt, dass junge Patient:innen mit psychosomatischen Beschwerden weder in der allgemeinen Kinderklinik noch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie adäquat behandelt werden konnten. Sie leiden an den psychischen Folgen einer somatischen Erkrankung oder ihre körperlichen Beschwerden sind auf seelische Belastungen zurückzuführen. „Mit einem medizinischen und psychiatrischen Behandlungsangebot schloss unsere Station diese Versorgungslücke“, erklärt Ute Benz, Ärztlich-Therapeutische Leiterin der Pustebume. Das Besondere daran: Das multiprofessionelle Team mit Pflegefachkräften, spezialisierten Therapeut:innen und Sozialpädagog:innen und weiteren Berufsgruppen setzt sich aus Mitarbeitenden der Oberschwabenklinik und des ZFP Südwürttemberg zusammen.

Zehn stationäre Plätze für Patient:innen im Alter zwischen zehn und 18 Jahren bietet die Station, die sich im Erdgeschoss der Oberschwabenklinik befindet. Vier der zehn Plätze sind der Behandlung von Essstörungen vorbehalten. „Für Familien ist die Pustebume eine niederschwellige Anlaufstelle. Oftmals ist das ihr erster Kontakt zur Psychiatrie“, so Benz weiter. Der leichte Zugang, aber auch die räumliche Angliederung an die Kinderklinik erleichtern es den jungen Betroffenen, sich auf die Therapie einzulassen. „Für das Empfinden von vielen ist dieses vernetzte Setting wichtig: Ich werde in der Kinderklinik und nicht in der Psychiatrie behandelt“, erklärt Meike Wildenhayn, Pädagogisch-Pflegerische Leiterin der Station.

Je nach Bedarf bleiben die jungen Patient:innen sechs bis acht Wochen auf der Station, die Wochenenden verbringen sie zu Hause. Die Mehrheit von ihnen ist weiblich, Jungs machen nur rund ein Viertel der Behandelten aus. Bei ihnen äußerten sich Probleme eher in Verhaltensstörungen und Aggressionen und weniger in psychosomatischen Erkrankungen, so Wildenhayn. Mädchen hingegen neigten mehr zu Ängsten, depressiven Störungen und Essstörungen. Stress und Überforderung stehen dabei meist im Vordergrund. „Viele leiden beispielsweise an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Schwindel. Manchmal sind die körperlichen Symptome so ausgeprägt, dass kein Schulbesuch mehr möglich ist.“

So auch bei der elfjährigen Leni*, die in zwei Wochen nach Hause entlassen wird. Sie litt unter wiederkehrenden Kopfschmerzen, dass sie immer öfter im Unterricht fehlte. Schließlich kam sie auf Anraten des Kinderarztes in Begleitung des Vaters zum ambulanten Vorgespräch in die Pustebume. „Im ersten Austausch wurde klar, dass die familiäre Situation zu Hause sehr belastet ist“, erzählt Benz. Nachdem sich die Eltern getrennt hatten, war unklar, bei wem die Tochter dauerhaft wohnen sollte und wie der Umgang geregelt ist. Mal verbrachte Leni ein paar Tage in der Wohnung der Mutter, dann übernachtete sie beim Vater, schließlich wohnte sie auch mehrere Tage bei einer Tante. „Einen festen Rückzugsort gab es für die Elfjährige nicht.“ Zusätzlich wurde von dem Mädchen gefordert, sich für einen Elternteil zu entscheiden. Auch deshalb sei es wichtig, die ganze Familie bei der Therapie mit ins Boot zu holen. „Die Behandlungsbereitschaft sollte bei allen Beteiligten gegeben sein.“

Vielseitige Behandlungsbausteine

Auf der Station ist eine individuell gestaltete psychosomatische Komplexbehandlung vorgesehen, bei der vielseitige Fachbereiche gemeinsam wirken: von der Ergotherapie und Musiktherapie über die Sozialarbeit bis hin zur Erlebnispädagogik. Um den Anschluss an den Unterrichtsstoff nicht zu verlieren, besuchen die Mädchen und Jungen stundenweise die angegliederte Klinikschule oder starten dort wieder erste Schulversuche. Den Therapien voran geht eine umfangreiche Basisdiagnostik, um organische Ursachen sicher ausschließen zu können. Ein Intelligenz- und Leistungstest zeigt, ob die Probleme vielleicht mit den schulischen Anforderungen zusammenhängen. Auch die Auswertung des Depressions- und Angstfragebogens gibt den Behandelnden weitere diagnostische Hinweise.



Behandlungsangebote wie Kunsttherapie helfen den jungen Patient:innen, Ängste loszulassen und ihren Gefühlen durch Kreativität Ausdruck zu verleihen.

„In den ersten Tagen stand bei Leni Selbstfürsorge im Fokus: Was tut mir gut? Wie kann ich für mein Wohlbefinden sorgen?“, erläutert Wildenhayn. Dafür bekommen die jungen Patient:innen einen kleinen „Werkzeugkoffer“ an die Hand. Bei der Elfjährigen bestand dieser aus einer selbst zusammengestellten „Gutes-tun Box“, Aromapflege und dem Wissen, warum ihre Kopfschmerzen auftreten. „So lernen die Kinder und Jugendlichen, stressbelastete Situationen zu erkennen und selbstwirksam damit umzugehen.“ Im Fall von Leni zeigte sich, dass ihre Beschwerden oft in emotionalen Situationen aufkommen und sie wenig Zugang zu ihren Gefühlen hat. „Gefühle nicht zu zeigen war ihre Überlebensstrategie zu Hause“, so die Pädagogisch-Pflegerische Leiterin.

Eltern müssen mitarbeiten

In Einzel- und Familiengesprächen, Gruppensitzungen und Aufgaben am Wochenende setzte sich das Mädchen schließlich Schritt für Schritt mit seinen Gefühlen auseinander. Wie fühle ich mich in welcher Situation? Wann spüre ich Wut oder Enttäuschung? Auch die Eltern waren gefordert: die eigenen Streitpunkte zurückstellen und die Bedürfnisse der Tochter erkennen und auf diese eingehen. „Diese Beobachtungen und Erfahrungen wurden dann im nächsten Familiengespräch wieder aufgegriffen und besprochen“,

erklärt Benz. Das ganze Familiensystem in den Blick zu nehmen, so die Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sei besonders wichtig. „Die Kinder selbst, aber auch die Eltern sollen ein Krankheitsverständnis entwickeln und einen gemeinsamen Umgang damit finden.“

„Bei Leni wurde schnell deutlich, dass die Problematik vor allem in der Familie und weniger im schulischen Umfeld liegt“, führt die Ärztlich-Therapeutische Leiterin aus. Auch deshalb werden die Eltern und Leni nach ihrer Entlassung von der ambulanten Jugendhilfe unterstützt. Schon während des stationären Aufenthalts wurde diese Maßnahme in die Wege geleitet. Zusätzlich wird das Mädchen eine Beratungsstelle aufsuchen. „Für Leni ist dieses niederschwellige Angebot passend – andere Patient:innen profitieren im Anschluss beispielsweise mehr von einer ambulanten Psychotherapie“, erklärt Benz. Auch die Rückkehr in den Alltag und in die alte Schule werde gemeinsam besprochen und vorbereitet. „Der Übergang ist für viele herausfordernd und birgt Unsicherheiten“, so Wildenhayn. Wie kann ich schwierige Situationen auch zu Hause meistern? Was antworte ich auf Rückfragen von Mitschülern? „In Einzel- und Gruppengesprächen unterstützen wir und erarbeiten gemeinsam Lösungen.“

Was 2011 als ein auf zwei Jahre angelegtes Projekt gestartet ist, ist heute ein fester und unverzichtbarer Baustein in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. „Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen sind präsent und sie haben durch die Pandemie noch weiter zugenommen“, verdeutlichen Benz und Wildenhayn. „Mit dem besonderen Konzept unserer Station können wir den Betroffenen die passende Hilfe bieten.“

Text und Foto: Nicola Netzer



✗ 2011 startete die psychosomatische Station als Kooperationsprojekt, das ursprünglich auf zwei Jahre angelegt war.

✗ Mit dem Umzug des Kinderkrankenhauses St. Nikolaus in den Neubau der Oberschwabenklinik im Jahr 2017 erfolgte die Umbenennung von Sternenhimmel zu Pustebume.

✗ Im Zuge des Umzugs wurde die Bettenanzahl von sechs bis acht auf zehn Plätze erhöht.



Bücher . Filme . Podcasts Blogs . Musik



Gibt es Pflaster für die Seele?
Dagmar Geisler, ISBN 978-3-7432-1919-9

Kindgerechte Hilfestellung

Nach einem Sturz kleben wir ein Pflaster auf das aufgeschürfte Knie. Wenn danach der Knöchel schmerzt, weiß der Arzt Rat. Aber wer hilft, wenn unsere Seele krank wird? Mit „Gibt es Pflaster für die Seele?“ ist Dagmar Geisler ein einfühlsames Kinderbuch über psychische Erkrankungen gelungen. Acht Kinder erzählen von ihren Erkrankungen wie ADHS oder Zwangsstörung. Auf die Depression eines Vaters wird anschließend ausführlicher eingegangen. Dabei greift das Buch typische Fragen und Sorgen auf. Es zeigt Wege im Umgang mit seelischen Belastungen, ergänzt durch stärkende Impulse für den Alltag.

Das Buch bietet eine wertvolle Grundlage für Familien, um mit ihren Kindern über psychische Erkrankungen ins Gespräch zu kommen.

Rieke Mitrenga

Sex Education

Netflix-Serie, 2019-2023, 4 Staffeln

Lehrreicher als jeder Sexualkundeunterricht

Als der 16-jährige Otis einem Mitschüler bei einem Sexproblem hilft, merkt er: Auch er kann anderen weiterhelfen – trotz eigener Unsicherheiten. Gemeinsam mit seiner Mitschülerin Maeve startet er einen Sexualtherapiedienst für ihre Mitschüler:innen. Als Sohn einer Sexualtherapeutin lernt Otis dabei nicht nur anderen zuzuhören, sondern auch, sich selbst besser zu verstehen. Über mehrere Schuljahre hinweg zeigt „Sex Education“, wie Mut und Empathie helfen, Beziehungen zu gestalten. Ehrliche Gespräche machen es möglich, Sexualität und die eigene Identität zu erkunden. Dabei wird deutlich, dass Otis selbst an seinen Erfahrungen wächst und sich weiterentwickelt.

Die Serie zeigt auf eine nahbare Art, wie viele Facetten Intimität, Lust und Liebe haben können.

Felicia Gößler



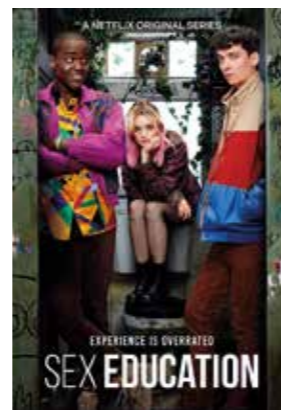
Das fast normale Leben
Dokumentarfilm, 2025, 135 Minuten

Zwischen Wut und Nähe

„Zu Hause läuft den ganzen Tag die Kiste“, erzählt die elfjährige Leni, die neu in die betreute Wohngruppe gekommen ist. Zwei Jahre lang begleitet der Film sie und drei weitere Mädchen, dokumentiert kleine Fortschritte, ehrliche Momente der Verletzlichkeit und Nähe, aber auch Wut und Enttäuschung. Schnell lässt sich erahnen, dass jedes der Mädchen einen schwer gepackten Rucksack mit sich trägt: psychisch belastete Eltern, traumatische Erlebnisse, psychische Diagnosen oder, wie in Lenis Fall, Gewalt und Vernachlässigung. Regisseur Stefan Sick lässt ohne Off-Erklärungen die Mädchen erzählen, nimmt dabei aber auch die Perspektive von Betreuerinnen und Eltern in den Blick. Authentisch zeigt der Film das Hilfesystem Jugendhilfe, wie sich die vier Mädchen darin behaupten und ihren Weg in ein „fast normales Leben“ finden.

Eindrucksvolle Doku, die nicht nur die jungen Protagonistinnen, sondern auch die Arbeit der Jugendhilfe in den Fokus rückt.

Nicola Netzer



Redaktionstipp



Quarks XL: Psychisch gesund – Was Kinder und Jugendliche stark macht!

Doku, ARD Mediathek, 2023, 90 Minuten

Fünf Tipps für Eltern

Was hilft der psychischen Gesundheit von Kindern? Wie können Eltern helfen? Und warum schadet etwas Egoismus auch nicht? Die Doku erklärt nicht nur, was Kinder oder Jugendliche stark macht, sondern vor allem auch ihre Eltern – mit hilfreichen Tipps für mehr Auszeit vom stressigen Familienalltag, Präventionsmaßnahmen und hilfreichen Anlaufstellen bei Problemen. Die eingebetteten Kurzinterviews mit Expert:innen unterstreichen den professionellen und glaubwürdigen Charakter der Doku. Sätze wie „Nur, wenn es den Eltern gut geht, geht es den Kindern gut“ oder „Eltern sind nicht an allem schuld“ bewirken Entlastung bei Erziehungsberechtigten.

Die Doku gibt Eltern ein gutes Gefühl, dass es auch Probleme geben darf und Familien nicht perfekt sein müssen.

Elke Cambré

bemerkenswert

+++ Im Film „Eine echt verrückte Story“ findet ein depressiver Teenager in der Klinik unerwartet Zuversicht und neue Perspektiven. +++ Stressfaktoren, Belastungen und psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen behandelt der Podcast „Seelenstruggle“ der Uniklinik Hamm. +++ Die Maus-Spezial-Folge „Die unsichtbare Krankheit“ vermittelt kindgerecht die Themen psychische Erkrankung und Therapie. +++ Im Ratgeber „Seelenleben“ beantwortet ein Jugendpsychiater Briefe von psychisch erkrankten Jugendlichen und erklärt verschiedene Diagnosen.

Girl in Pieces

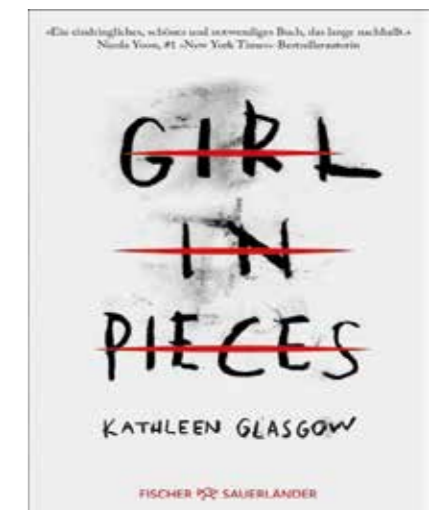
Kathleen Glasgow, ISBN 978-3733504168

Zwischen Schmerz und Selbstbehauptung

Kathleen Glasgows Jugendroman „Girl in Pieces“ erzählt die Geschichte der 17-jährigen Charlie, die nach schweren Selbstverletzungen versucht, im Leben wieder Fuß zu fassen. In klarer und sehr direkter Sprache wird Charlies innerer Kampf beschrieben: gegen Schuld, Scham, traumatische Erinnerungen – und gegen das Gefühl, keinen Platz in der Welt zu haben. Das Buch verzichtet auf Dramatisierung und nähert sich dem Thema Trauma und Traumaverarbeitung mit großer Ernsthaftigkeit und Empathie. Besonders intensiv wird der nichtlineare Prozess des Heilens beschrieben: Fortschritte sind brüchig, Rückschläge Teil des Weges. Für ein junges Publikum geschrieben, ist das Buch auch für Angehörige aufschlussreich, weil es die subjektive Erlebniswelt einer Betroffenen ernst nimmt und nachvollziehbar macht.

Bietet eine hoffnungsvolle Perspektive auf Resilienz und Selbstakzeptanz.

Manja Olbrich



Information · Beratung · Kontakt

für Betroffene, Angehörige und Interessierte

INFORMATION & BERATUNG

Allgemeine Beratungsportale für Kinder, Jugendliche und Eltern

Die Stiftung setzt sich für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein und bietet zahlreiche unterstützende Angebote. www.achtung-kinderseele.org

Informationsplattform für Betroffene, Angehörige, Lehrkräfte und Fachleute über viele Bereiche der Kinder- und Jugendgesundheit. Deutschlandweite Adressen von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Therapieeinrichtungen. www.bioeg.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (BKJ) mit Informationsseite für Eltern, die über eine Psychotherapie für ihre Kinder nachdenken. www.bkj-ev.de

Infoseite über psychische Probleme bei jungen Menschen mit Erklärungen, Fragen und Antworten. www.jugendpsyche.de

In der Rubrik „Kinder und Jugendliche“ finden Eltern Informationen zu besonderen Problemen, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wie Bettnässen, Ess- und Angststörungen oder ADHS. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) ist die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der psychologischen und pädagogischen Psychotherapeut:innen und anderer auf dem Gebiet tätiger Wissenschaftler:innen und Professionen. www.dgkjp.de

Wissenswerter Tipp

HeyCuramenta – die Jugendplattform, die Gefühle versteht. Mit dem praktischen Mood-Filter gibt es für jede Stimmung passende Erklärungen, hilfreiche Tipps und Unterstützung im Umgang mit Emotionen. Abgerundet wird das Angebot von einem Instagram-Account, der Einblicke und Impulse bietet. hey-curamenta.de

HILFREICHE LINKS

Depressionen

Ziel des Vereins Deutsches Bündnis gegen Depression ist die Aufklärung über Depressionen in der Öffentlichkeit und eine verbesserte Versorgung Betroffener. Gut verständliche E-Learnings zum Thema Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-junge-Menschen

Sucht

Die Initiative „Kinder stark machen“ soll Kinder und Jugendliche vor den gesundheitlichen Gefahren von Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und illegalen Drogen schützen. Umfangreiches Informationsangebot für Eltern. www.kinderstarkmachen.de

Der Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. (BVEK) bietet Informationen für Eltern und ein Verzeichnis der regionalen Selbsthilfegruppen. www.bvek.org

Transidentität

Allgemeine Infos rund um das Thema Transidentität mit Broschüre zum Download. www.bundesverband-trans.de/publikationen/kinder-und-jugendliche/

Netzwerk zur Unterstützung für Eltern und Angehörige. www.trans-kinder-netz.de/elternberatung.html

Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche mit Transidentität und Unterstützung beim Coming-Out, der Wahl von Label und Pronomen und Aufklärung der Transition. www.trans-jugend.de/anlaufstellen/

Essstörungen

Internetportal zum Thema Essstörungen für Jugendliche mit Verweis auf weitere Hilfen, Beratung, Kliniken, therapeutische Wohngruppen sowie weitere Hinweise und Verhaltenstipps für Eltern, Partner:innen und Freunde. www.anad.de

ADHS

Infoportal zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Eltern und Betroffene finden eine Vielzahl an Informationen und Erklärungen zum Krankheitsbild. Videos zeigen typische Alltagssituationen. www.adhs.info

Autismus

Der Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus vertritt als Elternselbsthilfeverband die Interessen von Menschen mit Autismus und ihrer Angehörigen. www.autismus.de

WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Nummer gegen Kummer
Kinder- und Jugendtelefon ☎ 116 111
Elterntelefon ☎ 0800 111 0 550
Medizinische Kinderschutzhotline ☎ 0800 19 210 00

Deutscher Kinderschutzbund
Bundesverband e.V.
☎ 030 214 8090

Hilfetelefon sexueller Missbrauch
☎ 0800 22 55 530

Opfer-Telefon Weißer Ring
☎ 116 006

Wenn reden schwerfällt: Schreib einfach dem Online-Krisenchat www.krisenchat.de.

Der neue FACETTEN Blog

Digital, prägnant, interaktiv: In komprimierter Form greifen wir in unserem FACETTEN Blog ausgewählte Beiträge auf und informieren so niederschwellig über psychische Diagnosen, Therapien und weitere psychiatriebezogene Themen.



Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg
Herausgeber — ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de

Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe — Stefan Angele

Redaktion — Stefan Angele, Dr. Sabine Müller, Manja Olbrich, Nicola Netzer, Elke Cambré, Felicia Göbeler, Rieke Mitrenga

Konzept und Gestaltung — openminded, Ursi Zambrino, Ulm/Hamburg

Icons & Illustrationen — Freepik, Icons8, openminded

Druck — Druckerei der Weissenauer Werkstätten

Auflage — 4.200 Exemplare, gedruckt auf Enviro nature

Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden. Die nächste Ausgabe erscheint im August 2026.

Um die Privatsphäre von Patient:innen zu schützen, greifen wir bei Fotos für Facetten auch auf Mitarbeitende des ZfP als Statist:innen zurück.

Ein Unternehmen der **ZfP** Gruppe Baden-Württemberg

Lust auf einen Seitenwechsel?

Dann kommen Sie in unser Team.

Freuen Sie sich auf:

- faire Vergütung nach Tarifvertrag
- mindestens 30 Tage Urlaub
- großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildung
- Karriereplanung orientiert an Ihren Zielen
- flexible und familienfreundliche Arbeitsbedingungen

Denn wir engagieren uns nicht nur in der Therapie und Behandlung psychisch kranker Menschen, sondern zeigen auch vollen Einsatz, wenn es um unsere Mitarbeitenden geht. Als größter psychiatrischer Klinikverbund in Baden-Württemberg bieten wir mehr als 4.000 Beschäftigten vielseitige und sichere Arbeitsplätze. Und noch jede Menge Extras.



Noch mehr Vorteile und unsere offenen Stellenangebote finden Sie auf www.zfp-karriere.de





[www.facebook.com/
psychiatrie.im.sueden](https://www.facebook.com/psychiatrie.im.sueden)



[www.youtube.com/
@zfpsudwurttemberg](https://www.youtube.com/@zfpsudwurttemberg)



[www.instagram.com/
zfp_suedwuerttemberg](https://www.instagram.com/zfp_suedwuerttemberg)



[www.zfp-web.de/
facettenblog](http://www.zfp-web.de/facettenblog)

Anzeige



Lust auf einen Seitenwechsel?

Liebe Leserin, lieber Leser, ja, richtig.

Wir wollen Sie auf unsere Seite ziehen. Nicht nur als regelmäßig Lesende der FACETTEN. Nein. Wir möchten Sie gerne in unsere Teams holen – sofern Sie nicht schon dazugehören.

Denn im ZFP Südwesttemberg warten nicht nur jede Menge spannende Geschichten, sondern auch viele tolle Jobs. Egal, ob Sie gerade erst einsteigen oder schon Erfahrung haben: Wir freuen uns auf neue Kolleg:innen.

◀ Was Sie davon haben? Jede Menge.
Blättern Sie doch einfach mal zurück.

Oder überzeugen Sie sich auf
www.zfp-karriere.de

