



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE

KINDER UND JUGENDLICHE MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG IN RHEINLAND-PFALZ



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	4
Beiträge zu kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Themen	6
Michael Brünger: Wie und wo finde ich professionelle Hilfe bei seelischen Problemen von Kindern und Jugendlichen	7
Michael Brünger: ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätssyndrom ..	12
Dietmar Eglinsky: Der Fluch des Angstmonsters – Angsterkrankungen	17
Alexander Marcus: Angst- und Zwangsstörungen	27
Eva Bergheim-Geyer: „Ich will leicht sein wie die Luft“ – Zum Krankheitsbild der Essstörung	33
Brigitte Pollitt: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen	40
Eva Bergheim-Geyer: Schmerzen gegen den Schmerz – Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen	53
Doris Mallmann: Alkohol und andere Drogen bei Kindern und Jugendlichen ..	59
Andreas Stein: „Die Geister, die ich rief“ – Drogeninduzierte Psychose	67
Jochen Gehrman: Die Grenzen zwischen Realität und Gedankenwelt schwinden: Psychosen bei Jugendlichen	70

Herbert Seitz-Stroh/Matthias Wildermuth: Störungen des Sozialverhaltens	76
Andrea Haverkamp-Krois: Die Seele schweigt – der Körper spricht – Somatoforme und dissoziative Erkrankungen	84
Michael Löchel: Selbstmordgefährdete Kinder und Jugendliche	97
Eva Bergheim-Geyer: Leiden und Überleben nach Missbrauch und Misshandlung – Hilfe durch ein Helfernetz für Kinder und Jugendliche	103
Jochen Gehrmann: Das Schweigen brechen: Kinder psychisch kranker Eltern	108
Jochen Gehrmann: In erster Linie Kinder – unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	113
Andrea Haverkamp-Krois: Von Gespenstern im Kinderzimmer – Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie und -psychotherapie	126
Andrea Dixius/EvaMöhler: Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)	141
Überregionale Angebote	161
Adressverzeichnis (nach Landkreisen und kreisfreien Städten)	164
Landkreis Ahrweiler	165
Landkreis Altenkirchen	168
Landkreis Alzey-Worms	173
Landkreis Bad Dürkheim	181
Landkreis Bad Kreuznach	184
Landkreis Bernkastel-Wittlich	190
Landkreis Birkenfeld	196
Eifelkreis Bitburg-Prüm	200
Landkreis Cochem-Zell	203
Landkreis Donnersberg	207

Stadt Frankenthal	212
Landkreis Germersheim	216
Landkreis Kaiserslautern/Stadt Kaiserslautern	220
Stadt Koblenz	226
Landkreis Kusel	231
Stadt Landau	235
Stadt Ludwigshafen	240
Stadt Mainz	245
Landkreis Mainz-Bingen	251
Landkreis Mayen-Koblenz	259
Stadt Neustadt an der Weinstraße	266
Landkreis Neuwied	269
Stadt Pirmasens	274
Rhein-Hunsrück-Kreis	278
Rhein-Lahn-Kreis	283
Rhein-Pfalz-Kreis	288
Stadt Speyer	293
Landkreis Südliche Weinstraße	298
Landkreis Südwestpfalz	302
Landkreis Trier-Saarburg	306
Stadt Trier	310
Landkreis Vulkaneifel	318
Westerwaldkreis	323
Stadt Worms	327
Stadt Zweibrücken	333

Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz	336
---	-----

Literaturverzeichnis	338
-----------------------------	-----

Autorenverzeichnis	347
---------------------------	-----

Impressum	362
------------------	-----

VORWORT



Nicht nur, aber vor allem Eltern wünschen sich, dass es ihren Kindern gut geht, dass sie gesund und glücklich sind. In der Regel verläuft die kindliche Entwicklung jedoch nicht geradlinig. Es gibt Hochs und auch Tiefpunkte – Kinder und Jugendliche können körperlich und psychisch erkranken.

Gerade bei Kindern kann es schwer sein, die Anzeichen für eine psychische Erkrankung frühzeitig richtig zu erkennen. Bei den Erkrankungen kann es sich zum Beispiel um Konzentrations- und Angststörungen, Essstörungen oder Suchterkrankungen handeln, oder auch um Depressionen, Psychosen und psychosomatische Erkrankungen. Manifeste psychische Erkrankungen bedeuten – genau wie körperliche Erkrankungen – einen Einschnitt im Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Sie betreffen die Eltern mit, wenn Kinder erkranken. Psychische Erkrankungen haben auch Auswirkungen auf die Lebensgestaltung der Kinder, wenn Eltern erkrankt sind. Ein sorgendes Umfeld ist dann besonders notwendig.

Egal, ob es sich „nur“ um Unsicherheiten und vorübergehende Krisen handelt oder um schwerwiegende Erkrankungen: Viele Fragen müssen geklärt werden, wenn es darum geht, Hilfe bei der Diagnostik und Behandlung sowie bei der Organisation des Alltags zu finden.

Mit dieser Broschüre möchten wir zur Klärung dieser Fragen und zur Orientierung im Hilfesystem beitragen. Hierzu dienen einerseits die Fachbeiträge zu verschiedenen psychischen Erkrankungen, Behandlungsverfahren und zur

Lebenssituation besonders belasteter Kinder und Jugendlicher. Darüber hinaus finden sich Adressen und Kontaktdaten von den zahlreichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern zur Beratung und Behandlung in allen Kreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz.

Ich wünsche mir, dass die aktualisierte Neuauflage dieser Broschüre viele Leserinnen und Leser – unter Jugendlichen und Eltern ebenso wie unter Fachleuten aus dem Bildungsbereich, der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen – findet und wichtige Informationen liefert, die weiterhelfen und Orientierung geben.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Sabine Bätzing-Lichtenthäler'. The signature is fluid and stylized, with a long horizontal stroke at the end.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

*Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz*

BEITRÄGE ZU KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN THEMEN



WIE UND WO FINDE ICH PROFESSIONELLE HILFE BEI SEELISCHEN PROBLEMEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN? MICHAEL BRÜNGER

SEIT KURZEM IST KATHRIN GANZ ANDERS

Kathrin ist 5 Jahre alt und ging bisher mit Begeisterung in den Kindergarten. Seit drei Wochen ist alles anders. Morgens mag sie nicht das Haus verlassen, schon beim Anziehen „handelt“ sie und möchte zusammen mit der Mutter zu Hause bleiben. Tränen und manchmal auch verzweifelter Weinen prägen die Abschiedsszenen an der Kindergartentür. Der Mutter von Kathrin haben die Erzieherinnen nach einem ausführlichen Gespräch geraten, Kathrin jeden Morgen in aller Ruhe zum Kindergarten zu bringen, sich liebevoll aber kurz zu verabschieden und auf Kathrins Handeln nicht einzugehen. „Wir haben gemeinsam nach Ursachen für Kathrins Verhalten gesucht und keine Besonderheiten feststellen können“, sagt die allein erziehende Mutter, die ohne Kathrins Kindergartenbesuch vor sechs Monaten nicht ihre Arbeitsstelle hätte annehmen können. Im Büro ist sie den ganzen Vormittag über in Gedanken bei ihrer Tochter...

Manchmal ist es schwer, genau zu bestimmen, wie gravierend Probleme des eigenen Kindes eigentlich sind. Ist es eine „Krise“, die sich bald wieder legen wird? Sind die anhaltenden Verhaltensauffälligkeiten meines Kindes der Anfang einer schwerwiegenden „Fehlentwicklung“? Sollte ich als Mutter oder Vater etwas in meinem Erziehungsverhalten ändern, oder ist die Inanspruchnahme von professioneller Beratung schon ein Eingeständnis des eigenen Versagens? Wie kann ich überhaupt sicher sein „richtig“ beraten zu werden?

Wenn die Familie nicht weiter weiß, sind Erzieherinnen und Kinderärztinnen und Ärzte oft die ersten Ansprechpartner. „Das legt sich wieder“ ist eine Ein-

schätzung, die Eltern oft hören – und sie ist nicht unbedingt falsch! Kindliche Entwicklung ist geprägt von Veränderungen, Kinder probieren neues Verhalten. Manchmal handelt es sich um Verhaltensweisen, die nicht gerade einfach sind für Eltern und andere Erwachsene. „Kann mir mal bitte jemand sagen, ob das noch normal ist?“, mögen manche Eltern denken.

WO FINDE ICH HILFE?

Wichtiger wäre vielleicht jemand, mit dem man darüber beraten kann, wie man als Vater oder Mutter auf eine schwierige Situation reagieren kann. Diese Broschüre will aufzeigen, welche Möglichkeiten der Beratung es in der Nähe Ihres Wohnortes gibt, wenn sich Hinweise auf seelische Probleme eines Kindes oder Jugendlichen nicht spontan wieder legen.

Sie finden hier:

- **Beratungsstellen** für Kinder, Jugendliche und Familien, häufig in gemeinnütziger oder kirchlicher Trägerschaft. Meistens arbeiten Fachkräfte aus Pädagogik und Psychologie mit den Rat suchenden Familien zusammen. Im Mittelpunkt stehen Lebens- und Erziehungsfragen. Speziell ausgerichtete Beratungsstellen kümmern sich auch um Fragen der Abhängigkeit und Sucht.
- Institutionen der **Jugendhilfe**: In Deutschland existiert ein eigenes Kinder- und Jugendhilfegesetz. Es regelt die Hilfen, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien bei Erziehungsproblemen und schwerwiegenden seelischen Störungen eines Kindes in Anspruch nehmen können. Die Jugendämter der Städte und Kreise sind der Ansprechpartner für entsprechende Anfragen.
- Im **Gesundheitswesen** sind niedergelassene Ärzte und Therapeuten auch bei seelischen Problemen beratend tätig. Wenn die Behandlung beim Kinderarzt nicht ausreicht, wird er eine Vorstellung beim Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder beim Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten empfehlen. Bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten bieten Sozialpädiatrische Zentren einschließlich Frühförderzentren Hilfe

und Beratung an. Tageskliniken und vollstationäre Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie helfen, wenn ambulante Angebote nicht ausreichen. Vielfach existieren in diesen Häusern auch Spezialsprechstunden und Ambulanzen.

Viele Eltern schätzen die Anonymität des **Internets**: Das Informationsangebot ist unermesslich! Neben wissenschaftlich ausgerichteten Informationsseiten sind es vor allem die Angebote der **Selbsthilfegruppen** und der Elternforen, die häufig von Vätern und Müttern konsultiert werden. Manchmal erfährt man erst durch eine Internetseite von einer Elterninitiative in erreichbarer Nähe. Sehr umfassend informieren auch die Seiten des Kindernetzwerkes (www.kindernetzwerk.de) und der Kinder- und Jugendpsychiater (www.bkjpp.de).

Bei der Nutzung des Internets ist immer sorgfältig abzuschätzen, ob eine Information aus verlässlicher Quelle stammt. Wissenschaftlich fundierte Empfehlungen und private Einschätzungen müssen sorgfältig vom Internetnutzer bewertet werden. Hüten sollte man sich vor einem „Schnelltest“ im Fragebogenverfahren zum Problem des eigenen Kindes. Fachleute gehen anders, gehen sorgfältig vor – und das ist ohne Zeit und persönliche Begegnung oft nicht zu bewerkstelligen. In der Regel kommt ihre Krankenkasse für diese Leistungen auf.

WIE HELFEN FACHLEUTE BEI SEELISCHEN STÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER?

Sorgeberechtigte Eltern haben eine bedeutende Rolle: Vom Gesetz her sind sie Inhaber wichtiger Rechte und Pflichten bis ihre Kinder das Erwachsenenalter erreicht haben.

Bei Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen sind Sie Auftraggeber für die beratenden Fachleute. Sie vertreten ihr minderjähriges Kind und wählen unter den vorhandenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten aus. Die Inanspruchnahme einer Hilfe bei seelischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten des eigenen Kindes fördert unser Staat durch entsprechende gesetzliche Regelungen: Die Handlungsfähigkeit und die **Selbstbestimmung der Familie** soll gestärkt werden.

Allerdings sind Kinder und Jugendliche – eigentlich die Hauptpersonen, wenn es um ihre seelischen Probleme geht! – immer in den Beratungsprozess einzubeziehen („**Partizipation**“). Fachleute aus Medizin, Psychologie und Pädagogik werden deren Einschätzung mit zunehmender Reife ernst nehmen. Bei einer Psychotherapie beispielsweise ist ein eigenständiges Vertrauensverhältnis zwischen Berater/Therapeut und einem z.B. 17-jährigen Jugendlichen erforderlich. Auch wenn Eltern in die Behandlung einbezogen sind, wird es Themen geben, die eine Verschwiegenheit des Therapeuten gegenüber den Eltern erfordert.

Bei komplexen Problemlagen wird gelegentlich ein „**Helfernetz**“ benötigt: Zusätzlich zur Therapie beim Kinder- und Jugendpsychiater ist das Jugendamt oder ein Sozialarbeiter eingeschaltet, der den Kontakt zur Jugendhilfe – zunächst meist das Jugendamt – herstellt. Es muss über schulische Fragen nachgedacht werden, eine begleitende Psychotherapie wird vom Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt. Die eingeschalteten Helfer werden nicht vergessen, dass das Kind bzw. der Jugendliche und seine Familie die Hauptpersonen sind.

WIE SIEHT „RICHTIGE“ HILFE AUS?

Beratung und Behandlung müssen die Besonderheiten des jungen Menschen, um den es geht, berücksichtigen. Die genaue Erhebung der Vorgeschichte und eine fachlich fundierte Diagnostik sind die Grundlagen einer Beratung oder Behandlung. Behandlungsmaßnahmen setzen das Einverständnis der Eltern und die Mitwirkung des Betroffenen in aller Regel voraus. Durch ausführliche Information der Sorgeberechtigten werden die Fachkräfte der verschiedenen Berufsgruppen den Entscheidungsprozess unterstützen.

Die richtige Hilfe setzt eine Ausbildung, eine therapeutische Qualifikation voraus. Diese erwerben Mediziner, Psychologen und Pädagogen meist in mehreren Jahren nach dem Studium. In ihrem Vorgehen stützen sie sich auf eine Wissensbasis, die in aller Regel die Übereinkunft der Fachleute darstellt, die sich im In- und Ausland mit der betreffenden Problematik befassen. Oft sind diese Vorgehensweisen in so genannten Leitlinien zum therapeutischen Handeln

zusammengefasst. Dieses Erfahrungswissen wird kontinuierlich aktualisiert und erweitert.

„**Prävention**“ bedeutet vorbeugend zu handeln und (seelische) Erkrankungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten widmen der Prävention größte Aufmerksamkeit. Bei Kindern und Jugendlichen fängt die Verhütung der Entstehung seelischer Störungen bereits in der alltäglichen Erziehung an, sodass es zu diesem Thema einen stetigen Dialog zwischen Fachleuten der Heilberufe und der Pädagogik gibt.

Eine fachliche Abklärung wegen einer vermuteten seelischen Störung ist bei jedem 5. Kind oder Jugendlichen wenigstens einmal in den ersten 18 Lebensjahren erforderlich. Wenn eine seelische Störung festgestellt wird und Behandlung erforderlich ist, ist dies kein Grund zur Resignation: Oft kann wirksam geholfen werden, mit pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen, typischer Weise mit einer Kombination dieser Hilfewege.

ADHS – AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT –

HYPERAKTIVITÄTSSYNDROM MICHAEL BRÜNGER

ÜBERALL MIT SEINEN GEDANKEN, IMMER UNTERWEGS

Marco ist bereits 7 Jahre. Gerade sechs Wochen ist er nun in der 1. Klasse der Grundschule. Als seine Lehrerin kurz vor den Herbstferien die Eltern zu einem Gespräch bittet, wissen die schon recht genau, worum es gehen wird: Marcos unbändige Unruhe, seine eingeschränkte Aufmerksamkeit für das Unterrichtsgeschehen, seine „Kaspereien“ in der Klasse. Die Eltern hatten ihn wegen dieser Verhaltensweisen ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt, allerdings haben das zusätzliche Jahr Kindergarten und eine begleitende Ergotherapie seine Unruhe nicht günstig beeinflusst: als Ältester im Kindergarten war er oft gelangweilt, störte oder wollte lieber zu Hause bleiben. Das Stillsitzen in der Klasse fällt ihm besonders schwer. Im vergangenen Jahr hat er sich die meisten Buchstaben bereits selbst angeeignet, nun langweilt ihn auch die Schule. Im Sachkundeunterricht fällt er durch sehr gute Beiträge auf, man merkt, dass er ein heller Kopf ist. Aber sein Verhalten stört die Lehrerin und lenkt die anderen 29 Kinder der Grundschulklasse ab.

Eine solche Beschreibung findet sich recht häufig in der Vorgeschichte von Kindern, die zur Abklärung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung – kurz ADHS genannt – vorgestellt werden. Nach Schätzungen der Fachleute sind etwa vier von hundert Kindern von ADHS betroffen, Jungen deutlich häufiger als Mädchen. Forschungen haben ergeben, dass diese Störung genetisch mitbedingt ist: Besonderheiten im Hirnstoffwechsel führen zu einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, einem oft unüberlegten Handeln, Impulsivität genannt und einer ausgeprägten Unruhe – die Fachleute sprechen von Hyperaktivität.

EINSCHRÄNKUNGEN DER AUFMERKSAMKEIT

Unter einem Aufmerksamkeitsdefizit verstehen Kinder- und Jugendpsychiater eine ganze Reihe von Einschränkungen: So kann die Hinwendung zu einer wichtigen Tätigkeit – die Konzentration – eingeschränkt sein. Oder die Aufmerksamkeitsspanne reicht nicht für altersgerechte Anforderungen in der Schule. Manchmal kommt eine erhöhte Ablenkbarkeit hinzu – das Papierknistern in der letzten Reihe lässt das Kind vom Unterricht abschweifen, es verliert den Faden und kann dem Unterricht bei selbst kleinen Störungen nicht mehr folgen.

ERST HANDELN, DANN DENKEN...

Impulsivität nennen die Fachleute ein Verhalten, welches sich durch voreiliges Handeln zeigt. Das kann beim Lernen hinderlich sein, wenn der erste Lösungsgedanke zu einer Aufgabe schneller im Heft steht, als die Fragestellung richtig erfasst wird. Die richtige Antwort mag sich manchmal bald darauf einstellen, es muss der Tintenkiller in Aktion treten. Zeitnot entsteht. „Jetzt schnell noch den Rest erledigt“ – in der Eile passieren weitere Fehler. Es fehlt an planvollem Handeln, die schulischen Ergebnisse spiegeln nicht die wirkliche Begabung des Kindes wider.

Aber auch in der Kindergruppe oder im Gespräch mit Erwachsenen kann es bei Vorliegen von Impulsivität zu Verhaltensweisen kommen, die bereits Gleichaltrige als störend erleben. Wenn man immer wieder ins Gespräch anderer platzt, nicht abwarten kann und Gruppenregeln nicht einhält, ist man bald unbeliebt. Impulsive Kinder können das oft nicht verstehen und drängen sich umso mehr in eine Gruppe – bis sie regelrecht ausgegrenzt werden. Allein und ohne Freunde sind sie traurig und verletzt – eine Entwicklung, aus der sie ohne Hilfestellung oft nicht herausfinden.

STÄNDIG AUF ACHSE, STETS IN BEWEGUNG

Die Hyperaktivität hat als auffälligstes Merkmal eines ADHS lange Jahre die Bezeichnung dieser Verhaltensauffälligkeit geprägt. Zu beobachten sind ständige körperliche Unruhe, die Unfähigkeit still zu sitzen oder längere Zeit auf dem

Platz zu bleiben. Manchmal fällt es schwer, auch nur für kurze Zeit still zu sein. Und manchmal bringt das Zuviel an Bewegung Gefahren mit sich: Kinder mit Hyperaktivität sind häufiger als Gleichaltrige an Verkehrsunfällen und Risikosituationen beteiligt, die Einschätzung von Gefahren gelingt nur schlecht.

Auch diese Verhaltensweisen führen zu häufigen Ermahnungen: die Schulpause reicht nicht zum Austoben, auch im anschließenden Unterricht geht der Bewegungsdrang weiter. Zurechtweisungen sind die Folge. Hyperaktive Kinder werden traurig oder zornig, wenn sie immer nur hören: „Du störst!“.

ADHS ist als Schlagwort in aller Munde. Sehr viel ist über dieses kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbild geschrieben und diskutiert worden. Der Zappelphilipp des Frankfurter Nervenarztes von 1848 macht deutlich, dass es sich um keine ganz neue „Modeerscheinung“ handeln kann.

Für das ADHS gibt es keinen „Schnelltest“, der dieses aufwändige Verfahren abkürzen könnte. Einen Fachmann wird man daran erkennen, dass er sich Zeit nimmt bevor er diese Diagnose vergibt. Manchmal ist sie auch erst aus der Verlaufsbeobachtung heraus zu klären und mit Sicherheit zu stellen. Dies ist beispielsweise bei Kindergartenkindern der Fall, wo man auf Grund des Alters noch sehr zurückhaltend mit der Diagnosestellung ist.

Fachleute aus Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gehen davon aus, dass es immer noch viele Kinder mit unerkanntem ADHS gibt. Dies ist besonders bei den Betroffenen der Fall, die zwar eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung haben, aber weder durch Impulsivität noch durch Hyperaktivität auffallen. Besonders bei Mädchen findet man immer wieder einen deutlichen Leidensdruck durch isolierte Aufmerksamkeitsstörungen.

2 von 3 Kindern, bei denen das Vollbild eines ADHS festgestellt wurde, haben nach einer amerikanischen Studie eine weitere seelische Störung. Da dies eher die Regel als die Ausnahme ist, sollte ein Kind mit ADHS stets dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt werden. Besonders häufig finden sich eine Störung des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Ängste und Tics.

Während früher die Fachleute der Ansicht waren, dass eine ADHS „sich auswächst“, haben wir heute klare Beweise für das Fortbestehen dieses Syndroms bis in das Erwachsenenalter hinein. Hierbei ist besonders die Aufmerksamkeitsstörung weiter nachzuweisen, während Impulsivität und Hyperaktivität sich abschwächen können. ADHS kann also lebensprägend sein und viele Jahre lang zu einem erheblichen Leidensdruck führen.

Gerade in diesem langen Fortbestehen begründet sich die Empfehlung der Fachgesellschaften einer frühen und ausreichenden Behandlung des ADHS.

Hierzu gehören auf der Grundlage einer sorgfältigen medizinisch-psychiatrisch-psychologischen Untersuchung:

- Die ausführliche Information des Betroffenen und seiner Eltern über das Störungsbild und Behandlungsmöglichkeiten.
- Bei Notwendigkeit wird die Teilnahme an einem Schulungsseminar für Eltern angeraten. Auch Betroffene selbst werden im Umgang mit ihrem ADHS in Trainingsgruppen geschult.
- In der Behandlung des ADHS haben Studien eine hohe Wirksamkeit von Methylphenidat ergeben – einem Wirkstoff, der inzwischen mit mehreren Bezeichnungen erhältlich ist. Aus 40 Jahren der Behandlung ist das Wirkprofil und das Spektrum der unerwünschten Wirkungen gut bekannt. Methylphenidat führt nicht zur Abhängigkeit. Auch andere Substanzen wurden in den letzten Jahren eingesetzt, ihre Wirksamkeit ist noch nicht so umfassend belegt.
- Ganz entscheidend ist eine „multimodale“ Behandlungs- und Vorgehensweise. Gerade bei ADHS ist ein Zusammenwirken der Gesundheitsberufe und der Pädagogen unabdingbar. Über geeignete Erziehungsweisen und strukturierende Tagesplanungen, über Psychotherapie, die zu mehr Selbststeuerung führt und umfassende Beratung zum gesamten schulischen Umfeld kann entscheidend geholfen werden. Übungsbehandlungen bei schulischen Schwächen und die Behandlung einer erkannten seelischen Begleitstörung können hinzutreten.

Die Aufzählung macht deutlich, wie aufwändig eine ADHS-Behandlung sein kann. Das erklärt einerseits die knappe Zahl von Behandlungsplätzen, andererseits lässt sich der Wochenplan eines Kindes nicht endlos mit Therapieterminen füllen. Gerade Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität benötigen Freiräume zum Spielen und zur körperlichen Bewegung. Fachleute werden der Zusammenarbeit mit Eltern und Betroffenen immer große Bedeutung zumessen.

Gelassenheit muss sich immer wieder erneut einstellen, der „lange Atem“ von Eltern und Behandlern ist gefragt. Auch Zeiten der Erholung sind nötig! Sehr bewährt hat sich auch der Zusammenhalt, den eine Eltern-Selbsthilfegruppe geben kann.

Kehren wir noch einmal zurück zum anfänglichen Fallbeispiel: Es ist richtig, dass ADHS im schulischen Rahmen recht schnell auffällt. Aber ADHS beschränkt sich nicht auf die Schule – ebenso wenig wie die Medikation das Erreichen guter Schulnoten als primäres Ziel hat! Die Belastungen, die im Kontext der Familie getragen werden müssen, die Schwierigkeiten, die sich ergeben, wenn Kontakte zu Gleichaltrigen nicht gelingen, wenn die Clique einen „mobbt“ oder der Sportverein Kinder mit ADHS lieber nicht aufnimmt – alle diese Belastungen können zu weiteren seelischen Belastungen führen.

Hilfestellungen geben für ein Kind mit ADHS heißt deshalb: Zusammenarbeit mit einem Helfernetz, suche nach Gleichgesinnten, einen langen Atem haben und nicht verzagen!

Dafür sind die Aussichten einer konsequenten Behandlung durchaus beachtlich! So weisen mehrere in- und ausländische Studien darauf hin, dass die multimodale Behandlung entscheidend mithelfen kann bei der Bewahrung vor einer Abhängigkeitserkrankung oder Suchtgefährdung, die sich bei unbehandelten Kindern mit ADHS häufig einstellt. Dieser Effekt allein ist es wert, durchzuhalten und konsequent an die Behandlung heranzugehen.

DER FLUCH DES ANGSTMONSTERS – ANGSTERKRANKUNGEN DIETMAR EGLINSKY

ÄNGSTE GEHÖREN ZUM LEBEN – DIES GILT AUCH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE.

Sie sind meistens mild und halten nur eine begrenzte Zeit an. Die Angstinhalte verändern sich typischerweise im Entwicklungsverlauf:

Gegen Ende des ersten Lebensjahres zeigen sich insbesondere Ängste in Bezug auf fremde Menschen („Fremdeln“), fremde Gegenstände oder Höhen. Bei Kleinkindern steht dann die Angst vor Tieren, Dunkelheit oder dem Alleinsein im Vordergrund. Im Kindergartenalter beziehen sich die Ängste typischerweise auf Fantasiegestalten (Gespenster, Monster, Hexen etc.) oder Naturereignisse (Stürme, Gewitter). Bei Schulkindern richten sich Ängste vor allem auf die Schule, ferner auf Verletzungen, Krankheiten oder auch den Tod aus. Sorgen und Ängste hinsichtlich der sozialen Anerkennung sowie der Sexualität sind typisch für das Jugendalter.

Die Angst an sich ist ein Gefühl, das für unser Überleben ganz bedeutsam ist, denn sie mahnt uns, in unbekannten Situationen zunächst einmal Gefahren abzuschätzen und uns entsprechend vorsichtig zu verhalten. Als beeinträchtigend und quälend erleben es aber die Kinder und Jugendlichen, wenn ihre Ängste übermächtig werden und zu Angststörungen „eskalieren“. In diesen Fällen gelingt es ihnen oftmals nicht mehr, zwischen realer („normaler“) Angst und situationsunangemessener Angst zu unterscheiden. Eine Behandlungsnotwendigkeit ergibt sich insbesondere dann, wenn die Ängste die täglichen Aktivitäten und Erfahrungen der Kindheit (regelmäßiger Kindergarten- bzw. Schulbesuch, soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten etc.) beeinträchtigen und somit die Entwicklung des Kindes gefährden.

Wenn Eltern rechtzeitig Hinweise für eine Angststörung erkennen und angemessene Maßnahmen einleiten, dann können sie ihrem Kind helfen, Komplikationen und vielfältige Folgeprobleme zu verhindern.

Die häufigsten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind:

TRENNUNGSANGST

Sabine ist 7 Jahre alt. Seit einigen Wochen weicht sie ihrer Mutter kaum mehr von der Seite. Ständig befürchtet sie, ihre Mutter könnte, wenn sie das Haus verlässt, von einem Auto überfahren oder von bösen Männern entführt werden. Häufig träumt sie auch davon, gewaltsam von ihrer Mutter getrennt zu werden. Sabines Mutter muss all ihre Überzeugungskraft aufbieten, damit ihre Tochter überhaupt zur Schule geht. Einmal ist Sabine bereits wegen ihrer Angst, ihre Mutter zu verlieren, zu Hause geblieben. Auch die Freundinnen, mit denen sie früher gerne gespielt hatte, besucht sie nun nicht, da sie Sorge hat, dass ihrer Mutter zwischenzeitlich etwas Schlimmes zustoßen könnte.

Kinder mit einer Trennungsängstlichkeit zeigen eine übermäßig starke Angst in Erwartung oder unmittelbar bei der Trennung von den Eltern. Sie befürchten, ihnen selbst oder den Eltern könnte etwas Schlimmes zustoßen, was sie dauerhaft voneinander trennen würde (z.B. ein Unfall, Entführung o.ä.). Häufig vermeiden die Kinder, abends alleine, ohne Licht oder bei geschlossener Tür zu schlafen. Sie mögen nicht alleine zu Hause bleiben, bei Freunden übernachten oder zum Kindergarten oder zur Schule gehen. Die Kinder reagieren häufig gereizt oder aggressiv, wenn die Trennung eingefordert wird – sie schreien, schlagen um sich oder klammern sich an den Eltern fest, um die Trennung zu verhindern. Die Kinder entwickeln typischerweise auch Kopf- oder Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Insbesondere die körperlichen Symptome führen oft zu einer erheblichen Verunsicherung der Eltern: Aus dem Wunsch heraus, die Schmerzen des Kindes zu lindern, unterlassen sie oftmals die Trennung. Kurzfristig hat dies i.d.R. zur Folge, dass die Beschwerden nachlassen und die Kinder sich wieder sehr viel besser fühlen. Mittel- und langfristig kommt es dann aber zur Aufrechterhaltung und Ausweitung der Trennungsangst:

Die Kinder meiden schließlich über lange Zeiträume den Kindergarten- oder Schulbesuch, Kontakte zu anderen Kindern werden seltener und die Eltern werden schließlich durch das Kind „gebunden“, weil dieses nicht zulassen kann, anderen Betreuungspersonen überlassen zu werden etc.

PHOBIEN

Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Störungen, bei der Angst in eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon „Erwartungsangst“.

SPEZIFISCHE PHOBIE

Diana ist 8 Jahre alt. Sie hat eine ausgeprägte Angst vor Hunden. Auf die Straße geht sie nur, wenn sie von ihren Eltern begleitet wird. Bevor sie das Haus verlässt, bespricht sie mit diesen detailliert, auf welchem Weg ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll. Hierbei verwendet sie ein besonderes Augenmerk auf die Grundstücke, von denen sie weiß, dass hier ein Hund gehalten wird. Trifft sie unterwegs unerwartet einen Hund, so reagiert sie mit Panik, klammert sich an ihre Eltern und versucht sich möglichst schnell von dem Tier zu entfernen. Die Angst vor den Hunden begann, als sie in der Nachbarschaft unterwegs war und ein großer Hund bellend aus einem geöffneten Gartentor auf sie zu rannte.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen entwickeln andauernde und irrationale Ängste vor einem bestimmten Objekt, einer Aktivität oder Situation. So beschreiben sie intensive Ängste vor bestimmten Tieren (z.B. Hunden, Spinnen, Insekten etc.) sowie dem Fliegen, großen Höhen, Donner, Dunkelheit, geschlossenen Räumen, einem Arzt- oder Zahnarztbesuch etc..

Diese intensiven Ängste veranlassen das Kind oder den Jugendlichen typischerweise, das Objekt, die Aktivität oder die Situation zu vermeiden.

SOZIALE PHOBIE

Pia ist 10 Jahre alt und hat ständige Angst, ihr könnte etwas Peinliches passieren, wenn sie unter Menschen ist. Besonders schlimm empfindet sie es auf Geburtstagen oder anderen Festen. Hier befürchtet sie etwa, dass ihr beim Essen etwas herunterfallen könnte, so dass alle über sie lachen würden. Außerdem sorgt sie sich, etwas Falsches zu sagen, was die anderen „blöd“ finden könnten. Um diese möglichen Demütigungen zu vermeiden, geht Pia kaum mehr auf Feste, obwohl sie das sehr traurig macht.

Bei der sozialen Phobie befürchten die betroffenen Kinder und Jugendlichen, in bestimmten Situationen zu versagen, sich lächerlich zu machen oder gedemütigt zu werden. Deshalb versuchen sie Situationen zu vermeiden, in denen sie kritisch beobachtet und beurteilt werden könnten – sie unterlassen etwa Gruppenaktivitäten, Freizeitveranstaltungen oder gar den Schulbesuch.

In der Regel haben Kinder mit einer sozialen Phobie Schwierigkeiten, soziale Kontakte aufzunehmen bzw. aufrechtzuerhalten. Bei Kindern kann es sein, dass noch keine Einsicht hinsichtlich der Unangemessenheit ihrer Ängste besteht. Bei ihnen steht die anhaltende Scheu und Angst bei Kontakten mit unbekannten, vor allem auch gleichaltrigen Personen, im Vordergrund. Zu ihren Familienmitgliedern haben sie dagegen häufig ein recht inniges Verhältnis.

Bei Jugendlichen besteht zumeist ein erheblicher Leidensdruck, da sie zumeist den Wunsch haben, Freunde zu gewinnen oder einer Clique anzugehören. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erleben in der angstausslösenden Situation oft Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder den Drang zum Wasserlassen.

AGORAPHOBIE

Dennis ist 14 Jahre alt, er hat Angst, sich in Menschenmengen aufzuhalten, da er fürchtet, dort bei Gefahr nicht mehr „herauszukommen“. Da der Schulbus, mit dem er morgens immer zur Schule fuhr, immer sehr voll ist, kann er vor lauter Angst nicht mehr in ihn einsteigen. Somit muss sein Vater ihn jeden Morgen 8 km zur Schule fahren, seine Mutter holt ihn dann mittags wieder ab. Auch ins Fußballstadion, dass er früher gerne besucht hatte, traut sich Dennis nun nicht mehr. Er ist ganz verzweifelt, aber es gelingt ihm nicht, seine Angst zu überwinden.

Bei der Agoraphobie werden von den betroffenen Jugendlichen Situationen wie Menschenmengen z.B. in Kaufhäusern, großen Einkaufsstraßen sowie öffentlichen Plätzen, Fahrstühlen, öffentlichen Verkehrsmitteln etc. vermieden. Als besonders belastend wird hier erlebt, dass im Falle ausgeprägter Angst die Situation nur schwer – oder unter Peinlichkeit – zu verlassen wäre oder keine Hilfe zur Verfügung stünde.

PANIKSTÖRUNG

Christian ist 13 Jahre alt, ihn überfällt von Zeit zu Zeit die Angst „aus heiterem Himmel“: Christian fängt dann plötzlich an zu zittern, sein Herz schlägt heftig, ihm wird schwindelig und er hat das Gefühl, ohnmächtig zu werden. Diese Angst ist so stark, dass er meint, er würde sterben oder verrückt werden. Wenn dann nach einer Weile alles vorbei ist, bleibt die Angst zurück, zu einem nicht vorhersagbaren Zeitpunkt erneut einen ähnlichen (... vielleicht sogar noch schlimmeren...) Angstanfall zu bekommen.

Das wichtigste Merkmal einer Panikstörung ist das Auftreten unerwarteter Panikattacken ohne ersichtlichen Grund. Es liegt also weder eine realistische äußere Bedrohung, noch eine körperliche Ursache für die intensiven Angstgefühle vor. Die Attacken können Minuten bis zu Stunden dauern und treten oft ohne Vorwarnung auf.

Die begleitenden Symptome sind: Ein starkes Angstgefühl (etwas Schlimmes könnte passieren), Zittern sowie ein rasendes oder stark pochendes Herz. Die Betroffenen beschreiben oft Schwindelgefühl oder Benommenheit, auch können Kurzatmigkeit sowie Würge- oder Erstickungsgefühle auftreten. Manche klagen zudem über Entfremdungsgefühle (ein Gefühl der Unwirklichkeit) oder über die Angst, die Kontrolle zu verlieren, „verrückt zu werden“ oder gar Todesangst. Die Jugendlichen entwickeln oft dauerhafte Befürchtungen, Panikattacken zu bekommen, so dass typischerweise eine „Angst vor der Angst“ entsteht.

Es kann sein, dass Kinder und Jugendliche mit einer Panikstörung generell ängstlich sind, auch wenn sie gerade keine Panikattacke haben. Einige vermeiden Situationen, in denen eine Attacke auftreten könnte, oder eventuell keine Hilfe verfügbar ist. So könnte ein Kind es ablehnen, in die Schule zu gehen oder von seinen Eltern getrennt zu werden. In schweren Fällen besteht sogar Angst, die Wohnung zu verlassen.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

Nicole ist 12 Jahre alt. Ihre Mutter berichtet, schon länger mit den Gedanken gespielt zu haben, ihre Tochter in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorzustellen. Nun sei sie froh, dass sie es endlich geschafft habe.

Nicoles Mutter beschreibt ihre Tochter als einen sehr ernsthaften Menschen, der sich viele Gedanken um Kleinigkeiten mache. Dies sei bereits im Kindergarten zu beobachten gewesen. Bei anstehenden Terminen verursache sie recht viel Stress für die anderen Familienmitglieder, da sie sich übermäßig darum sorge, zu spät zu kommen und nicht alles bei sich zu haben. Obwohl es keine wesentlichen Belastungen im Alltag gebe und auch Nicoles Schulleistungen recht gut seien, grübele sie oft über mögliches Unheil, wie schlechte Zeugnisse, Erkrankungen ihrer Eltern oder gar einen anstehenden Krieg. Oft wirke Nicole angespannt und nervös. Dies finde seinen Ausdruck auch darin, dass sie an den Fingernägeln und Nagelhäuten knabбере. Auch das abendliche Einschlafen falle ihr manchmal schwer, so dass sie morgens oft unausgeschlafen sei.

Die Jugendlichen beschreiben eine intensive und übermäßige Angst vor möglichen Problemen, die ihnen selbst oder aber ihren Familienangehörigen und Freunden widerfahren könnten. Die Angst kann sich auch auf mögliche Schulprobleme, Freundschaften aber auch „eventuellen Katastrophen“ wie beispielsweise schwere Erkrankungen, Unfälle, Erdbeben beziehen. Das Angstgefühl ist somit nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, sondern es ist vielmehr fortwährend zu spüren, sozusagen „frei flottierend“. Somit haben die Betroffenen Schwierigkeiten, ihre Furcht zu kontrollieren.

Kennzeichnend sind weiterhin Nervosität und Anspannung, Schwierigkeiten, sich in der Schule und auf die Hausaufgaben zu konzentrieren sowie Schlafstörungen. Die Jugendlichen kauen häufig an den Nägeln oder drehen an den Haaren, insbesondere, wenn sie sich Sorgen machen oder grübeln.

Auch auf der körperlichen Ebene wird die Angst in Form von ständiger Nervosität, Zittern, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden wahrgenommen.

Kinder und Jugendliche mit einer generalisierten Angststörung zeigen sich oft pessimistisch, überschätzen Gefahren und unterschätzen ihre eignen Fähigkeiten, Herausforderungen oder Ereignisse positiv beeinflussen zu können.

Häufig leidet auch die Familie der betroffenen Kinder unter deren Sorgen und Ängsten: Aus dem Bedürfnis heraus, dem Kind keinen Anlass zur Sorge zu geben, besteht für die Familie die besondere Herausforderung, Alltag und Aktivitäten perfekt zu planen und zu gestalten. Es wird viel Zeit dafür benötigt, das Kind zu beruhigen und Ängste und Sorgen abzubauen. Manchmal entsteht auch ein Vermeidungsverhalten, bei dem das Kind Herausforderungen (z.B. in der Schule oder einem Verein) umgeht, um schlechte oder unbefriedigende Leistungen zu verhindern.

ZUR HÄUFIGKEIT DER ANGSTSTÖRUNGEN

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Die Häufigkeit dieser Störungen wird in unterschiedlichen Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden, bei etwa 10% gesehen.

Hierbei kommt den phobischen Störungen, der sozialen Phobie und der Trennungsängstlichkeit der vergleichsweise größte Anteil zu. Die generalisierte Angststörung ist dagegen relativ selten.

Neuere Studien belegen, dass häufig auch gleichzeitig mehrere Angststörungen bei einem Kind oder Jugendlichen auftreten.

ZUM VERLAUF VON ANGSTSTÖRUNGEN

Der Beginn der Angststörung ist je nach Art der Störung unterschiedlich: Am frühesten – bereits im Kleinkindalter – können Trennungsängste und spezifische Phobien auftreten. Im Kindesalter können erste generalisierte Angststörungen auftreten, die soziale Phobie und die Panikstörung zeigen sich am häufigsten im Jugendalter.

Leider sind Angststörungen im Kindesalter sehr „stabil“, d.h. ohne eine qualifizierte Behandlung ist ein Verschwinden der Symptomatik relativ unwahrscheinlich und es kommt zu einem chronischen Verlauf. Außerdem führen Angsterkrankungen oft zu sozialer Isolation und behindern einen angemessenen schulischen und beruflichen Erfolg. Sie sind leider auch ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen.

Die Angst kann sich auf weitere Angstbereiche ausbreiten. Betroffene entwickeln möglicherweise Depressionen, die in ausgeprägten Fällen mit einer Selbstmordgefährdung einhergehen können. Um ihre Angst zu unterdrücken, nutzen Jugendliche Alkohol oder illegale Drogen im Sinne einer „Selbstmedikation“. Ein erhöhtes Risiko für eine Suchtmittelabhängigkeit ist somit bei einigen Jugendlichen gegeben.

ZUR BEHANDLUNG

Der erste Schritt in der Behandlung von Angstproblemen besteht darin, mögliche körperliche Ursachen auszuschließen. Da es eine ganze Reihe von Erkrankungen gibt, die mit erheblichen Angstsymptomen einhergehen können (z.B. Asthma bronchiale, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Herz-/ Gefäßerkrankungen u.v.m.) sollte zunächst eine gründliche Untersuchung des Kindes / des Jugendlichen beim Kinder- und Jugendarzt bzw. Hausarzt erfolgen. Dieser wird sicherlich auch nach eingenommenen Medikamenten fragen, Jugendliche würden hinsichtlich ihres Umgangs mit Drogen befragt. Dies ist wichtig, da auch Pharmaka oder Drogen Angstsymptome verursachen können.

Sollten sodann körperliche Ursachen ausgeschlossen sein und auch Medikamente bzw. Drogen als Verursacher der Angstsymptomatik nicht in Betracht kommen, so sollte sich eine ausführliche Diagnostik bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten anschließen. Zunächst erfolgt eine ausführliche Befragung, an der selbstverständlich auch die Eltern teilnehmen sollten. Gegebenenfalls folgt in einem nächsten Schritt eine testpsychologische Untersuchung. Anhand der erhobenen Informationen wird schließlich ein ganz individueller Therapieplan für das Kind / den Jugendlichen erarbeitet.

Insbesondere verhaltenstherapeutische Verfahren haben sich in der Behandlung von Angsterkrankungen als hilfreich erwiesen. Zentrale Elemente hierbei sind die ausführliche Aufklärung der Betroffenen über die Besonderheiten der Angstsymptomatik, die Bearbeitung von sog. „kognitiven Verzerrungen“ (unangemessene Bewertung von angstausslösenden Situationen), der Abbau von Vermeidungsverhalten sowie schließlich die Konfrontationsbehandlung: Kinder lernen hierbei, sich Angstsituationen nach und nach auszusetzen. Bewältigt haben sie ihre Angst dann, wenn sie sich ohne Furcht und Beklemmungen der angstmachenden Situation stellen können.

Für den Fall, dass mit verhaltenstherapeutischen Verfahren keine ausreichenden Therapieerfolge erzielt werden können, besteht eine weitere Möglichkeit darin, eine „unterstützende“ medikamentöse Behandlung durchzuführen.

Diese Maßnahme sollte sehr eingehend mit dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater besprochen werden. Aufgrund der relativ geringen und wenig gravierenden Nebenwirkungen können moderne Antidepressiva (sog. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) angewandt werden.

Bei einigen Kindern müssen die tieferliegenden Ursachen von Ängsten über einen längeren Zeitraum behandelt werden. So ist beispielsweise bei älteren Kindern oder Jugendlichen die Schulphobie (s.o.) eine schwerwiegende Krankheit, die oft einer intensiven Behandlung bedarf.

Eine frühzeitige Behandlung kann dazu beitragen, die vielfältigen oben beschriebenen Folgeprobleme zu verhindern.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass – wie bei den meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter – die Beteiligung der Eltern im Verlauf des therapeutischen Prozesses auch bei den Angsterkrankungen von großer Bedeutung ist und sie wesentlichen Anteil am Therapieerfolg hat.

ANGST- UND ZWANGSSTÖRUNGEN

ALEXANDER MARCUS

FALLBEISPIELE

Eine 15jährige Jugendliche schreibt:

Eigentlich war ich ja schon immer ängstlich. Meine Mutter sagte mir, ich wollte nicht gerne im Kindergarten bleiben. Geweint hätte ich und mich an die Mutter geklammert. Daran kann ich mich aber nicht erinnern. Woran ich mich aber noch genau erinnere ist, dass die Türe meines Kinderzimmers offen bleiben und ein kleines Licht brennen musste, wenn ich zu Bett ging. Was ich auch noch weiß ist, dass ich Angst vor Meerschweinchen hatte. Auch heute mag ich alle Tiere nicht besonders, die kleiner als Katzen sind. Meine Freundinnen können das nicht verstehen, sie finden diese Tiere so süß. Richtige Angst habe ich aber lediglich vor Spinnen und Schlangen. Das merkt aber niemand. Heute ist mein Problem, dass ich Angst vor Höhen habe. Ich kann nicht auf einen Balkon gehen, offene Fenster in oberen Stockwerken sind unangenehm, die Hölle sind aber Brücken, auch wenn ich mit den Eltern im Auto sitze. Mama versteht das, da sie auch Brücken nicht mag. Ich probiere dann, wenn ich auf Klassenfesten bin und alle auf den Balkon gehen oder Fenster zwischendurch geöffnet werden, irgendeine Ausrede zu finden, auch wenn sie noch so blöde ist. Ganz schlimm war die Klassenfahrt in den Schwarzwald. Wir fuhren mit dem Zug über hohe Brücken und bei einer Wanderung sollten wir über einen schmalen Steg gehen. Dabei ist es passiert. Mir wurde ganz schlecht, meine Hände wurden feucht, alles drehte sich im Kreis, ich zitterte am ganzen Körper, mein Herz klopfte wild und schlug mir bis zum Hals, ich klammerte mich an meine beste Freundin, aber am liebsten wäre ich laut schreiend davongelaufen. Mir war das super peinlich. Unsere Lehrerin schickte mich dann mit meiner Freundin zurück. Sobald ich von dem schmalen Steg weg war ging es mir besser. Zum Glück hat meine Lehrerin mit der Klasse gesprochen und ich brauchte am nächsten Tag nicht mit dem Lift auf den

Feldberg fahren. Zu Hause angekommen informierte meine Lehrerin meine Mutter und riet uns, eine Therapeutin oder einen Therapeuten aufzusuchen.

Ein 17-jähriger Jugendlicher schreibt:

Angefangen hatte es, als ich etwa 14 Jahre alt war. Ich wollte ein Fußballspiel im Fernsehen anschauen. Mir wurde schlecht und ich musste mich übergeben. Seither habe ich die Befürchtung, ich müsste erbrechen. Ich esse daher vor einem Spiel nichts mehr und auch wenn ich auf eine Klassenfete gehe, dann esse ich nichts mehr, da ich dann ja nicht erbrechen kann. Ich bin inzwischen 17 Jahre alt und habe auch angefangen, meine Hände öfter zu waschen. Sie sind schon richtig wund davon. Aber ich glaube, wenn ich es nicht tue, dann könnte ich andere Menschen mit meinen Körperausscheidungen verunreinigen. Am Morgen dauern die Reinigungsprozeduren etwa 1 Stunde. Ich kann aber ohne diese Handlungen die Wohnung nicht verlassen. Die Klinke der Badezimmertür fasse ich beim Betreten nicht an, sondern öffne sie mit dem Ellenbogen. Ich habe Angst, dass diese Zwänge immer mehr werden, aber ich schaffe es nicht, sie zu lassen. Ich weiß schon, dass es Blödsinn ist, aber nur, wenn ich mich reinige, traue ich mich unter die Menschen. Aber auch zwischendurch muss ich immer wieder zur Toilette, um mich zu säubern.

ÜBER ÄNGSTE

Ängste gehören zur normalen Entwicklung des Menschen. Über 95 Prozent aller Menschen haben in der Kindheit und im frühen Jugendalter mindestens einmal intensive Ängste erlebt. Typisch für das Vorschulalter sind dabei Ängste vor Tieren, Dunkelheit, Einbrechern, Naturphänomenen (Gewitter), Verlassen werden und im Grundschulalter vor Tod, Krankheiten, Bedrohlichem und Unheimlichem. Ängste sind meist auf eine spezifische Situation (Menschenansammlungen, Prüfungssituationen = Angst vor Leistungsversagen) oder bestimmte Objekte (Tiere, geschlossene Räume) gerichtet und werden dann als Phobien bezeichnet. Es können sich aber auch Ängste entwickeln, die sich darauf beziehen Angst zu bekommen (Angst vor der Angst). Angststörungen sind verbunden

mit Gedanken an Ereignisse, die schrecklich sein würden und nicht bewältigt werden könnten. Wir sagen ja auch, dass ich Angst vor etwas habe. Das drückt das Problem sehr gut aus, denn ich habe entweder örtlich oder zeitlich vor etwas Angst. Aber in der Regel werden die angstauslösenden Gedanken überhaupt nicht so weit zu Ende verfolgt, so dass gar nicht erkannt wird, dass es sich überwiegend um unsinnige Vorstellungen handelt. Im Gegenteil werden die Gedanken schon sehr früh gestoppt („ich werde sie nicht aushalten können“) und die Situationen, vor denen das Kind Angst hat werden vermieden. Dadurch erlebt das Kind aber nicht, dass die Angst eben nicht kontinuierlich zunehmen, sondern sich nach einer gewissen Zeit auf einer gleich bleibenden Höhe stabilisieren und dann abfallen wird. Durch sein Vermeidungsverhalten erfährt es ein sofortiges Abnehmen seiner Angst und das Kind wird daher eher zum Vermeiden, als zum Aushalten seiner Ängste tendieren (negative Verstärkung). Nicht selten findet man bei einem Elternteil ebenfalls Angststörungen. Inzwischen wurden auch genetische Faktoren gefunden, die mit dem Auftreten spezifischer Ängste verknüpft sind.

Ein Behandlungsbedarf ist dann zu sehen, wenn die Ängste über einen längeren Zeitraum als 6 bis 8 Wochen anhalten und das Kind in der Familie oder in der Schule und der Freizeit erhebliche Einschränkungen erfährt. Solchermaßen ausgeprägt auftretende Ängste können aber auch Merkmal anderer psychischer Störungen sein die ausgeschlossen werden müssen.

ÜBER ZWÄNGE

Eng mit den Angststörungen sind Zwangshandlungen und Zwangsgedanken verknüpft. Magisches Denken ist im Kindesalter aber ein geläufiges Merkmal und gehört zur normalen Entwicklung dazu. Die meisten Menschen tendieren dazu, in belastenden Situationen nach entlastenden Verhaltensweisen zu greifen. Durch das entsprechende Verhalten spürt der Betreffende eine deutliche Entlastung, d.h. in der Regel eine Abnahme von Angst. Diese Abnahme der Angst verführt dazu, die unsinnigen Handlungen (Waschzwänge, Zählzwänge, Kontrollzwänge) immer wieder auszuüben. Zwänge dienen also in der Regel dazu, Ängste abzumildern, wenngleich sie ein inadäquates Mittel sind. Bei bestimmten Störungen wie dem Tourette-Syndrom sind zwar zwanghafte

Verhaltensweisen häufig, doch ist unklar, ob es sich um Zwänge handelt. Hier berichten die Betroffenen über keine Ängste, die sie durch zwangsähnliche Handlungen zu bessern suchen. Daher muss man bei vermeintlichen Zwängen auch an komplexe Tics denken. Nicht selten treten Zwänge im Rahmen von Überforderungen auf. Die dann entstehenden Ängste vor Versagen (Leistungsversagen, Angst andere Menschen zu enttäuschen) werden dadurch vermindert, dass Rituale und Zwänge ausgeführt werden.

Zwangshandlungen sind dann zu behandeln, wenn sie den Ablauf des Alltags stören und vom Kind oder dessen Umgebung daher als belastend erlebt werden. Sie können auch einen selbstschädigenden Charakter annehmen, wenn z.B. Waschwänge zu Verletzungen der Haut führen.

Die Behandlung kann, wenn auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen verändert wurden, durch eine Konfrontation mit der Situation erfolgen, in der gewöhnlich die Zwangshandlungen ausgeübt werden. Diese Handlungen sollen dann unterlassen werden, worauf in der Regel die angstbesetzten Gedanken auftreten, anfangs an Intensität zunehmen, bevor sie dann abnehmen. Das Kind erlebt sich als handlungswirksam, so dass es noch bestehenden oder zukünftigen Zwangsgedanken oder Handlungen bereitwilliger Widerstand leisten wird. Sehr wirksam können psychotherapeutische Interventionen durch eine begleitende Medikation unterstützt werden. Die beste Datenlage im Kindes- und Jugendalter existiert für die Antidepressiva, welche die Serotoninaufnahme in die Synapse (Übergang zwischen Nervenzellen) hemmen.

FALLBEISPIELE

Ein 12jähriges Mädchen berichtet:

Ich glaube es hat mit Blinzeln angefangen. Damals ging ich noch in den Kindergarten. Später musste ich die Nase verziehen. Das haben dann die anderen Kinder gemerkt. Als ich dann zur Schule ging wollte ich es mir nicht anmerken lassen und habe versucht es zu lassen. Zumindest während der Schulzeit hat es auch geklappt. Aber zu Hause. Meine Mutter war ganz genervt. Ich habe da oft gezuckt. Nicht nur Blinzeln und Nase verziehen, ich musste auch

die Schultern hochziehen und so komische Bewegungen mit den Fingern machen. Besonders schlimm war es gegen Abend und beim Fernsehen. Da habe ich Stress mit den Eltern deswegen gekriegt, die haben gesagt, ich solle mich doch endlich mal zusammennehmen. Es ging aber nicht oder nur eine bestimmte Zeit. Und danach war es ja fast noch schlimmer mit den Bewegungen. Dann hatte meine Mutter was über Tics im Fernsehen gesehen. Wir sind dann zum Arzt gegangen. Ich wurde untersucht, ich kam mir ziemlich blöd dabei vor, aber jetzt klappt es viel besser. Allerdings musste ich zuletzt doch ein Medikament nehmen, aber die Tics sind viel besser und die restlichen Zuckungen kann ich gut kontrollieren. Nur manchmal, wenn ich Angst habe, oder Stress oder wenn ich sehr müde bin, dann spüre ich, dass ich mehr Tics habe.

Ein Junge berichtet:

Bei mir hat es gleich angefangen, nachdem ich in die Schule gekommen war. Dauernd musste ich blinzeln, Mund und Nase verziehen. Erst haben meine Eltern gedacht, ich hätte vielleicht was mit den Augen. Ich musste zum Augenarzt. Der meinte aber, es sei alles in Ordnung. Bald wurde es mit dem Mundverziehen besser, aber nun musste ich dauernd den Kopf zur linken Schulter bewegen. Ich habe vorher so eine komische Anspannung gefühlt und die wurde besser, wenn ich die Bewegung machte. So in der dritten Klasse kam noch ein Räuspern hinzu. Ich hatte so ein blödes Kratzen im Hals, das mit dem Räuspern wegging. Aber nur für kurze Zeit. Seit etwa einem halben Jahr muss ich Freunde immer mit meinen Fingern am Oberarm berühren und mit den Handflächen an Tischkanten entlang streifen. Meine Schulsachen auf dem Tisch müssen immer nach bestimmten gleichartigen Mustern angeordnet werden. In letzter Zeit traue ich mich auch nicht mehr so gerne zu meinen Freunden zu gehen, ich fühle mich zu Hause einfach wohler. Außerdem behaupten meine Eltern und auch einige Lehrer, ich könne mich schlecht konzentrieren. Aber das war schon immer so gewesen.

ÜBER TIC- UND TOURETTE-STÖRUNGEN

Tics sind keine dumme Angewohnheit. Sie treten etwa vom fünften Lebensjahr an auf, am häufigsten scheinen sie mit 8 Jahren zu beginnen. Jedes fünfte Kind hat einmal vorübergehend Tics gezeigt, bei einigen bleiben sie aber über ein Jahr bestehen und werden als chronisch bezeichnet. Die Bereitschaft für Tics wird offensichtlich vererbt, wenngleich das hauptsächlich verantwortliche Gen (oder die verantwortlichen Gene) bisher noch nicht gefunden wurde. Bei Tics handelt es sich um Bewegungen oder Lautäußerungen, die ohne den Willen des Betroffenen ausgeführt werden. Natürlich können die Laute und Bewegungen auch bewusst zustande kommen. Tics können aber mit dem Willen für eine gewisse Zeit, jedoch nicht dauerhaft unterdrückt werden. In ihrer schwersten Ausprägung zeigen sich neben den Bewegungen und Lautäußerungen auch komplexe Handlungen wie Berühren von Personen, von Gegenständen und Handlungen, die an Zwänge erinnern, teilweise jedoch komplexe Tics sind. Bei Stress, Angst und Müdigkeit nehmen Tics zu. Daher sind bei Kindern die Tics dann besonders ausgeprägt, wenn sie aus der Schule nach Hause kommen, während sie zuvor in der Schule kaum zu bemerken waren. Sind die Kinder eine halbe Stunde zu Hause, nehmen sie wieder an Intensität ab, um dann während der Hausaufgaben wieder zuzunehmen. Auch im jahreszeitlichen Verlauf können Tics in ihrer Ausprägung schwanken. Nicht selten kommen Tics gemeinsam mit Aufmerksamkeitsstörungen und Trennungsängsten vor. Dauern Tics länger als ein Jahr und führen sie zu Beeinträchtigungen durch Hänseleien oder Unverständnis, so sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.

Zur Behandlung stehen verhaltensmodifizierende Techniken (Umwandeln in unauffällige Bewegungen, Bewegungsumkehr), Entspannungsverfahren sowie medikamentöse Interventionen zur Verfügung.

„ICH WILL LEICHT SEIN WIE DIE LUFT“

ZUM KRANKHEITSBILD DER ESSSTÖRUNG

EVA BERGHEIM-GEYER



FALLBEISPIEL

Eine junge magersüchtige Patientin schreibt folgendes:

Ich bin hier, weil ich Hilfe brauche. Ich soll mich bemühen zuzunehmen, aber das Problem ist ja nicht nur, dass mir das rein körperlich so schwer fällt, sondern auch, dass ich gar nicht zunehmen will, bzw. wahnsinnige Angst davor habe, dass ich mich mental einfach auf gut Deutsch beschissen fühle, wenn ich zu viel gegessen habe, wenn ich aufgeessen habe.

Ich habe wegen solcher Gedanken ein wahnsinnig schlechtes Gewissen. Wenn ich so viel gegessen habe, habe ich dann, weil ich das gar nicht aushalte, Sportübungen gemacht. Da ist diese wahnsinnige Angst zu viel zu essen und zuzunehmen. Ich habe solche Angst, Angst wieder alles falsch zu machen, wie als ich in diese Krankheit reingerutscht bin. Ich habe Angst zuzunehmen. Ich weiß ja, dass ich muss, und damit fühle ich mich alleine gelassen.

Nach dem Streit mit meinen Eltern habe ich meine Portionierung aufgegessen und 1 ½ Stunden daran rumgekauert. Ich hatte das Gefühl, ich würde platzen. Schon nach der Hälfte habe ich nur noch geheult. Ich hätte das alles ausgebrochen, wenn ich gekonnt hätte. Ich wäre 2–3 Marathons gelaufen, hätte ich gedurft. Dann riefen meine Eltern an, auch um zu kontrollieren, ob ich im Bett bin und mein Vater hat mir wieder Vorwürfe gemacht. Ich habe mich einfach nur alleingelassen, nicht geliebt, im Stich gelassen gefühlt. An dem Abend war es so, wie es auch zuhause war, absolute Verzweiflung, das Gefühl, so keine Minute weitermachen zu können, das Gefühl einfach nur sterben zu wollen, zu beten, einfach tot umfallen zu können, weil man nicht mehr die Kraft hat, sich umzubringen, einfach alles aus sich herauszuschreien, sich am liebsten die Fingernägel in den Arm zu graben, die Beherrschung, all das nicht zu tun. Zuhause hat mich dann ein paar Mal meine Mutter festgehalten, aber als es wieder passierte und sie unterschiedlich reagierte, verunsicherte mich das auch sehr. Meine Krankheit hat ja auch mit dem Heimweh nach Geborgenheit zu tun, nach in den Arm genommen werden.

Wir unterscheiden drei Formen von Essstörungen:

1. **Magersucht (Anorexia nervosa)**
2. **Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)**
3. **Essstörung mit Fressattacken (Binge Eating Disorder)**

Allen drei Gruppen von Essstörungen ist gemeinsam, dass die Nahrungsaufnahme nicht durch Signale des Körpers wie Hunger oder Sättigung gesteuert wird.

1. MAGERSUCHT (ANOREXIA NERVOSA)

Von Magersucht reden wird dann, wenn ein selbst verursachter Gewichtsverlust bzw. unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme vorliegt. Deutlich erkennbar ist die Störung des Körperbildes, wie es ein Mädchen von sich selbst darstellt: Sie nimmt sich im Spiegel als fett und dick wahr, in der Realität ist sie jedoch ein Knochenbündel.

Kennzeichen:

- ein BMI (Body-Mass-Index = Gewicht in Kg durch Körpergröße in Metern zum Quadrat) von unter 10 % der Altersperzentile bzw. ein BMI von unter 17,5 bei Mädchen in der Pubertät
- absichtliche Gewichtsabnahme
- Angst vor Gewichtszunahme
- Vermeidung von Nahrungsmitteln mit hoher Kalorienzahl bzw. nahezu vollständiger Verzicht auf Nahrungsaufnahme und/oder die Beschränkung auf ganz bestimmte Lebensmittel
- sehr langsames und ritualisiertes Essen sowie Horten und Verstecken von Lebensmitteln
- häufige Gewichtskontrollen, etwa mehrmals tägliches Wiegen
- gelegentlich zusätzliches Erbrechen und/oder Abführmittelmissbrauch
- exzessive sportliche körperliche Betätigung
- fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht
- körperliche Symptomatik, wie z.B. Ausbleiben der Menstruation bzw. Nichteinsetzen der Menstruation, Mangeldurchblutung der Finger und Zehen, Absinken der Herzfrequenz (Bradykardie), Abfall bestimmter Laborparameter, wie Elektrolyte (Kalzium, Kalium, Natrium)

Die körperlichen Folgeerscheinungen von exzessiver Mangelernährung können in 10 bis 15 % tödlich sein.

2. BULEMIA NERVOSA

Diese Erkrankung ist definiert durch häufige Fressattacken, gefolgt von Erbrechen der aufgenommenen Nahrung und/oder dem Einsatz von Abführmitteln und dazwischenliegenden Fastenperioden. Der Häufigkeitsgipfel dieser Störung liegt bei 18 bis 20 Jahren.

Kennzeichen:

- Fressattacken mit der Aufnahme großer Nahrungsmittelmengen
- Erbrechen im Anschluss an die Fressattacken
- Missbrauch von Abführmitteln und Entwässerungsmitteln und/oder Appetitzüglern
- Fastenperioden gefolgt von Fress- und Brechattacken
- Störung der eigenen Körperwahrnehmung wie bei der Magersucht
- teilweise Verlust der Impulskontrolle, was zu Ladendiebstählen, Alkohol-, Tabletten- und Drogenexzessen, unkontrolliertem Geldausgaben und selbstverletzendem Verhalten führen kann
- körperliche Symptome, wie Hormonstörung und Elektrolytmangel, Karies, deutliche Vergrößerung der Speicheldrüsen durch das häufige Erbrechen

3. BINGE-EATING-STÖRUNG

Bei dieser Essstörung finden sich wiederholte Fressanfälle mit Kontrollverlust, in denen zum Teil extrem große Mengen gegessen werden in einem kurzen Zeitraum. Etwa 30% der jungen übergewichtigen Patienten leiden unter diesen Essattacken. Der Beginn dieser Störung liegt im Alter zwischen 9 und 12 Jahren.

Kennzeichen:

- die Nahrung wird in großen Mengen schneller als es normalerweise üblich ist zu sich genommen
- das Essen führt zu einem schmerzhaften Völlegefühl, es wird trotzdem weitergegessen
- die Nahrungsaufnahme folgt nicht einem normalen Hungergefühl
- die Betroffenen essen in der Regel alleine, aus Beschämung über die große Menge, die sie essen

- es besteht ein Ekelgefühl wegen dem, was getan wird, Depression und große Schuldgefühle treten nach dem übermäßigen Essen in der Regel auf
- nach den Fressanfällen gibt es im Unterschied zu den magersüchtigen bzw. bulimischen Patienten nicht regelmäßig den Versuch, die aufgenommene Nahrungsmenge wieder durch Erbrechen oder durch Abführen loszuwerden

Bei den anorektischen und bulimischen Patienten überwiegen bei weitem die Mädchen. Auf etwa 12 erkrankte Mädchen kommt ein erkrankter Junge. Die Häufigkeit des Auftretens von Magersucht liegt bei 20 auf 100.000 Personen der entsprechenden Altersgruppe. Doppelt so häufig wird das Auftreten einer Bulimie in der entsprechenden Altersgruppe geschätzt. Vergleichbare Untersuchungen bei Jugendlichen mit Binge-Eating-Störung liegen noch nicht vor.

Bei den Mädchen mit Magersucht und Bulimie finden sich oft in den Familien besonders strenge Wertvorstellungen und das Ignorieren unangenehmer Gefühle, wie Wut oder Eifersucht, sodass die Konflikte in den Familien eher verdeckt bleiben und nicht offen ausgetragen werden. Oft finden wir in dem Umfeld von essgestörten Jugendlichen eine besondere Bedeutung des Körpers, d.h. eine besondere Bedeutung des gesellschaftlichen Schlankkeitsideals, überdurchschnittlich viele dieser Jugendlichen sind Ballettschülerinnen, haben den Berufswunsch Modell oder Schauspielerinnen zu werden. Es finden sich aber auch viele Essgestörte unter Leistungssportlerinnen.

Bei einer Umfrage in den Gymnasialklassen 9-12 ergab sich, dass 70 % der Mädchen dünner sein wollten als sie sind. In einer Umfrage an 5.000 europäischen Schulen und Schülerinnen zwischen 8 und 16 Jahren fanden sich immerhin 41,8 % der Mädchen zu dick. Bereits die Hälfte der 11- bis 13-jährigen Mädchen haben Diäterfahrung. Immer mehr essgestörte Patientinnen kommen in unsere Behandlung, deren Mütter selbst ihr Leben lang Diät vorgelebt haben.

Nur 30 % der Magersüchtigen bezwingen ihre Sucht und erreichen irgendwann Normalgewicht und lernen damit zu leben, mit Freude zu leben. 35 % nehmen nur geringfügig zu, behalten jedoch ihre verzerrte Körperwahrnehmung und die Fixierung auf das Gewicht. 25 % bleiben chronisch magersüchtig und rund

10-15 % schaffen nie den Sprung in das normale Leben. Mitten im Überfluss verhungern sie oder beenden auf andere Art ihr Leben.

Die Nahrungsaufnahme ist die früheste Interaktion zwischen Mutter und Kind, zwischen dem Kind und der Umwelt. Es ist die ursprünglichste Aufgabe einer Mutter oder ihrer Ersatzperson ihr Kind zu ernähren. Auf beiden Seiten entsteht Irritation, wenn diese Aufgabe nicht gelingt. Der schreiende Säugling, der Hunger hat, empfindet existentielle Angst in einer Phase, in der das **Urvertrauen** gegen das Urmisstrauen kämpft, wenn die Mutter sein Signal nicht erkennt. Eine gelungene **frühe Phase und Interaktion zwischen Mutter und Kind** ist wichtig für das Vertrauen in sich selbst, das Vertrauen in andere und vor allem für das Vertrauen darauf, verstanden zu werden. Magersüchtige und bulimische Mädchen übernehmen oft eine perfekte Rolle, die des gut funktionierenden Kindes, sozialkompetent, leistungsstark, eben Musterschülerinnen. Tief innen aber sitzt die Angst, nicht gut genug zu sein, nicht geliebt zu werden.

Nicht selten finden wir aber bei essgestörten Mädchen auch eine erhebliche Traumatisierung, gerade bei den Mädchen, die sich um sich zu schützen, im wahrsten Sinne des Wortes eine dicke Haut zulegen, um dadurch ihre Weiblichkeit zu verdecken, oder abmagern bis auf die Knochen, um ihre Weiblichkeit nicht annehmen zu müssen. Viele dieser betroffenen wirken stark, sehr stark. Gleichzeitig zeigt ein Blick in die Augen, wie traurig sie sind, maßlos traurig und allein. Diese Traurigkeit kann hinführen zu dem Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, sodass wir die Selbstzerstörung durch die Essstörungen auch in einigen Fällen als schleichenden Selbstmordversuch ansehen können, der Wunsch sich langsam aufzulösen, bis dazu, nichts mehr an Körperlichkeit zu zeigen.

Eine **ambulante Therapie** mit regelmäßigen engmaschigen Gesprächen sowohl alleine mit den Jugendlichen als auch intensiv mit der ganzen Familie ist sicherlich die Therapieform erster Wahl.

Reicht dies nicht zur psychischen und physischen Stabilisierung aus, bzw. ist der körperliche Zustand so schlecht, dass Lebensgefahr besteht, wird ein **stationärer Aufenthalt** nötig. Auch in der Klinik werden genauso wie im ambulanten Setting intensiv Gespräche geführt, sowohl in Form von Einzeltherapie,

Familientherapie und Gruppentherapie. Insbesondere haben bei den Jugendlichen mit gestörter Körperwahrnehmung Körpertherapie, Musiktherapie und Reittherapie einen besonderen Stellenwert. Alle Therapieformen zusammen werden in einem Gesamtplan erfasst, Ziel sowohl der ambulanten als auch der stationären Therapie ist es, eine Nachreifung dieser Jugendlichen zu ermöglichen, sie zu ermutigen und zu ermuntern das Leben als lebenswert annehmen zu können, **beginnen zu leben**.

Eine gute therapeutische Beziehung hält oft lange an, nicht nur zu den Jugendlichen selbst, sondern auch zu den Eltern. Durch diese Bindung wird es dann auch möglich, in erneuten Krisensituationen wieder Kontakt aufzunehmen und rechtzeitig erneut Hilfe zu suchen, wenn es nötig ist.

Ziel der Therapie ist es, Hilfe zu geben zur Nachreifung, damit Weiblichkeit und Erwachsenwerden keine Angst mehr macht, Freiheit und Autonomie lustvoll gelebt werden können auf dem Hintergrund einer sicheren Bindung.

Sich selbst etwas wert zu sein, sich selbst etwas zuzutrauen, das über die Körperlichkeit hinaus geht – wenn nötig mit therapeutischer Hilfe – kann die Angst vor der Freiheit und dem Leben nehmen und so den Teufelskreis der Sucht durchbrechen.

Web-Links:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de

ANAD e.V. – Beratungsstelle für Essstörungen: www.anad-pathways.de

DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

BRIGITTE POLLITT

FALLBEISPIELE

Tom, 17 Jahre, berichtet:

„Ja, man fühlt sich halt niedergeschlagen. Es fühlt sich so an, als ob man krank wird, eine Erkältung bekommt oder sowas. Man ist irgendwie ausgepowert, traurig halt auch. Man fühlt sich irgendwie so lustlos, gammelt den ganzen Tag nur rum und hat keine Kraft, irgendwas zu tun. Schon gar nicht Lachen oder so.

Also, vor zwei Jahren hatte ich eine ganz schwere Winterdepression, über Weihnachten. Da lag ich in meinem Zimmer. Die anderen waren draußen, beim Weihnachtsessen an Heiligabend. Und ich konnte da nicht rausgehen. Und da habe ich gehört, wie meine ganze Familie da war, auch Oma. Und wie da das Essen war im Wohnzimmer. Und da ging es mir irgendwie noch schlechter, weil ich dann noch darüber nachdachte, dass es denen ja auch schlechter ging, weil ich ja nicht rauskam. Es hat denen ja auch leidgetan. Meine Oma war ganz oft an meiner Tür und hat geklopft und gesagt, ich soll rauskommen und so. Und ich hab' dann immer nur gesagt: „Hau' ab“ oder so. Ja, und als dann Weihnachten vorbei war, so irgendwann nachts, als alle schliefen, da bin ich dann aus meinem Zimmer raus. Und dann ging es mir dann noch schlechter. Da dachte ich: So, dass war es jetzt. Weihnachten ist vorbei und du hast die ganze Zeit in deinem Bett gelegen, hast irgendwie deine ganze Verwandtschaft unglücklich gemacht und traurig. Das war dann richtig nochmal ein Bonus für die Depression. Und dieses Gefühl, dass es jetzt noch ein Jahr ist, bis wieder Weihnachten ist, bis ich das wieder gut machen kann, das war dann halt richtig, richtig schlimm.“

Sonja, 17 Jahre, berichtet:

„Ich habe an vielen Dingen, die ich früher schön fand, das Interesse verloren. In der Schule kam ich nicht mehr mit. Ich habe mich von Freunden zurückgezogen und war immer sehr still und auch sehr traurig. Von meinen ganzen Freunden hab' ich mich zurückgezogen, weil ich mehr Zeit für mich selber brauche – zum Nachdenken, was ich besser machen kann, was ich verändern kann und brauch' halt einfach meine Zeit für mich alleine.“

Die Eltern von Tim, 8 Jahre, berichten:

„In den letzten Wochen wirkt Tim oft traurig und in sich gekehrt. Er lacht nicht mehr so viel wie andere Kinder. Wir bekommen ihn kaum aus seinem Zimmer raus – auch die Dinge, die er früher gern gemacht hat, Fußball spielen, Lego bauen, dem Opa helfen, scheinen ihm keinen Spaß mehr zu machen. Er scheint sich oft zu langweilen, lässt sich aber auch zu nichts locken, auch nicht zum Schwimmen. Manchmal reagiert er sehr gereizt, bekommt schlimme Wutanfälle und lässt sich nicht beruhigen. Danach weint er ganz doll und ist total verzweifelt. In der letzten Woche war er zum Geburtstag eingeladen. Da stand er nur dabei und hat nicht mitspielen können. Abends kann er schlecht einschlafen. Er kommt wieder häufiger in unser Bett. Morgens vor der Schule beklagt er oft Bauchschmerzen. Der Kinderarzt hat ihn untersucht und nichts finden können. Die Lehrerin sagt, dass er kaum noch Kontakt zu den Klassenkameraden hat und manchmal richtig abwesend wirkt.“

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit. Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression im Laufe des Lebens zu erkranken, liegt bei 10 bis 20 %. Etwa 2 % aller Schulkinder und 5 % aller Jugendlichen leiden an Depressionen. Etwa 20 bis 30 % der Erwachsenen mit chronischen Depressionen waren erstmalig mit 12 bis 14 Jahren depressiv erkrankt. Aber was genau ist eine Depression? Wie sehen die Symptome aus?

Psychische Symptome:

Traurigkeit
Innere Leere
Hoffnungs- und Sinnlosigkeit
Vermehrtes Grübeln
Antriebschwäche
Entscheidungsschwäche
Verlust von Interesse
Konzentrationsschwierigkeiten
Minderwertigkeitsgefühle
Gefühle der Wertlosigkeit
Selbsttötungsgedanken

Anzeichen wie Traurigkeit oder Reizbarkeit, Antriebsmangel und Freudlosigkeit und weitere Symptome sprechen besonders dann für das Vorliegen einer Depression, wenn

- die Auffälligkeiten besonders ausgeprägt sind,
- länger anhalten,
- sich das Kind oder der Jugendliche im Vergleich zu früher merklich verändert hat,
- das Kind oder der Jugendliche sehr darunter leidet,
- es im Alltag zu Beeinträchtigungen kommt.

(aus Ratgeber: „Traurigkeit, Rückzug, Depression“)

Depressionen verringern die Leistungsfähigkeit des Betroffenen deutlich und sind mit großen Risiken für die Entwicklung verbunden. Das Suizidrisiko ist deutlich erhöht. Es kann zu zusätzlichen Erkrankungen wie Angststörungen und Drogen- und Alkoholmissbrauch kommen. Das Risiko, im Erwachsenenalter an Depressionen zu erkranken, ist erhöht.

Über 90 % der depressiven Kinder und Jugendlichen weisen nach drei Jahren keine depressiven Symptome mehr auf. Viele Studien berichten allerdings auch hohe Rückfallraten.

Körperliche Symptome:

Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen
Spannungs- und Druckgefühle
Schlafstörungen
dauernde Müdigkeit
Ess- und Appetitstörungen
Atemstörungen
Schwindel
häufiges Weinen auch ohne Grund

URSACHEN

Warum werden Kinder und Jugendliche depressiv?

Häufig finden sich bestimmte Lebensereignisse als Auslöser für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Aber nicht immer ist ein Auslöser zu erkennen, so dass wir nach heutigem Wissensstand davon ausgehen, dass ein Zusammenwirken von psychologischen, biologischen und sozialen Faktoren zur Entstehung von Depressionen beiträgt.

Was macht anfällig für Depressionen?

- Biologische Anfälligkeit – z. B. genetische Vorbelastung, körperliche Erkrankungen, Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt
- Psychosoziale Anfälligkeit – z. B. geringes Selbstwertgefühl, ungünstige Erziehungs- und Beziehungserfahrungen, wenig soziale Kontakte, Verlust- und Trennungserlebnisse, soziale Benachteiligung

Was löst Depressionen aus?

- z. B. Trennungserlebnisse
- Sexueller Missbrauch
- Misshandlung
- Umzüge
- Schulwechsel
- Überforderung
- Stress

Was hält Depressionen aufrecht?

- z. B. negative Denkstile
- geringe soziale Fertigkeiten
- Rückzug und Passivität
- Probleme in der Familie und mit Gleichaltrigen
- Stoffwechselveränderungen im Gehirn

(nach Ratgeber: „Traurigkeit, Rückzug, Depression“)

Was kann ich tun?

- Hilfe suchen – sich einer Vertrauensperson anvertrauen
- Kinder- oder Hausarzt aufsuchen
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufsuchen
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aufsuchen
- ggf. Beratungsstellen der Caritas oder der Diakonie um Rat fragen

THERAPIEN

AMBULANTE BEHANDLUNG

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen können im Regelfall ambulant behandelt werden. Voraussetzung dafür ist ein angemessenes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau (*S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“*).

Eine **teil- oder vollstationäre Behandlung** ist notwendig, wenn folgende Indikatoren vorliegen:

- Suizidalität, wenn keine ausreichende Unterstützung durch die Eltern oder Betreuer möglich ist, verbunden mit fehlender Absprachefähigkeit
- Schwere der Symptomatik anhand der Funktionseinschränkungen (Schulbesuch beeinträchtigt, Rückzug, körperliche Beeinträchtigungen wie Schlafdefizit, Appetitstörung, Schmerzen u.a.)
- erheblicher Mangel an Ressourcen oder aktuelle abnorme psychosoziale Belastungen.

Bei einer teilstationären Behandlung (Tagesklinik) werden die Kinder und Jugendlichen montags bis freitags über den ganzen Tag in der Klinik umfassend behandelt unter Einbeziehung der Bezugspersonen und des Umfeldes. Am Abend, nachts und am Wochenende sind die Kinder und Jugendlichen zu Hause.

Bei der vollstationären Behandlung befinden sich die Kinder auch nachts und am Wochenende in der Klinik. Die therapeutischen Inhalte entsprechen der tagesklinischen Behandlung, finden jedoch über 24 Stunden statt. Bei Besserung der Befindlichkeit werden Belastungserprobungen, teils auch mit Übernachtung, am Wochenende durchgeführt.

Während der (teil-) stationären Behandlung erhalten die Kinder und Jugendlichen Krankenhausunterricht, wenn sie ihre Stammschule nicht besuchen können, damit sie durch die Erkrankung keine schulischen Nachteile erleiden müssen.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

Inzwischen gibt es für Kinder und Jugendliche wissenschaftlich gut belegte Hinweise auf die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren. Leichte bis mittelschwere Depressionen sollten zunächst auf Grund der gut belegten Wirksamkeit mittels psychotherapeutischen Interventionen behandelt werden. Bei schwerer Ausprägung oder vermindertem Funktionsniveau sowie wenn nach 2–3 Monaten keine Verbesserung zu sehen ist, sollte frühzeitig ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzugezogen werden, um die Notwendigkeit weiterer Therapien, zum Beispiel eine Pharmakotherapie, zu überprüfen.

Am besten untersucht und am weitesten entwickelt ist die

Kognitive Verhaltenstherapie.

Diese fußt auf den Erkenntnissen der Lerntheorie, der Gedächtnisforschung und der Neurobiologie. Folgende Elemente und Themen sind bei den Interventionen für depressive Kinder und Jugendliche zu finden: Psychoedukation, Zielsetzungen erarbeiten, Stimmungsbeobachtung, Selbstbeobachtung, Steigerung angenehmer Aktivitäten, Kontrolle von irrationalen und negativen Gedanken, Training sozialer Fertigkeiten und Kommunikationsfertigkeiten, Problem- und Konfliktlösungsstrategien, Entspannungsverfahren, Elternarbeit.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Bei Jugendlichen und bei Erwachsenen hat sich die interpersonelle Psychotherapie in mehreren Studien als wirksam erwiesen. Besonders bei schweren depressiven Störungen können manche Patienten, unter anderem wegen starker Beeinträchtigungen im Denken und Fühlen, nicht so gut von der kognitiven Verhaltenstherapie profitieren. Die IPT geht davon aus, dass depressive Störungen vor allem im Kontext zwischenmenschlicher Probleme und fehlangepasster Beziehungen entstehen und aufrechterhalten werden.

Folgende Elemente können zum Beispiel genannt werden: Psychoedukation mit Arbeit an der Akzeptanz der Erkrankung, Bewertung interpersoneller Beziehungen, Identifikation der wichtigsten Probleme, Diskussion von Erwartungen bzgl. der Therapie, Arbeit am ausgewählten Problembereich, Abschluss und Rückschau, Elternarbeit.

Familientherapie

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen gelten familiäre Faktoren als wichtige Risiken. Ein gutes familiäres Klima und eine Stärkung der familiären Ressourcen stellen einen wichtigen Baustein für die Gesundung des depressiven Kindes oder Jugendlichen dar, zumal die Familie durch die depressive Erkrankung des Kindes in aller Regel sehr belastet ist. Sowohl in der kognitiven Verhaltenstherapie als auch in der interpersonellen Psychotherapie liegen einige spezifische Ansätze vor, in denen familiäre Interaktions- und Kommunikationsprozesse, die familiäre zwischenmenschliche Dynamik und familiäre Rollen und Probleme als zentrale Schwerpunkte behandelt werden. Bei depressiven Kindern im Vorschulalter wurde die „Parent-Child Interaction Therapy, Emotion Development“ zur Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung durch Lehren und in vivo Coaching von positiven Spieltechniken und Erteilen wirksamer Anweisungen systematisch geprüft und als wahrscheinlich wirksam eingestuft. Jedoch fehlen bisher umfassende Wirksamkeitsstudien für Familientherapie.

Psychodynamische Psychotherapie

Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie bei depressiven Störungen des Kindes- und Jugendalters wurde bisher nur unzureichend wissenschaftlich untersucht, sodass diese Therapieform derzeit bei depressiven Störungen des Kindes- und Jugendalters nicht zu den wirksamen oder den wahrscheinlich wirksamen Therapieformen gezählt werden kann.

Gemäß den Leitlinien sollte bei älteren Kindern oder Jugendlichen mit depressiven Störungen eine psychodynamische oder systemische Psychotherapie empfohlen werden, wenn eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder interpersonelle Psychotherapie nicht möglich oder gewünscht ist.

Pharmakotherapie

Eine Pharmakotherapie steht als Mittel zweiter Wahl bei Depressionen von Jugendlichen zur Verfügung, da die Verordnung zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und unerwünschten Nebenwirkungen führen kann. Bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden. Bei Pharmakotherapie sollten das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen gut beobachtet und die empfohlenen Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden (*S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“*).

In Deutschland am besten untersucht und zugelassen ab dem Alter von 8 Jahren ist der Wirkstoff Fluoxetin. Gute Verträglichkeit und Hinweise auf Wirksamkeit fanden sich auch bei Escitalopram, Citalopram und Sertralin.

Trizyklische Antidepressiva zeigten bei Kindern und Jugendlichen keinen Effekt auf die depressive Symptomatik im engeren Sinne und sind mit Risiken am Herzen verbunden. Sie sollen bei Kindern und Jugendlichen nicht umgesetzt werden. Dies gilt auch für Venlafaxin, Paroxetin, Mirtazapin und Moclobemid (*S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“*).

Johanniskrautpräparate und Agomelatin zeigten bei Jugendlichen keinen Effekt auf die depressive Symptomatik, wohl aber unerwünschte Wirkungen.

Omega-3-Fettsäuren: In einer Studie mit 6-12-jährigen depressiven Kindern ergaben sich Hinweise auf eine Wirksamkeit bei depressiver Erkrankung. Die Ergebnisse sind aber noch nicht ausreichend belegt. Studien mit jugendlichen Teilnehmern sind noch nicht abgeschlossen.

Lichttherapie

Die Wirksamkeit von Lichttherapie ist bei Jugendlichen nicht so gut belegt wie bei Erwachsenen. Bei Letzteren gilt sie als Mittel der ersten Wahl bei Saisonal-abhängigen Depressionen und wird bei therapieresistenten Depressionen empfohlen. Bei Jugendlichen gibt es Hinweise auf eine Wirksamkeit bei Depressionen mit saisonalem Muster („Winterdepressionen“).

Weitere Therapieformen:

Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, Massage, Wachtherapie, transkranielle Magnetstimulation und Vagusnervstimulation wurden noch nicht ausreichend untersucht bezüglich ihrer Wirksamkeit auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen.

Im (teil-)stationären Setting sowie als ergänzende Behandlung im ambulanten Setting spricht die klinische Erfahrung für die Wirksamkeit komplementärer therapeutischer Angebote (*S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“*).

Bei Erwachsenen hat sich in der Erhaltungstherapie nach Akutbehandlung die achtsamkeitsbasierte Therapie als wirksam erwiesen. Bei chronischen Depressionen im Erwachsenenalter, die überwiegend bereits im früher Jugendalter beginnen, zeigte sich die CBASP-Therapie (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) als wirksames Behandlungsverfahren. Für Jugendliche wurden diese Ansätze noch nicht systematisch untersucht. Erfahrungswerte zeigen, dass insbesondere der achtsamkeitsbasierte Ansatz bei Jugendlichen gut in das Behandlungssetting eingebunden werden kann und die festgefahrenen, negativen Denk- und Gefühlsmuster verändern können, so dass die Patienten sich wieder selbstsicherer fühlen im Umgang mit negativen Erlebnissen.

Bei Erwachsenen hat sich die Sport- und Bewegungstherapie als hilfreich gezeigt. Bei Kindern und Jugendlichen sollte dies aus dem positiven Erfahrungswissen heraus in der Behandlung berücksichtigt werden.

WAS KANN ICH ALS ANGEHÖRIGER UND FREUND TUN?

Für Angehörige bedeutet eine depressive Erkrankung eines Kindes eine zusätzliche Belastung, neben vielleicht eigenen Belastungen durch Krankheit, Beruf, Geschwisterkinder, Pflege von Angehörigen, vielleicht auch Trennung, Umzug oder anderen Veränderungen im Leben. Eltern können durch die depressive Erkrankung das Gefühl bekommen, versagt zu haben. Sie fühlen sich häufig hilflos und können starke Scham- und Schuldgefühle entwickeln. Wichtig ist, diese Gefühle ernst zu nehmen und Hilfe zu suchen bei Vertrauten oder dem Behand-

ler des Kindes. Das Kind oder der Jugendliche sollte einerseits vor zu hohen Anforderungen geschützt werden, andererseits kann das Helfen und Unterstützen der Angehörigen schnell zu viel werden. Die Aktivität des Kindes sollte so weit wie möglich gefördert werden durch positive Anreize. Da die Anstrengungen der Angehörigen in der Unterstützung des Kindes oft keinen Erfolg zeigen und eine Neigung bestehen kann, sich in der Hilfe zu überfordern, kann dies zu Ärger führen. Es ist wichtig, diesen Ärger ernst zu nehmen und ein überbehütendes Verhalten zu reduzieren. Im „Ratgeber: Traurigkeit, Rückzug, Depression“ sind weitere Tipps für Eltern aufgeführt. Ein motivierender, auf Stärken und positiver Entwicklung ausgerichteter Erziehungsstil ist hilfreich im Umgang mit depressiven Kindern und Jugendlichen.

WIE GING ES MIT TOM WEITER?

Am Beispiel von Tom kann ein typischer Behandlungsverlauf aufgezeigt werden. Tom hatte sich einer Freundin anvertraut, die ihn ermutigte, mit seinem Hausarzt über sein Befinden zu sprechen. Dieser hatte den Verdacht auf eine Depression und empfahl eine Psychotherapie. Da während der Wartezeit auf einen Therapieplatz die Symptome so stark wurden, dass immer mehr Stress durch mangelnde Leistungsfähigkeit und Konzentrationsschwächen in der Schule auftraten, dieses dann die Gefühle der Traurigkeit, der mangelnden Energie und die Schlafstörungen verschlimmerten, wandte sich Tom an einen niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotz verhaltenstherapeutischer Gesprächstherapie besserte sich die Symptomatik nicht. Es kam zu häufigen Fehlzeiten in der Schule in Verbindung mit einer Zunahme von Gedanken an den Tod. Daraufhin wurde eine stationäre Behandlung eingeleitet.

Während der stationären Behandlung wurde die Diagnostik erweitert. Durch Beobachtung des Verhaltens, Gespräche und testpsychologische sowie körperliche Untersuchungen wurden Begleiterkrankungen ausgeschlossen und die Diagnose gesichert. Ein Fallkonzept wurde erstellt, an Hand dessen die Ziele mit dem Tom und den Eltern genau beschrieben wurden und die Therapie entsprechend aufgebaut.

Tom erhielt einen Aktivierungsplan, in dem er mit seinem Bezugsbetreuer einen klaren Tages- und Wochenplan erstellte. Morgens erhielt er Lichttherapie für eine halbe Stunde. Er wurde angeleitet zur sportlichen Betätigung – Laufen, Ergometer und Schwimmen mit der Gruppe. Mit dem Bezugsbetreuer stellte er einen sogenannten „Skills-Plan“ auf. In diesem wurden Fertigkeiten zusammengestellt, die er anwenden konnte, wenn er unter Spannung und negatives Denken und Fühlen geriet. Eine klare Absprache bezüglich des Vorgehens bei suizidalen Gedanken mit dem Einüben der Kontaktaufnahme mit dem Pflege- und Behandlungsteam wurde abgestimmt. In der Patientengruppe wurden seine Unsicherheiten im Kontakt mit den anderen deutlich. Seine eigenen Stärken, wie musizieren und kochen, wurden gezielt gefördert, um Ansehen in der Gruppe und seine Selbstsicherheit zu fördern.

In der Einzeltherapie wurde in Gesprächen ein Entstehungsmodell der Erkrankung erarbeitet. Tom lernte einiges über Depressionen und wie diese zu behandeln sind. Er übte, Stimmungen wahrzunehmen und wie er sie beeinflussen konnte. Vom Therapeuten wurde er angeleitet, wie er Achtsamkeitsübungen und metakognitives Training einsetzen konnte, um sich aus Denkmustern lösen zu können. Diese Übungen wurden täglich mit dem Bezugsbetreuer durchgeführt.

In Gruppentherapien lernte er Entspannungsverfahren und trainierte seine sozialen Fertigkeiten, um wieder an Selbstsicherheit zu gewinnen. In der Ergotherapie erhielt er neurokognitives Training, damit die durch die Erkrankung eingeschränkte Leistungsfähigkeit sich regenerieren konnte. Er trainierte die Handlungsplanung und Ausdauer sowie geistige Flexibilität durch Werktherapie. Durch erlebnispädagogische Nachmittage wurden das Körperbewusstsein, die Selbstsicherheit, die Fertigkeiten im Problemlösen und das Vertrauen in sich selbst gestärkt.

Im Krankenhausunterricht erhielt er eine individuelle Beschulung in den Hauptfächern in Absprache mit seiner Stammschule. Die Eltern wurden in regelmäßigen Elterngesprächen über das Krankheitsbild aufgeklärt. Auslösende, prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren im familiären Umfeld sowie wichtige Ressourcen wurden aufgezeigt. Möglichkeiten der Verände-

rung hin zu einem positiven Familienklima wurden erarbeitet. Im Rahmen der Erkrankung von Tom war es zu vermehrten Streitigkeiten mit Tom, aber auch zwischen den Eltern gekommen, so dass bereits Trennungsabsichten bestanden. Dies noch verstärkt dadurch, dass die Mutter von Tom ebenfalls an einer Depression erkrankt war. Durch die Gespräche wurde es möglich, dass die Mutter sich selbst Hilfe durch eine Behandlung suchte. Konfliktlösungsstrategien wurden zwischen den Eltern und den Eltern und Tom erarbeitet und trainiert. Eine positive Beziehungsgestaltung insbesondere zwischen dem Vater und Tom konnte eine deutliche Besserung des Familienklimas hervorrufen.

Da Tom trotz der Therapie unter starken Schlafstörungen litt, die auch durch pflanzliche Präparate und Schlafhygiene nicht zu beeinflussen war, wurde ein leichtes Neuroleptikum zur Nacht verordnet, was schlafanstoßend wirkte, ohne eine Abhängigkeit auslösen zu können. Da Tom jedoch weiterhin von dem Gefühl, nichts mehr fühlen und entscheiden zu können, so gequält war und die negativen Denkmuster nicht durchbrochen werden konnten, wurde eine antidepressive Behandlung mit Fluoxetin eingeleitet. Nach vier Wochen war ein deutlicher Rückgang der depressiven Symptome und eine Zunahme der Belastbarkeit und Ausdauer bei Tom zu bemerken. Er war wieder in der Lage, konzentriert ein einfaches Buch zu lesen. Die Belastungserprobungen am Wochenende zu Hause führten nicht zu einem Symptomanstieg, wie dies zu Beginn der Fall war. Er fing an, sich wieder mit Freunden zu treffen. In Absprache mit seiner Stammschule wurde er wieder in schulisches Umfeld integriert. Zunächst besuchte er seine Schule für zwei Stunden, später für vier, dann für sechs Stunden. Ein Nachteilsausgleich in Form von einer mündlichen Beurteilung und Aussetzen der Notengebung sowie eine Verlängerung der Zeit bei Leistungsüberprüfungen, damit er mehr Pausen machen konnte wegen der noch bestehenden Konzentrationsstörungen, wurde nach Gesprächen mit dem Lehrer gewährt.

Nach insgesamt zehn Wochen konnte Tom wieder nach Hause entlassen werden. Ein ambulanter Psychotherapieplatz bei einer Verhaltenstherapeutin konnte gefunden werden. Die Behandlung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde fortgeführt. Der Nachteilsausgleich in der Schule wurde für ein halbes Jahr empfohlen.

Weitere Hinweise:

S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ www.awmf.org

Ratgeber: Traurigkeit, Rückzug, Depression – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Groen, Ihle, Ahle, Petermann (2012). Hogrefe-Verlag. ISBN: 978-3-8017-2382-8.

Ratgeber: Depression und Angst bei Klein- und Vorschulkindern. Fuhrmann, von Gontard (2015). Hogrefe-Verlag. ISBN: 978-3801726270

Film von Martina und Monika Plura (www.plura-film.de)
in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Neuwied:
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Auszuleihen zur Verwendung für Kinder und Jugendliche ab etwa 12 Jahre über das Landesmedienzentrum Rheinland-Pfalz, Hofstraße 257, 56077 Koblenz, Tel.: 0261 97020.

SCHMERZEN GEGEN DEN SCHMERZ

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN BEI KINDERN

UND JUGENDLICHEN EVA BERGHEIM-GEYER

HILFERUFE

Mir geht es nicht gut. Ich bin so schrecklich allein, allein, allein, immer allein. Wo seid ihr? Wo seid ihr? Warum ist es hier so kalt? Wer macht das Licht aus? Ich kann nichts fühlen außer Schmerz. Schmerz. Habe ich ein Herz? Mir ist so kalt. So kalt.

Die Gründe, warum ich mich ritze:

- Ich bin mit mir selbst nicht zufrieden, zu hässlich, zu fett.
- Wenn ich zu unfreundlich zu meinen Eltern war.
- Wenn meine Vorsätze nicht so umgesetzt werden konnten, z.B. abnehmen.
- Selbstverachtung.
- Ich werde beruhigter nach irgendeinem Ereignis, wenn ich mein eigenes Blut sehe oder schneide.
- Ich hasse auch meinen Charakter.
- Ich füge mir für meine Fehler als Strafe Schmerzen zu, obwohl, es ist keine Strafe, ich spüre den Schmerz nicht.
- Ich mache es auch, weil mein Leben mir einfach sinnlos erscheint.
- Es ist einfach meine einzige Hilfe. Wenn mich jemand enttäuscht oder ich etwas nicht bekomme, ritze ich mich. Nicht wegen Erpressung oder Aufmerksamkeitserregung oder anderer Sachen, sondern einfach, weil ich weiß, dass ich selber Schuld bin und für diese Schuld muss ich mich auch bestrafen. Ich fühle mich einfach überflüssig auf der Welt.

Diese beiden Mädchen, die die Briefe geschrieben haben, um Hilfe zu bekommen, zeigen das Symptom des Ritzens. Ritzen ist eine Form der Selbstbeschädigung. Die Selbstbeschädigungen, die wir zunehmend bei Kindern und Jugendlichen, vorwiegend Mädchen aber auch Jungen, sehen, sind in ihrer Form sehr unterschiedlich, genauso wie die dahinter stehenden psychischen Probleme und die mit ihnen vergesellschafteten psychischen Erkrankungen.

Wir unterscheiden bei dem **Symptom der Selbstverletzung**:

1. Offene Selbstbeschädigung

- a.) leichte Form (delicate self cutting: oberflächliches Ritzen der Haut mit Rasierklingen etc.)
- b.) schwere Form (deliberate self harm syndrom, DSHS: tiefe Schnittverletzungen, Verbrennungen etc.)

2. Selbstbeschädigung bei psychotischen Störungen

3. Selbstbeschädigung bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, z.B. Autismus

4. Neurotische Selbstverletzungen in Form von Aufkratzen, z.B. Aufkratzen von Aknepusteln, Nagelbettreißen, exzessives Nagelkauen bis zur Verstümmelung der Fingerspitzen

5. Trichotillomanie, d.h. Ausreißen der Haare bis hin zur vollständigen Glatzenbildung

6. Absichtlich herbeigeführte Verletzung oder Vortäuschung von Verletzung, um eine Krankenrolle einzunehmen (**artifizielle Störungen und Münchhausensyndrom**).

Bei der offenen Selbstbeschädigung finden wir Schnittverletzungen, Verbrennungen, Schlagwunden, provozierte Wundheilungsstörung und andere Verletzungen. Diese Form ist gekennzeichnet durch eine große Wiederholungsneigung, wobei kein bewusstes suizidales Motiv angegeben wird. Diese Handlungen dienen aller Erkenntnis nach vorrangig der Gefühlsregulation im Sinne einer Entlastung von Gefühlen der Anspannung, Verzweiflung, Depression oder Selbstentfremdung. Wir finden alle Übergangsformen von leichtem Ritzen bis zu schweren Selbstverletzungen.

Offene Selbstverletzungen können Symptome sein bei folgenden psychischen Störungen:

- **Traumatisierungen**
- **Depressionen**
- **Angststörung**
- **Essstörung**
- **Zwangsstörung**
- **Drogen- und Alkoholabhängigkeiten**

Untersuchungen nach den frühen Ursachen ergeben insbesondere Hinweise auf familiäre Vernachlässigung und Gewalterfahrung mit einer Betonung auf körperliche und/oder sexuelle Missbrauchserfahrungen. Es ist oft eine frühe Deprivation zu eruieren, die zu einer Störung der Körperwahrnehmung beim Kind geführt hat. Dies kann eine unzureichende Ausgestaltung des Körperbildes zur Folge haben und damit zu einer erheblichen Störung der Persönlichkeitsentwicklung führen. Wenn zum Beispiel Erwachsene ein Kind benutzen, insbesondere seinen kindlichen Körper benutzen, kann ein Mangel an Erspüren der eigenen körperlichen und seelischen Bedürfnisse die Folge sein. **Körperempfindungen können nicht mehr zugeordnet werden**, vor allen Dingen aber auch nicht **geordnet** werden und **beängstigen**.

Neben der Vergesellschaftung des Symptoms der Selbstverletzung zu den Borderlinestörungen findet sich auch ein gehäuftes Auftreten dieser Symptome bei bulimischen Patienten sowie im Rahmen insbesondere posttraumatischer Belastungsreaktionen.

Ein Erklärungsmodell für die Selbstverletzungshandlung ist, dass die wiederholte Selbstverletzung ein negatives Lernen im Zusammenhang mit der Reaktion der Bezugsperson bewirkt. Die Reaktion der Bezugsperson, zum Beispiel des medizinischen Personals einer Klinik kann eine positive Verstärkung hervorrufen. Durch Besorgnis, Mitleid, Zuwendung, Versorgung sieht sich der Betroffene weiter als Opfer, die Wünsche nach Versorgung und Nähe werden auf destruktive Weise erfüllt und der Teufelskreis eröffnet.

Im therapeutischen Setting erleben wir oft, dass das selbstverletzende Verhalten, also etwa das Ritzen, appellativ wirkt und einen demonstrativen Charakter bekommt, noch nicht mitteilbare, noch nicht sagbarer Konflikte und Belastungen werden sozusagen symbolisch dargereicht.

Da die Selbstverletzung eine Pseudostabilität hervorruft, z.B. bei traumatisierten Jugendlichen das Wiederhochkommen des Traumas verhindern kann, entsteht ein besonderer Druck zur Aufrechterhaltung des Symptoms der Selbstverletzung, sodass das therapeutische Team ständig damit beschäftigt wird, das Ritzen zu verhindern, ohne an die eigentliche Problematik heran zu kommen.

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

- liegt bei etwa 0,6 bis 0,75 % der Allgemeinbevölkerung sowie 3,8 % bei jugendpsychiatrisch stationär behandelten Patienten (mit 64 % Ritzen als häufigste Form selbstverletzenden Verhaltens) vor
- Gipfel der Altersverteilung liegt in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter
- Es findet sich ein deutlich höherer Anteil von Mädchen und jungen Frauen gegenüber Männern.

Selbstverletzungen können als **paradoxe selbstfürsorgliche Handlung** verstanden werden. Die Selbstverletzung trägt zum Abbau unerträglicher innerer Spannungen bei, dient der Abfuhr von Wut, der Unterbrechung depressiver Leeregefühle sowie dem Abbau suizidaler Impulse.

Als **Auslöser** selbstverletzenden Verhaltens bei jugendlichen Patienten sind anzusehen:

- enttäuschende Beziehungserfahrungen
- Kränkungen und Zurückweisungen
- soziale Isolation
- Nichtbewältigung von Selbstständigkeitsanforderung
- Aufnahme sexueller Beziehungen.

Der Wechsel dieser Impulse kann sehr rasch erfolgen, wie folgender Auszug aus einem Tagebuch einer stationär behandelten Patientin zeigt:

Freitag, 8.30 Uhr: Stimmung 5, ich fühl mich ganz o.k. Letzte Nacht konnte ich auch einigermaßen durchschlafen.

Freitag, 13.00 Uhr: Stimmung 2, mir geht's scheiße, ich hab wieder so einen Drang danach mich zu ritzen. Ich hab' sogar darüber nachgedacht, mir die Zigarette auf der Hand auszudrücken.

Samstag, 11 Uhr: Stimmung 6, ich fühl' mich eigentlich ganz gut, aber ich vermisse es, mich so zu ritzen wie früher.

Samstag, 20.00 Uhr: Stimmung 2, ich fühle mich schlecht, mein Kopf ist wieder voll mit Suizidgedanken.

Sonntag, 11.00 Uhr: Stimmung 7, mir geht's ganz gut und ich freu mich schon auf meinen Besuch nachher.

Sonntag 23.30 Uhr: Stimmung 1, ich fühl mich scheiße und habe mich wieder geritzt, am liebsten würde ich mir mit der Rasierklinge die Pulsadern aufschneiden.

THERAPEUTISCHE INTERVENTION

Ziel ist es, mit den Patienten zu erarbeiten, wie das Problemlösungsverhalten geändert werden kann. Es müssen Möglichkeiten gefunden werden, Stress auf andere Art abzuleiten, etwa durch körperliche Aktivitäten.

Vorsicht ist geboten, in der ambulanten Therapie zu intensiv die dahinter stehende Problematik anzusprechen und aufarbeiten zu wollen, insbesondere wenn es sich um traumatische Erinnerungen handelt. Hierzu bedarf es eines stabilen Bindungsangebotes und eines geschützten Rahmens, wie es im stationären Setting möglich ist.

Vorsicht ist auch geboten vor einer Verstärkung der aktuellen Spannungszustände durch massiven Druck, Kontrolle und Zwangsmaßnahmen, die zwar die Selbstverletzungen eine Zeit lang unterdrücken können, jedoch den Zustand erhöhter Spannung und Angstzustände weiter bestehen, ja sogar noch ansteigen lassen. Dies kann zu erheblichen psychischen Reaktionen führen bis hin zu Symptomen, die an eine Entzugssymptomatik erinnern, wie Unruhe, Getriebenheit, massive Angst und Panikzustände, bis hin zu Suizidversuchen.

Über **Verlauf** und **Prognose** gibt es noch nicht viele Untersuchungen. Selbstverletzende PatientInnen stellen eine extrem hohe Anforderung an das therapeutische Team dar, insbesondere auch, weil ein Gruppenverhalten zu beobachten ist, d.h., dass sich auf einer Station mit mehreren sich selbstverletzenden Patienten eine besondere Dynamik entwickelt. Wir beobachten Ritzen zu gleicher Zeit, oft auch mit den selben Mitteln, oft durch gemeinsames Einschmuggeln von Rasierklingen unter einem Gruppendruck. Dieser Gruppendruck kann der Ausdruck eines Zusammengehörigkeitsgefühls im destruktiven Sinne sein, z.B. ein solidarischer Akt gegen das Behandlungsteam, das aufgrund der Bindungsstörung primär als feindlich erlebt wird. Oft kommt es jedoch in anderen Fällen auch zu einer sehr starken Identifikation mit einer ritzenden Patientin. Für diese Identifikation und dem daraus resultierenden Nachfolgen in der Symptomatik sind besonders die Jugendlichen gefährdet, die eine emotional instabile Persönlichkeitskonfiguration haben.

Es ist eine **therapeutische Herausforderung** zu versuchen, das selbstverletzende Verhalten von Adoleszenten zu verstehen und zu ihnen eine Bindung herzustellen. Es ist festzuhalten, dass die Selbstverletzung eine Form der Selbstregulation ist, die wie andere destruktive Symptome auch, **nicht weg therapiert werden kann, ohne dafür positiven Ersatz zu schaffen**. Dies kann z.B. eine sich langsam entwickelnde Anbindung im therapeutischen Setting sein, die viel Geduld von allen Seiten erfordert.

Therapeutische Hilfe dazu zu geben, aus der destruktiven Problemlösung der Selbstverletzung und der mangelhaft funktionierenden Selbstregulation herauszufinden hin zu konstruktiven Problemlösungsmöglichkeiten ist oft ein langer Weg.

ALKOHOL UND ANDERE DROGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN DORIS MALLMANN

Heutzutage haben viele Kinder und die meisten Jugendlichen die Möglichkeit, in Kontakt und in Besitz von Alkohol und anderen Drogen zu gelangen. Dabei gehört das Kennenlernen dieser Lebensbereiche für die allermeisten zu einer normalen Entwicklung dazu. Fragt man Erwachsene im Nachhinein, so stellt man fest, dass nur ganz wenige nie Alkohol, Nikotin oder auch illegalen Drogen probiert haben. Während also viele die Dinge einfach nur vorübergehend ausprobieren, gibt es einige, die längerfristig damit weitermachen und Schwierigkeiten entwickeln, damit aufzuhören. Für sie haben die verschiedenen Drogen unterschiedlich starke körperliche, gefühlsmäßige und soziale Folgen. Einige entwickeln eine Gewöhnung, andere eine Abhängigkeit und schaden damit sich selbst und auch anderen sehr stark. Gerade bei den illegalen Drogen gibt es weiterhin hohe Todesraten. Viele wachsen letztendlich aus der Alkohol- und Drogensucht heraus, es bleibt aber schwer zu bestimmen, wie ein einzelner Heranwachsender darauf reagiert. Solange man das nicht weiß, muss man den Konsum von Drogen als gefährlich betrachten.

Oft ist es so, dass es einen Experimentierweg im Drogenkontakt gibt, der von Nikotin zu Alkohol und von dort zu Cannabis und in einem kleinen Teil auch zu den sogenannten harten Drogen wie Kokain, Crack, LSD, Heroin, Designerdrogen (z.B. Ecstasy) führt. Gerade für Jugendliche ist oft nicht einsichtig, warum sie den Kontakt mit Drogen meiden sollen, während sie bei Erwachsenen erleben, dass diese Alkohol trinken oder rauchen. Jedes Jahr entstehen hohe gesellschaftliche Folgekosten aus dem Drogenkonsum, gerade auch aus den sogenannten legalen Drogen und den daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Ein höheres Risiko hat der Drogenkonsum für Jugendliche, die selbst aus Familien mit einer einschlägigen Belastung kommen. Hier geht es meist um die legalen Drogen Alkohol, Tabak und auch Tabletten, die unabhängig von

einer ärztlichen Verschreibung genommen werden. Stärker gefährdet durch Suchtstoffe sind auch seelisch kranke Jugendliche. Der Drogenkonsum selbst, auch der von Cannabis, führt seinerseits gehäuft zum Auftreten von seelischen Erkrankungen.

Gesellschaftliche Tendenzen für eine Freigabe von Cannabis müssen gerade bei Jugendlichen auch deren biologische Besonderheiten berücksichtigen. Danach führt entsprechender Konsum im Alter vor dem 16. Lebensjahr zur überdauernden Schädigung von Aufmerksamkeitsleistungen, Erstnutzer in einem späteren Alter haben die Beeinträchtigung nicht (Ehrenreich et al. 1999).

Ein Drogenkonsum kann sich auf verschiedene Art und Weise zeigen. Vielleicht:

- ist jemand körperlich sehr abgeschlagen,
- hat rote und entzündlich wirkende Augen,
- scheint in seiner Persönlichkeit verändert,
- ist plötzlich in seinen Stimmungen sehr wechselhaft,
- verliert Interesse an der Außenwelt und Freizeitaktivitäten,
- zeigt einen Leistungseinbruch in der Schule,
- schwänzt häufiger den Unterricht,
- zeigt zunehmende Verhaltensprobleme

Sehr bedeutsam für den Umgang mit Suchtstoffen ist der Freundeskreis eines Jugendlichen. Wenn der Drogenkontakt in der eigenen Clique verpönt ist, ist die Wahrscheinlichkeit für den einzelnen Jugendlichen geringer zu Drogen zu greifen als wenn es innerhalb des eigenen Freundeskreises eine „angesagte“ Aktivität ist. Dann wird das Miteinander auch immer wieder in Verbindung mit den Drogen gebracht und führt zu mehr Konsum.

Forscher haben herausgefunden, dass letztlich die Zufriedenheit z.B. von Haschischkonsumenten in verschiedenen Lebensbereichen deutlich niedriger ist als bei denen, die nicht zur Drogen greifen. Wenn man in den Drogensog gerät, erlebt man den Konsum zunächst entlastend, zieht sich mehr aus den anderen Alltagssituationen zurück. Je länger dieser Zustand dauert, umso mehr häufen sich aber die Probleme im Umfeld an und erzeugen Konflikte, Ärger.

Oft ist es so, dass als erste nicht der Haschischkonsument selbst, sondern seine Eltern oder Freunde unter Druck geraten und ihn zum Aufhören bewegen wollen. Dies ist eine für die Gesamtfamilie sehr belastende Situation, in der auch Eltern manchmal eigene Ansprechpartner brauchen. Hier sei auf den **Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V.** verwiesen (Telefon-Nr. 0251 – 14207-33, www.bvek.org).

Ein umfangreiches Beratungsangebot für Eltern bietet auch die **Internetplattform „Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“** (www.elternberatung-sucht.de).

Wenn ein Jugendlicher selbst sein Drogenproblem beenden will, kann er sich an eine **kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung oder Suchtberatungsstelle** wenden (www.onlinesuche.rlp.de). Die Hilfsmöglichkeiten reichen von ambulanter Beratung, Therapie bis hin zu speziellen Wohngruppen, in denen auch Schul- und Berufsausbildung fortgesetzt oder nachgeholt werden kann.

Möchte man für sich selbst und anonym eine Einschätzung haben, ob und wie sehr man gefährdet ist durch Drogen, so bietet die Internetadresse **www.drugcom.de** eine Anlaufstelle. Dies ist eine Plattform der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** für – falls gewünscht – interaktive Online-Beratung, wenn man seinen Drogenkonsum überprüfen, verändern oder beenden will. Hier findet sich auch eine Menge Detailinformation zu einzelnen Suchtstoffen und ihren Gefährdungen.

Manchmal ist das Problem Sucht gar nicht das Problem von Kind oder Jugendlichen, sondern das Problem der Eltern. In Deutschland leben über 2,6 Millionen Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Diese Söhne und Töchter leiden unter zahlreichen Einschränkungen und Belastungen. Sie leben zudem mit einem höheren Risiko, selbst einmal suchtkrank zu werden. Aus Scham versuchen Familien häufig, die Suchterkrankung geheim zu halten, dies kann auch bedeuten, dass Kinder und Jugendliche Erwachsenenrollen übernehmen, damit z.B. der Alkoholkonsum der Mutter nach außen hin nicht sichtbar wird. Solche Kinder brauchen therapeutische Unterstützung und Hilfestellung, damit sie sich nicht übernehmen.

UND DAS ALLES NUR WEGEN SO EINEM SCHEISS-PULVER

Letztes Jahr, am 18. Januar lernte ich meinen Ex-Freund kennen. Wir kamen zusammen, ich wusste zwar, dass er Drogen nimmt doch das hielt mich nicht davon ab, mit ihm zusammenzukommen. Ich dachte, ich wäre stark genug der Versuchung von Drogen zu widerstehen. Doch das war ich nicht. Er zeigte mir die Drogenszene. Ich fing an „leichte“ Drogen wie Hasch zu probieren, fing an die Schule zu schwänzen. Bis ich zu einer härteren Droge kam: „H“ auch Heroin genannt. Das Jugendamt bekam alles mit und schob auch schon schnell Stress, weil ich nie zu einem der vereinbarten Gespräche kam, wie sie es gesagt haben. Mitte Februar musste ich wegen einer Überdosis an Drogen vom Notarzt abgeholt werden und musste für 3 Tage zur Überwachung im Krankenhaus bleiben. Bereits im März fing ich an, mit allem möglichem Shit zu dealen. (...) Im April hatte ich dann das erste Mal Stress mit der Polizei, sie hatten mich beim Verkaufen erwischt (dealen) und so bekam ich dann eine Anzeige wegen „Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz“. Am 16. April hatte ich eine Abtreibung und eine ganz schöne Depriphase! Zu meinem Freund gab es nur noch Hassliebe, doch ich traute mich nicht, ihn zu verlassen. Ich hatte Angst vor ihm und vor allem deswegen, weil ich nicht wusste, wo ich sonst die Drogen herbekommen sollte. Mit der Zeit ging dann alles nur noch bergab. Ich wurde kriminell, machte Diebstähle, musste Geld verdienen und nutzte alle aus, sogar Freunde und Familie.

Und das alles nur wegen so einem SCHEISS-Pulver!
(Selbstbericht einer 15-Jährigen)

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

In ihren Veröffentlichungen gibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zahlreiche Informationen zu Fakten und Entwicklungen im Bereich des Drogenkonsums. Die Veröffentlichungen sind zu finden unter www.bzga.de.

ALKOHOL

Der Anteil an Kindern, Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18-25 Jahre), die regelmäßig Alkohol konsumieren, sinkt seit einigen Jahren. Nach Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung tranken im Jahr 2016 23 % der 12- bis 25-Jährigen regelmäßig Alkohol (mindestens einmal pro Woche). Vor rund 10 Jahren waren dies noch 31 %. Besonders Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren tranken weniger Alkohol. In dieser Gruppe ging der Konsum im gleichen Zeitraum von 19 % auf 10 % zurück.

Jeder zehnte Befragte unter den 12- bis 25-Jährigen gab an, dabei gesundheitlich riskante Mengen an Alkohol zu trinken. Hierbei wurden die Grenzwerte, die für Erwachsene gelten, zugrunde gelegt, die für Männer bei 24 Gramm Reinalkohol und bei Frauen bei 12 Gramm Reinalkohol liegen. Der Anteil von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die diese riskanten Mengen an Alkohol zu sich nehmen sank von 15 % im Jahr 2005 auf 10 % im Jahr 2016.

Riskant im Sinne von „Rauschtrinken“ verhält sich nach Angaben aus dem Jahr 2016 mehr als ein Viertel der 12 bis 25-Jährigen. 25 % (32 % Jungen, 18 % Mädchen) geben an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal fünf oder mehr Alkoholgetränke hintereinander getrunken zu haben. 6 % praktizieren dieses sogenannte „binge drinking“ sogar viermal oder häufiger im Monat. Knapp 40 % hatten in den letzten 12 Monaten ein- oder mehrmals einen Alkoholrausch. Die befragten Kinder und Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) gaben zu 14 % an (17 % der Jungen, 10 % der Mädchen), in den letzten 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert zu haben, davon 2 % vier Mal im Monat oder häufiger.

Betrachtet man die Angaben aller 12- bis 25-Jährigen, die schon einmal Alkohol getrunken haben (82 %), dann liegt das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholkonsum bei 14,9 Jahren. Bei Betrachtung derjenigen, die Angaben, schon einmal einen Alkoholrausch erlebt zu haben, liegt das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholrauch bei 16,4 Jahren.

NIKOTIN

Auch die Raucherquote unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hat innerhalb der letzten 10 Jahre Veränderungen erfahren. Während 2007 noch 18 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen angaben, Raucher zu sein, tun dies in der jüngsten Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2016 noch 7 %. Der Rückgang in der Raucherquote fand sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen statt. Der Anteil der Raucher unter den jungen Erwachsenen hat zwischen 2008 und 2016 von 43 % auf 26 % ebenfalls deutlich abgenommen.

Für die Beurteilung des Tabakkonsums unter Jugendlichen ist zudem von Bedeutung, inwieweit Jugendliche, denen das Rauchen gesetzlich verboten ist (unter 18-jährige), tatsächlich nicht rauchen. Dies wird über die sogenannte Nie-Raucher-Quote bei 12- bis 17-jährigen ermittelt. Die Nie-Raucher-Quote beträgt im Jahr 2016 81 Prozent und hat sich gegenüber dem Jahr 2001 nahezu verdoppelt.

Elektrische Zigaretten sind im Jahr 2015 nahezu allen Personen in der Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren bekannt. Die 30-Tage-Prävalenz der Nutzung beträgt bei den 12- bis 17-Jährigen im Jahr 2016 jedoch nur 4 %. Die 12-Monats-Prävalenz der Nutzung liegt im Jahr 2015 bei 8%. Der Anteil der Nutzer, die hauptsächlich nikotinhaltige Liquids verwenden, lag bei weniger als 1 %. Die Entwicklung der Nutzungsprävalenz dieses relativ neuen Produkts bleibt abzuwarten. Vom Gesetzgeber wurden die elektrischen Zigaretten ab April 2016 dem Jugendschutzgesetz unterstellt, sodass hier die gleichen Verbotsregeln wie bei Tabakzigaretten gelten.

Befragungsergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahre 2015 lassen außerdem einen weiterhin deutlichen Rückgang jugendlicher in der Gruppe der starken Raucher (20 und mehr Zigaretten) erkennen. Dieser Anteil beträgt bei den 12-bis 17-Jährigen nur noch 0,4 % und bei den 18- bis 25-Jährigen nur noch 3 %.

ILLEGALE DROGEN

Im Jahr 2015 gaben 24% der 12- bis 17-Jährigen an, dass ihnen schon einmal illegale Drogen angeboten wurden. Weniger als jeder 2. hat dieses Angebot schon einmal angenommen: 10% der Kinder und Jugendlichen haben schon einmal in ihrem Leben illegale Drogen probiert. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren lag Anteil derjenigen, die schon einmal illegale Drogen angeboten bekamen, bei 63% und 35% haben diese schon einmal probiert.

Cannabis ist dabei in Deutschland weiterhin der am häufigsten konsumierte illegale Suchtstoff. Dennoch sinkt der Konsum von Cannabis tendenziell seit dem Jahr 2004. Haben damals rund 31 % der 12- bis 25-Jährigen mindestens einmal im Leben konsumiert, so beträgt dieser Anteil im Jahr 2015 25 %. Dabei lag der Anteil der Kinder- und Jugendlichen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben bei 9 % gegenüber 36 % der jungen Erwachsenen. In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen sankt auch die 12-Monats-Prävalenz. Waren es im Jahr 2004 noch 10 %, die innerhalb des letzten Jahres konsumiert haben, so ging dieser Anteil auf 7 % im Jahr 2015 zurück.

Der regelmäßige Cannabiskonsum (häufiger als zehnmal innerhalb eines Jahres) beträgt im Jahr 2015 in der Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren 3 %. In der Alterspanne von 12 bis 17 Jahren beträgt der Anteil 1 %.

Andere Drogen wie Ecstasy, Amphetamine, Heroin oder Crystal Meth werden deutlich geringer konsumiert. Illegale Drogen, außer Cannabis, haben im Jahr 2015 rund 5 % der 12- bis 25-Jährigen einmal im Leben probiert. Bei den 12- bis 17-Jährigen liegt dieser Anteil bei rund 1 %, bei den 18- bis 25-Jährigen bei 8 %.

Im Jahr 2016 kamen 1 333 Menschen in Deutschland drogenbedingt zu Tode. Die Zahl ist nun zum vierten Mal in Folge gestiegen.

THERAPIE UND BERATUNG

Es gibt grundsätzlich zwei Ebenen, auf das Thema Drogen in der therapeutischen oder beraterischen Arbeit zu reagieren: Das eine ist die primäre Prävention, die Suche nach Möglichkeiten, Kinder stark zu machen, damit sie der Versuchung, die Drogen darstellen, nicht erliegen. Das andere ist die sekundäre Prävention, die Arbeit mit Jugendlichen, die bereits im Drogenkontakt sind.

Bei der primären Prävention geht es darum, die Persönlichkeit eines Kindes zu stärken, indem man z.B. besonders auf seine besonderen Fähigkeiten Bezug nimmt, sein Selbstbewusstsein stärkt. Wichtig sind dabei auch ein emotional akzeptierendes Familienklima, ein guter Kontakt zu Gleichaltrigen und eine angemessene Leistungssituation in der Schule. Auch die adäquate Behandlung einer seelischen Erkrankung gehört hierher. So weiß man etwa aus entsprechenden Forschungen, dass das Risiko für einen „Zappelphilipp“ (ein Kind mit einer hyperkinetischen Störung) größer ist später an Drogen zu geraten, wenn er nicht entsprechend therapiert wird.

Zur sekundären Prävention gehört eine sehr vielseitige Behandlungsplanung. Oft suchen erst die Eltern Hilfe, die früher als Sohn oder Tochter durch den Drogenkonsum des Kindes unter Leidensdruck geraten. Letztlich geht es aber darum, dass der Jugendliche selbst einen eigenen Veränderungswillen entwickelt und die Therapie dabei hilft, ihn beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum zu begleiten. Auch die Einbeziehung von Schule oder Arbeitsplatz kann notwendig sein, insbesondere wenn der Drogenmissbrauch die Entwicklung in diesen Bereichen gefährdet oder schon Leistungseinbußen oder Abbrüche vorliegen. Jugendhilfe und/oder Justiz kommen hinzu, wenn Beschaffungskriminalität oder Prostitution vorliegen.

Jede Sucht hat letztlich eine Vorgeschichte, die nicht mit dem ersten Joint beginnt. Das wird ebenfalls in der Therapie angesprochen, wenn auch zuerst die aktuellen Gefahren angegangen werden und das ist zumeist die Reduzierung oder das Ende des Drogenkonsums.

„DIE GEISTER, DIE ICH RIEF“

DROGENINDUZIERTE PSYCHOSE Biographischer Bericht eines Jugendlichen, der von Herrn Dr. Andreas Stein in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinhausen-Fachklinik Alzey behandelt wurde



MEIN LEBEN

Mit 13 hatte ich den ersten Kontakt zu Drogen. Es war ein ganz einfacher Joint. Zu der Zeit war ich noch aktiver Sportler.

Mit 14 begann ich öfters zu kiffen und trank öfters Alkohol. In dieser Zeit wurden meine Sportaktivitäten langsam unregelmäßiger. Ich fing auch an, meine Schule zu vernachlässigen, aber es war zunächst noch alles okay auf dem Gymnasium.

In der Zeit zwischen meinem 15. und 16. Lebensjahr begann ich regelmäßig, ja fast täglich zu kiffen. Sport wurde mir egal und mit der Zeit war nur noch „Rumgammeln“ angesagt. Mit 15 blieb ich das erste Mal in der 9. Klasse sitzen. Bong rauchen stand täglich auf dem Programm. In der nächsten Zeit folgten auch Erfahrungen mit Pilzen.

Ein zweites Mal blieb ich in der 9. Klasse sitzen und wechselte auf eine Handelsschule, da ich nur einen Hauptschulabschluss hatte und damit nicht zufrieden war.

Ich war 17 als ich dorthin wechselte. Im Folgejahr erfolgten Erfahrungen mit Amphetaminen und ein paar Medikamenten. Kiffen war die gesamte Zeit etwas Alltägliches. Plötzlich passierte es. Ich hatte eine Psychose mit allem drum und dran, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Panik. Wodurch? Durch Drogen...

KOMMENTAR

Die Einnahme illegaler Drogen ist unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet. Dabei hat sich das Einstiegsalter in den Konsum illegaler (und auch legaler), auf die Psyche wirkender Substanzen in immer jüngere Altersgruppen verschoben, andererseits haben riskantere Konsumformen zugenommen.

Durch gezielte Pflanzenzucht ist der Wirkstoffgehalt beispielsweise bei Cannabis um ein Vielfaches höher als in den siebziger Jahren. Durch das Cannabis-Rauchen über eine Wasserpfeife (Bong) flutet der Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) zudem intensiver im Gehirn an.

Die toxische („Nervengift“) Wirkung von Cannabis und anderen Drogen auf die Nervenzellen des Gehirns ist wissenschaftlich inzwischen unbestritten. Unbestritten ist auch, dass die zellschädigenden Effekte bei einem noch reifenden, jungen Gehirn besonders gravierend sind. Je länger und stärker der Konsum von Cannabis und anderen Drogen, desto größer die Wahrscheinlichkeit, lebenslang Hirnschäden bzw. eine „Matschbirne“ davonzutragen.

Bei Dauerkiffen sind beispielsweise nicht nur Antriebsminderung, Verlangsamung, Interessenverlust sowie Lern- und Leistungsstörungen bekannt, zunehmend befasst sich die Wissenschaft auch mit der Frage, inwieweit regelmäßiger Konsum von Cannabis, Amphetaminen oder beispielsweise von synthetischen (z. B. LSD) und natürlichen (z. B. spezielle Pilze) Halluzinogenen Angststörungen, Panikattacken, Depressionen oder Schizophrenien verursacht.

Wissenschaftlich untersucht und gesichert ist inzwischen zudem, dass z. B. regelmäßiger Cannabis- oder Amphetaminkonsum ein Risikofaktor für das Auftreten einer Schizophrenie ist, wobei allerdings auch von einem Zusammenspiel mit anderen Faktoren (z. B. genetischen oder psychosozialen) auszugehen ist.

Eine drogeninduzierte Schizophrenie oder schizophrene Psychose (wie sie in dem obigen Fallbeispiel von dem Jugendlichen selbst geschildert wurde) muss in der Regel integrativ medikamentös, psychotherapeutisch und soziotherapeutisch behandelt werden, ein Schwerpunkt muss dann auf der Motivationsarbeit für ein drogen- und alkoholabstinentes Leben liegen.

DIE GRENZEN ZWISCHEN REALITÄT UND GEDANKENWELT SCHWINDEN: PSYCHOSEN BEI JUGENDLICHEN

JOCHEN GEHRMANN

DANIEL, 16 JAHRE

„Mit 14 fing ich an, die Schule zu schwänzen. Ich hatte null Bock zu gar nichts – außer mit Freunden abzuhängen und ab und zu kiffen. Meine Eltern schimpften, gaben aber allmählich auf. Tagsüber schlief ich lange, nachts war ich wach, schaute fern oder chattete im Internet.

Schon als kleiner Junge habe ich mich für Science Fiction, Ufos, Außerirdische interessiert. Irgendwann gab es nur noch dieses Thema. Überall glaubte ich, Ufos zu sehen und hatte auch ein merkwürdiges Gefühl, von Außerirdischen beobachtet zu werden. Mein Zimmer suchte ich nach Überwachungskameras ab. Nachdem ich den Film Independence Day gesehen hatte, wurde ich immer unruhiger und nervöser. An einem Nachmittag sah ich im Stadtpark ein rotes Licht und war mir sicher, ein Ufo sei gelandet und ein außerirdisches Wesen spreche mit mir. An weitere Einzelheiten kann ich mich nicht mehr erinnern. Meine Eltern haben mir später erzählt, dass ich mich splitterfasernackt ausgezogen habe, wirres Zeug geredet und Passanten beleidigt hätte.

Die Polizei hat mich dann in die Klinik gebracht. Dort wollte ich erst nicht bleiben, hatte Angst und fühlte mich bedroht. Ein Richter kam, hat mit mir gesprochen und gemeint, ich müsste behandelt werden. Ich habe mich damals nicht richtig krank, vielleicht erschöpft, aber nicht mehr, gefühlt. Die Stationsärztin und die Betreuer haben mir dann zuredet, ein Medikament zu nehmen. Widerwillig habe ich das dann auch gemacht. Allmählich wurde ich ruhiger, fühlte mich nicht mehr bedroht und hörte auch keine Stimmen von Außerirdischen mehr. Ich schlief durch. In der Klinik hatten wir etwas Unterricht und ich konnte mich besser konzentrieren. Auch mit meinen Eltern

verstehe ich mich besser. Rasch bekam ich Heimweh und wollte nur noch nach Hause. Die Ärztin schlug mir dann vor, in die Tagesklinik zu gehen. Dort übernachtete ich schon wieder zu Hause und war nur tagsüber in der Klinik.

Inzwischen bin ich entlassen und mache ein Berufspraktikum bei einem Tischler. Nach den Sommerferien möchte ich meinen Hauptschulabschluss nachmachen. Langsam begreife ich auch, dass ich noch Medikamente nehmen muss. In der Ambulanz, wo ich einmal im Monat hingeh, haben sie gesagt, ich solle die Pillen noch wenigstens ein Jahr nehmen. Toll finde ich das nicht. Aber besser so als wieder krank werden...

DANIELS ELTERN

„Daniel war schon im Kindergarten aufsässig, hat sich viel geprügelt und hielt sich schlecht an Regeln. In der Schule störte er häufig im Unterricht, konnte sich schlecht konzentrieren und wollte seine Hausaufgaben nicht erledigen. Eine Zeit lang waren wir mit ihm in Behandlung wegen eines ADHS. In der Pubertät kapselte er sich immer mehr ab, schwänzte die Schule, wirkte apathisch – er war einfach nicht mehr unser lebendiger Daniel.

Rückblickend machen wir uns noch Vorwürfe, dass wir seine Psychose nicht früher erkannt haben. Aber seine Ärztin in der Klinik hat uns erklärt, dass es selbst für Experten oft schwer ist, die ersten Anzeichen der Erkrankung richtig zu deuten. Heute, wo unser Sohn wieder zu Hause ist, achten wir schon darauf, dass er ausreichend schläft, nicht zu lange fernsieht oder am PC herumdaddelt – aber wir müssen auch aufpassen, ihn nicht wie ein rohes Ei zu behandeln.“

WAS LÖST PSYCHOSEN AUS? SIND PSYCHOSEN ERBLICH BEDINGT?

Psychosen können gehäuft in Familien über mehrere Generationen auftreten. Leiden ein oder sogar beide Elternteile an einer sog. schizophrenen Psychose, steigt das Risiko ihrer Kinder, wiederum an einer Psychose zu erkranken, rein statistisch gesehen sogar auf etwa 50%. Molekularbiologische Untersuchungen deuten auf ein gestörtes Zusammenspiel einzelner defekter Gene bei der Entstehung hin; die Identifikation der „Psychosegene“ steht aber noch aus.

STEHEN PSYCHOSEN IN ZUSAMMENHANG MIT UMWELTEREIGNISSEN?

Die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese geht davon aus, dass Menschen mit einer familiären Belastung empfindlicher als andere mit einer psychotischen Symptomatik auf äußere Belastungen (z.B. Trennungen, Verluste, Migration) reagieren. Drogen können auch psychotische Zustände auslösen.

Die gravierenden Folgen eines frühen Cannabiskonsums im Kindes- und Jugendalter werden leider oft unterschätzt: Cannabis kann das Gehirn dauerhaft verändern, so werden bspw. der Hippocampus, in dem wichtige Strukturen des Gedächtnisses lokalisiert sind, aber auch die Amygdala, ein Zentrum zur Gefühlsregulation von Angst und Aggression, mit regelmäßigem und häufigem Missbrauch der Droge verkleinert. Außerdem scheint Cannabis die Grenze zwischen Realität und Gedankenwelt so ins Wanken zu bringen, dass auch in mehreren internationalen Längsschnittstudien ein etwa dreifach statistisch erhöhtes Psychoserisiko bei jugendlichen chronischen Cannabiskonsumern festzustellen war.

WANN UND WIE TRETEN SIE IM JUGENDALTER AUF?

Vorab sei betont, dass nicht jeder Wahn und jede Halluzination zwangsläufig und ausschließlich auf eine Psychose im engeren Sinne zurückzuführen sind. Im Kindesalter, d.h. vor dem 12. Lebensjahr, ist die Erwachsenenform der Psychose mit den Symptomen Wahn und Halluzination extrem selten. Im Jugendalter kommt als weitere Ursache für psychotische Symptome der schädliche Ge-

brauch von Drogen hinzu. Die Psychose im engeren Sinne (sog. „schizophrene“ Psychose) ist im Jugendlichenalter eine häufigere Ausschluss-Diagnose. Bei Jugendlichen ist umgekehrt die Gefahr gegeben, durch die durchaus angemessene Zurückhaltung bei dieser Diagnose den Beginn der notwendigen Behandlung zu verzögern. Bei vielen betroffenen Jugendlichen lässt sich im Nachhinein eine längere Entwicklung mit Interessenverlust, sozialem Rückzug, Antriebsarmut und Stimmungsschwankungen beschreiben, die als Vorlaufphase der Erkrankung gewertet werden kann.

Die in aller Regel schweren Symptome betreffen

1. die Wahrnehmung und das Denken („paranoid“):

- **Wahn:** Verfolgungswahn, Beziehungswahn (die betroffene Person bezieht objektiv unabhängige Ereignisse auf sich), koenästhetischer Wahn (körperbezogene Missempfindungen, z.B. „durch den Körper rasen Stromstöße“).
- **Halluzinationen:** akustisch: Stimmenhören (in Form handlungsbegleitender, oder befehlgebender innerer Stimmen), aber auch Geruchs-, Geschmacks- und Körperhalluzinationen; optische Halluzinationen treten eher im Zusammenhang mit Drogen auf bzw. sind meist hinweisend auf eine organische Ursache. Wahn und Halluzinationen werden auch als produktive oder „Plus“-Symptome bezeichnet.
- **Gedanken:** Lautwerden, Eingebung, Entzug von Gedanken, Gedankenaußbreitung.

2. den Ausdruck, die Stimmung und den Antrieb: „Negative“ oder „Minus“-Symptome sind Antriebsmangel bis hin zur Apathie, geringe Motivation und Lebensdynamik, Traurigkeit und Rückzug von sozialen Aktivitäten. Weitere unspezifische Symptome wie Schlaf-, Appetitmangel oder sexuelle Funktionsstörungen können hinzutreten.

Psychose-ähnliche Symptome können auch auftreten bei einer Gehirnentzündung (Enzephalitis), einem Hirntumor, einer Stoffwechselstörung (etwa starke

Über- oder Unterzuckerung, Schilddrüsenfehlfunktion), der Einnahme von Drogen oder auch Infektionen. Eine ausführliche Laboruntersuchung, ein Drogentest und eine Kernspintomographie des Gehirns, ggf. auch eine Untersuchung des Gehirnwassers (Liquor) und ein EEG können hier Klarheit geben.

WIE SIEHT DIE BEHANDLUNG AUS?

Wichtigste Behandlungsrichtlinie ist der **unmittelbare Schutz** des Betroffenen vor seinen überwältigenden Sinneseindrücken und vor einer Selbst- (und selten auch Fremd-) Gefährdung. Dies ist häufig zunächst nur stationär möglich, zudem sind Medikamente meist sehr wirkungsvoll. In der Akutphase benötigt der erkrankte Jugendliche Ruhe, Sicherheit und Realität. Entscheidend für die Prognose ist allen Behandlungsstudien zufolge eine frühe und intensive meist stationäre Behandlung sowie eine engmaschige ambulante Nachbetreuung.

Medikamente (Neuroleptika) greifen in den Botenstoff-(Neurotransmitter) Haushalt des Gehirns ein. Neuere sog. „atypische“ Neuroleptika werden wegen ihrer geringeren Rate unerwünschter Wirkungen bevorzugt. Liegt eine Psychose im engeren Sinne vor, sollte rasch medikamentös behandelt werden, da sich die Prognose dann als besser erwiesen hat. Abhängig von den ursächlichen Bedingungen und dem Verlauf sollte der Betroffene das Medikament nach dem ersten Erkrankungsschub noch in einer niedrigen Dosis einnehmen, um erneuten Krankheitsschüben vorzubeugen; wie lang genau, wird aktuell unter den Fachleuten kontrovers diskutiert. Eine engmaschige ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Nachbehandlung ist aber unbedingt notwendig.

Wenn die Jugendlichen (möglichst in einer Gruppe mit anderen Betroffenen) und die Eltern rasch und umfassend über die Erkrankung, ihre Symptome, ihre Behandlung, den Verlauf und auch Frühwarnsymptome bei evtl. erneuten Krankheitsschüben informiert werden, dann beteiligt sich die Familie besser an der Behandlung. Häufig ist auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bzw. mit nachbetreuenden Einrichtungen erforderlich, um Jugendhilfen zu koordinieren.

Literatur zum Artikel

R. Huppert, N. Kienzle (2010) Ratgeber Schizophrenie: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie). Hogrefe Verlag

Die Stimmen und ich: Hilfen für jugendliche Stimmenhörer und ihre Eltern (2014). Hrsg. v. Sandra Escher, Marius Romme, Ingo Runte. BALANCE Ratgeber

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS

HERBERT SEITZ-STROH/MATTHIAS WILDERMUTH

VORWORT

„Hinter der Kulisse sozialer Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter verbergen sich vielfältige seelische Notlagen. Trotz der hohen Morbidität (Krankheitszustand) fordern die Betroffenen aber zuallererst die sozialen Dienste und die staatlichen Ordnungskräfte heraus. Im schlimmsten Fall kommen diese nicht umhin, Zwang auszuüben; in der Hoffnung, eine Entwicklung zum Guten zu wenden. In genau dieser Lage verrichten auch die Therapeuten in der Jugendpsychiatrie ihre Arbeit. Sie sehen die Not der Jugendlichen und begreifen sich als Helfer. Aber sie werden im Handumdrehen zu Gegnern, die soziale Kontrolle und Zwang ausüben – und darüber hinaus die Jugendlichen mit dem Stigma (Krankheitszeichen) bedrohen nicht normal zu sein.“
(Reinmar du Bois, Tagungsflyer 2005).

OPPOSITIONELLES TROTZVERHALTEN UND DISSOZIALE VERHALTENSWEISEN

Oppositionelles Trotzverhalten oder dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen, kleinere Diebstähle oder aggressives Verhalten gegenüber anderen kommen bei einer großen Zahl von Kindern im Verlauf ihrer Entwicklung vorübergehend vor, ohne dass von einer schwerwiegenden Verhaltensstörung gesprochen werden kann. Beinahe 80% aller Kinder zeigen zum Ende des 2. Lebensjahres in der Interaktion mit Gleichaltrigen aggressive Verhaltensweisen wie Treten, Beißen oder Schlagen. Wenn das Wegnehmen von Spielgegenständen hinzugenommen wird, erhöht sich die Zahl auf über 90%.

Doch im Verlauf der Entwicklung gelingt es der Mehrzahl unter adäquater Anleitung und durch kompetente Erziehung, ihre aggressiven und antisozialen Impulse immer besser zu kontrollieren. Das ist dann auch ein zentraler Aspekt

der so genannten Sozialisation und intrapsychischen Reifung. Wenn dies jedoch nicht in den Griff zu bekommen ist, sich ständig wiederholt oder gar zum andauernden Muster von dissozialen, aggressiven oder oppositionell-aufsässigen Verhaltensweisen wird, dann spricht man von einer Störung des Sozialverhaltens, deren Prognose (Heilungsaussichten) umso schlechter ausfällt, je früher sie beginnt und desto erfolgloser sie – wenn überhaupt – behandelt werden kann. Dann droht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine chronische Störung, die nicht selten in delinquenten Handlungen endet. Und damit ist das soziale Schicksal fast besiegelt.

■ **Oppositionelles Trotzverhalten:**

wird schnell ärgerlich, streitet sich häufig mit Erwachsenen, widersetzt sich ständig den Anweisungen und Regeln, verärgert andere meist absichtlich, gibt anderen die Schuld für eigene Fehler, ist oft empfindlich und leicht verärgert, wütend und beleidigt, ja boshaft und nachtragend.

■ **Störungen des Sozialverhaltens:**

aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, d. h. verschüchtert und bedroht andere, beginnt häufig Schlägereien, fügt anderen mit Waffen schwere körperliche Schäden zu, ist körperlich grausam gegenüber Menschen und quält Tiere, schließlich Erpressung oder bewaffneter Raubüberfall. Oder konkret und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt: Bleibt nachts ohne elterliche Erlaubnis von zu Hause weg und/oder schwänzt häufig die Schule (vor dem 13. Lebensjahr), lügt zur Erlangung von Vorteilen, stiehlt wertvolle Gegenstände, zerstört fremdes Eigentum, begeht vorsätzliche Brandstiftung, bricht in Autos und Gebäude ein, zwingt andere zu sexuellen Handlungen u.a.

VERSCHIEDENE UNTERTEILUNGSMÖGLICHKEITEN

Beim so genannten instrumentell-dissozialen Verhalten geht es vor allem darum, sich einen Vorteil zu verschaffen, d.h. materieller Gewinn oder Macht, wobei die entscheidenden Beweggründe übersteigertes Selbstvertrauen und Machtgefühl sind und in der Regel kein Leidensdruck und deshalb auch keine Veränderungsbereitschaft zu erkennen ist. Allerdings – so manche Kritiker – gehört dieses (Fehl-)Verhalten in bestimmten Randgruppen der Gesellschaft

durchaus zur Norm und der dort herrschende Ehrenkodex legt großen Wert auf Aspekte, die gesamtgesellschaftlich bereits als deviantes (abweichendes) Verhalten gemäßregelt werden.

Beim so genannten **impulsiv-feindseligen Verhalten** steht keine ausreichende Handlungskontrolle zur Verfügung, die diese „spontane Wesensart“ wirkungsvoll steuern könnte. Die Konsequenzen sind durchgehend negativ (also nicht einmal materieller Gewinn oder Machtzuwachs wie beim rein instrumentell-dissozialen Verhalten).

Die Auslöser sind meist reaktiv, d.h. auf vermeintliche oder tatsächliche Bedrohungen oder Provokationen gerichtet. Die gemütsmäßige (emotionale) Beteiligung ist hoch, d.h. Ärger, Wut und auch Angst sind so gut wie immer zu finden.

Als Grundlagen gelten Schwierigkeiten mit der Selbstkontrolle, verstärkt durch eine geringe Frustrationstoleranz und so genannte kognitive Verzerrungen (d.h. die Handlungen der anderen werden grundsätzlich negativ bewertet, was ihre Auswirkungen auf die eigene Person anbelangt, beispielsweise der subjektive Eindruck von Benachteiligung, Bedrohung u. a.). Die Reaktionen sind impulsiv und damit ungeplant und – im Gegensatz zum instrumentell-dissozialen – nur mit Nachteilen gepflastert.

Ein **ängstlich-aggressives Verhalten**: Gerade im forensischen Bereich (also jener psychiatrischer Experten, die sich mit seelisch kranken Rechtsbrechern befassen) wurde immer wieder deutlich: Es gibt auch gewalttätige Menschen, die im Alltag eher überkontrolliert, ängstlich, ja depressiv und schüchtern sind, und dennoch in Extremsituationen aggressive Durchbrüche erleben, deren Gewalttätigkeit die der anderen beiden Gruppen oft noch übersteigt.

Tatsächlich war schon früher klar geworden: Schwerwiegende Straftaten sind nicht nur von ausgesprochen unbeherrschten Jugendlichen zu erwarten, sondern – auf den ersten Blick paradoxerweise – auch von überstark beherrschten jungen Menschen. Sie begehen zwar deutlich weniger, dafür aber oft noch gewalttätigere Verbrechen gegen andere als die weniger kontrolliert erscheinenden jugendlichen Delinquenten.

Mädchen sind deutlich seltener von Störungen des Sozialverhaltens betroffen. Wenn aber aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen bei ihnen vorliegen, wird es genauso bis ins Erwachsenenalter durchgezogen wie bei den Jungen (und nicht selten noch konsequenter als beim männlichen Geschlecht).

Die Frage, ob in den letzten Jahren eine Zunahme von Gewaltbereitschaft oder gar gewalttätigem Verhalten festgestellt werden konnte, lässt sich – im Gegensatz zur öffentlichen Meinung – nicht leicht und vor allem gar nicht so einfach wissenschaftlich objektivierbar beantworten. Doch selbst bei zurückhaltender Interpretation der (unterschiedlich deutbaren) Datenlage spricht einiges für eine reale Zunahme von Gewalttaten unter Kindern und Jugendlichen.

WIE KOMMT ES ZU STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS?

Beim einen sind es mehr kind-, beim anderen mehr umweltbezogene Risiken und in beiden Fällen eine seelische Struktur, die sich gegen sozial schädigende Verhaltensweisen nicht ausreichend zur Wehr setzen kann.

WELCHES SIND DIE WICHTIGSTEN EINFLUSSFAKTOREN?

Je früher dissoziales Verhalten in der Entwicklung auftritt, umso stärker scheinen Erbeeinflüsse vorzuliegen. Je später es hingegen stört, desto bedeutsamer sind offensichtlich Umwelteinflüsse.

Komplex, im Einzelfall aber erstaunlich informativ sind die **psychobiologischen Einflussfaktoren**. Dazu zählen beispielsweise

- die **Impulsivität**: Das heißt spontan, aber ohne Überlegung bis hin zur Neigung zu unerwarteten, plötzlichen Handlungen ohne sorgfältiges Abwägen durch mangelhafte Impulskontrolle, d.h. unzureichenden inneren Widerstand gegen ein offensichtlich drohendes Fehlverhalten.
- Ähnliches gilt für das **Temperament**, eine grundlegende Persönlichkeitseigenschaft, die sich schon früh ausbildet, wobei natürlich auch Umwelteinflüsse einwirken.

Als ein „schwieriges Temperament“ bezeichnet man leichte Irritierbarkeit, negative Reaktionen auf unvertraute Reize oder Situationen und eine vorwiegend negative Stimmungslage.

Wenn sich derlei schon im Alter von 2 bis 3 Jahren äußert, droht ein erhöhtes Risiko für spätere Verhaltensstörungen, insbesondere in Zusammenhang mit aggressiven bzw. dissozialen Verhaltensweisen. Beteiligt daran ist offenbar auch ein hohes Neugierverhalten, das sich negativ vor allem mit einer erniedrigten Neigung zur Schadensvermeidung auswirken kann.

- Bei den **neuropsychologischen Defiziten** geht es besonders um die Intelligenz. Ist sie unterdurchschnittlich und zudem noch von einer unzureichenden verbalen Ausdrucksfähigkeit begleitet, sind die Heilungsaussichten ebenfalls ungünstig.

Niedrige Intelligenz ist vor allem keine Folge dissozialen Verhaltens. Sie ist schon zu Beginn des Fehlverhaltens vorhanden, was den ja ohnehin schon komplexen Entwicklungsgang ganz empfindlich zu stören vermag – mit allen Konsequenzen (Beispiel: in frustrierenden oder Konfliktsituationen die Neigung, überwiegend körperlich aggressive Lösungsstrategien zu wählen).

Auch macht sich die unglückselige Eigenschaft bei so genannten reaktiv-aggressiven Kindern besonders bemerkbar. Sie tendieren dazu, das Verhalten anderer häufig und unzutreffenderweise als feindselig zu interpretieren, während sie ihre eigenen aggressiven Neigungen kaum als negativ wahrnehmen können.

WEITRE EINFLUSSFAKTOREN FÜR STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS

Zu den wichtigsten – von der Umgebung ausgehenden – Einflussfaktoren mit der Gefahr erhöhter Straffälligkeit gehören beispielsweise Armut, schlechte Wohnverhältnisse, Vernachlässigung, inadäquate Erziehungspraktiken und Misshandlungen. Und bei Vater und/oder Mutter gehäufte elterliche Konflikte, Trennungen, psychische Störungen und die Neigung zur Kriminalität (vor allem im Sinne einer antisozialen Persönlichkeitsstörung). In tröstlicher Hinsicht aber folgende interessante und insbesondere wegweisende und damit ggf. nutzbare Erkenntnis:

Diejenigen, die trotzdem nicht in eine negative Entwicklung abstürzen, verdanken dies folgenden (positiven) Eigenschaften:

- den widrigen Familienverhältnissen weniger (stark) ausgesetzt
- höhere Intelligenz
- geringer ausgeprägtes kritikloses(!) Neugierverhalten
- weniger Kontakte zu delinquenten Gleichaltrigen

Beim **elterlichen Erziehungsverhalten** schlägt bei ohnehin dissozialen oder zumindest aggressiven Kindern Folgendes negativ zu Buche: Zu viele oder zu wenige soziale Korrektur-Eingriffe, vor allem keine konsequente Einhaltung der sozialen Regeln, zuerst weitgehend desinteressiert, später, möglicherweise von außen motiviert, überschießend und gereizt reagierend; aber auch genauso nachteilig stillschweigend Fehlverhalten duldend bzw. erst nach auffällig aggressivem Verhalten die notwendige Aufmerksamkeit schenkend (positive Verstärkung) oder lediglich von unangenehmen Aufgaben befreiend, um dadurch vielleicht doch noch eine Korrektur zu erzwingen (negative Verstärkung).

Die Einflüsse **gleichaltriger Gruppen** sind ebenfalls von großer Bedeutung – im Guten wie im Schlechten. Aggressive Kinder werden rasch ausgegrenzt und wenden sich dann – falls sie nicht alleine bleiben – anderen mit gleichen Schwierigkeiten zu. Dadurch können sie keine positiven, sondern nur negative Erfahrungen sammeln. Dies findet sich vor allem bei dissozialen Jugendlichen mit spätem Beginn und weniger Straftaten (wie Diebstähle oder Vandalismus).

Der **Einfluss der Medien** wie Fernsehen, Video- und Computerspiele auf aggressives Verhalten wird zwar kontrovers diskutiert, letztlich aber eher negativ beurteilt (wenn auch gelegentlich von psychohygienischen Effekten die Rede ist, die sich aber bisher schlüssig nicht beweisen ließen).

Die Beobachtung von Aggressionen löst in der Regel eigene Aggressionen aus, besonders bei entsprechender Disposition. Dafür gibt es nebenbei – je nach Nation bzw. Einführung des Fernsehens – drastische Beispiele (z. B. USA/Kanada – Südafrika). Besonders problematisch sind interaktive Videospiele mit gewalttätigem Inhalt mit aktiver Beteiligung und damit gefährlichem Lerneffekt. Und: Je

perfekter und damit lebensnaher die Medien-Technik, desto größer die Gefahr. Allerdings geben die Wissenschaftler zu bedenken: Zwar wird die Schwelle für aggressives Verhalten durch entsprechende mediale Gewalt-Anregungen gesenkt, doch letztlich entscheidet die jeweilige psychische Struktur darüber, ob der Medien-Konsum zu realen gewalttätigen Konsequenzen führt oder nicht.

Armut und die damit drohenden psychosozialen Probleme entwickeln ebenfalls eine unselige Wirkung. Dies besonders dann, wenn die Armut der Familie demütigende oder beschämende Situationen auslöst (z. B. Wohnverhältnisse, sich nicht an den üblichen Freizeitmöglichkeiten beteiligen können). Oder wenn es dadurch zu beängstigenden Situationen, wenn nicht gar Gefährdungen kommt (Wohnviertel mit hoher Gewalt- oder Drogenkriminalität).

WIE BEHANDELT MAN DISSOZIALE STÖRUNGEN?

Die Therapie sollte so früh wie möglich erfolgen, was natürlich eine auch frühestmögliche Diagnose und konsequente Betreuung voraussetzt, oder noch günstiger: **Prävention** (rechtzeitige Vorbeugung). Die konkreten Behandlungsrichtlinien sind Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiater, der dafür spezialisierten Psychologen und sonstigen Therapeuten und sollen hier nur in Stichworten umrissen werden:

Multimodale Therapie (also Kind, Eltern und sonstige Umgebung wie Schule, Gleichaltrige) mit verschiedenen Behandlungsansätzen, z. B. pädagogisch, psychotherapeutisch, medikamentös, dazu Eltern- und Schulberatung u. a. dazu der Einsatz positiver Verstärker (gerade bei dissozialen Kindern häufig sehr hilfreich), die Vorgabe klarer Strukturen, der systematische Aufbau tragfähiger Beziehungen.

Und schließlich die Möglichkeiten einer **stationären Therapie** in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung oder Klinik. Dort kommen dann auch spezifische Behandlungskonzepte zum Tragen.

Dass in speziellen Fällen auch bestimmte **Arzneimittel** hilfreich sein können, leuchtet wohl gerade bei dissozialen Verhaltensweisen im Kindes- und Jugend-

alter am ehesten ein. Dies bedarf allerdings eines besonderen Kenntnisstandes, was die zuständigen Therapeuten (meist Kinder- und Jugendpsychiater) anbelangt, zumal es sich hier um nicht immer risikolose psychotrope Arzneimittel (also Medikamente mit Wirkung auf das Seelenleben) handelt.

SCHLUSSFOLGERUNG

- Störungen des Sozialverhaltens nehmen offenbar zu, insbesondere was Aggressionen anbelangt.
- Es handelt sich um eine sehr heterogene (unterschiedliche) Gruppe von Störungen und damit Betroffenen. Deshalb gilt es alles sorgfältig zu untersuchen und zu diagnostizieren und damit überhaupt erst gezielt behandeln oder möglicherweise sogar vorbeugen zu können.
- Vor dem 10. Lebensjahr beginnende aggressive und dissoziale Verhaltensweisen neigen besonders häufig dazu, zu chronifizieren, d.h. eine dauerhafte (lebenslange?) Last für den Betroffenen und sein Umfeld zu werden. Beginnen diese Störungen erst während der Adoleszenz (also im Jugendalter), sind sie eher vorübergehender Natur.
- Da es sich um mehrfache Ursachen handeln kann, muss auch auf mehreren Ebenen therapiert werden. Das kann zu unterschiedlichen Schwerpunkten führen: psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, pharmatherapeutisch, Jugendhilfemaßnahmen u. a.
- Beschränken sich diese Maßnahmen aber nur auf den Betroffenen, bleibt der Erfolg begrenzt. Auch das Umfeld muss miteinbezogen werden, also Eltern und Gleichaltrige.
- Je früher die Behandlungsmaßnahmen beginnen (z. B. schon im Vorschulalter), desto größer der vor allem mittel- bis langfristige Therapieerfolg, insbesondere die Chance, die Störung des Sozialverhaltens nicht chronisch werden oder gar in einer dissozialen Persönlichkeitsstörung enden zu lassen.

Quelle:

Prof. Dr. med. Volker Faust: Psychosoziale Gesundheit. Kinder- und Jugendpsychiatrie - (1) Dissoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter
www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/kiju.html
Bearbeitung: Herbert Seitz-Stroh

DIE SEELE SCHWEIGT – DER KÖRPER SPRICHT

SOMATOFORME UND DISSOZIATIVE

ERKRANKUNGEN ANDREA HAVERKAMP-KROIS

Unklare körperliche Beschwerden, wie z.B. Kopf- und Bauchschmerzen, Herzstiche, Durchfall, Schwindel oder sogar Bewusstseinsverluste, kommen bei Kindern und Jugendlichen häufig vor. Bei der Untersuchung durch den Kinderarzt können dann in den meisten Fällen keine krankhaften Veränderungen an den Organen festgestellt werden. Der Ausschluss einer ernsthaften körperlichen Erkrankung führt aber bei den Betroffenen nicht immer zu einer Beruhigung und zu einer Verminderung ihrer körperlichen Symptomatik. Wenn eine Krankheitsangst längere Zeit fortbesteht, werden eventuell weitere umfangreiche und nicht notwendige körperliche diagnostische Eingriffe durchgeführt, die das kranke Kind und seine Familie zusätzlich seelisch und körperlich stark belasten können und den Leidensdruck erhöhen.

Psychotherapeutische Hilfen zur Bewältigung und Behandlung der belastenden körperlichen Symptome gelten bei den betroffenen Kindern und ihren Eltern als stigmatisierend und werden oft zu selten und zu spät eingeleitet. Dabei konnten in den letzten drei Jahrzehnten neue psychotherapeutische Behandlungsmethoden entwickelt werden, die eine gute Wirksamkeit besitzen und eine effektive Hilfe darstellen. Die zukünftige Versorgung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien mit funktionellen und somatoformen Störungen muss die Kenntnisse und das Verständnis über diese Erkrankungen fördern und den Zugang zur Psychotherapie ermöglichen.

DEFINITION – WAS SIND SOMATOFORME UND DISSOZIATIVE STÖRUNGEN?

Somatoforme und dissoziative Störungen gehören zu den psychosomatischen Krankheitsbildern. Der medizinische Fachbereich der Psychosomatik beschäftigt sich mit der gegenseitigen Beeinflussung körperlicher Vorgänge, sozialer und familiärer Lebensbedingungen und seelischer Faktoren.

Das Spektrum der psychosomatischen Krankheiten wird eingeteilt nach dem Stellenwert, den entweder körperliche oder seelische Einflussfaktoren auf die Krankheitssymptomatik nehmen. So überwiegt bei den chronischen, körperlichen Erkrankungen, die eine psychische Begleitsymptomatik wie z.B. eine Depression oder Angststörung aufweisen, der Einfluss somatischer Faktoren. Für die Entstehung somatoformer Störungen haben dagegen sowohl körperliche als auch seelische Einflüsse einen hohen Stellenwert. Und schließlich werden dissoziative bzw. konversionsneurotische Erkrankungen hauptsächlich durch psychische Belastungen verursacht.

Als somatoforme Störungen, kurz SFS, werden körperliche Symptome bezeichnet, die sich nicht auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Ihre Entstehung wird durch das Konzept der Somatisierung erklärt.

Dissoziative Störungen, auch konversionsneurotische Störungen genannt, sind eine spezifische Reaktionsform auf einzelne oder multiple traumatische Erfahrungen. Dissoziation ist an sich kein pathologischer Prozess, sondern eine neurophysiologische Verarbeitungsmöglichkeit des Gehirns mit biologischer Schutzfunktion für unsere Psyche. Wird ein Mensch mit schädigenden evtl. sogar lebensbedrohlichen Einflüssen konfrontiert, die er mit seinem Verstand (kognitiv) und seinem Gefühl (psychisch) nicht verarbeiten kann, kommt es durch einen psycho-physiologischen Prozess zu einer Aufspaltung von Bewusstsein, Kognition, Affekten, Verhalten, Gedächtnis, Identität und der Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt. Die Folgen dieser innerpsychischen „Aufspaltung“ oder „Fragmentierung“ sind Störungen des Bewusstseins und der Körperfunktionen.

KLASSIFIKATION – WELCHE FORMEN VON STÖRUNGEN TRETEN AUF? UND WIE WERDEN SIE BENANNT?

Alle psychischen Erkrankungen werden in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, kurz ICD 10, aufgelistet und beschrieben. Die Symptome psychosomatischer Krankheiten unterscheiden sich je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen stark von denen erwachsener Personen. Leider stehen für die Beschreibung der somatoformen und dissoziativen Erkrankungen nur die Diagnosekriterien für Erwachsene zur Verfügung. Bislang existieren für minderjährige Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der ICD 10 keine altersspezifischen Krankheitsdefinitionen.

Somatoforme und dissoziative Störungen sind im Kapitel 4 „neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ aufgelistet.

Bei den **somatoformen Krankheitsbildern** werden folgende Gruppen unterschieden:

Somatisierungsstörung

Charakterisiert ist diese Erkrankung durch zahlreiche und unterschiedliche, im Verlauf wechselnde körperliche Beschwerden. Das Störungsbild findet sich eher selten bei Kindern und Jugendlichen, da die körperlichen Beschwerden für die Diagnosestellung über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren bestehen müssen.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Diese Erkrankung wird bei monosymptomatischen Störungsbildern, d.h. bei geringerer Variabilität der Symptomatik (z. B. ausschließlich rekurrende Bauchschmerzen) gestellt, wie sie in jüngerem Lebensalter typisch ist. Die Mindestdauer für eine Diagnosestellung beträgt 6 Monate.

Hypochondrische Störung

Die Hypochondrie hat im Kindesalter eine deutlich geringere Bedeutung als im Erwachsenenalter. Eine körperliche Beeinträchtigung durch die Erkrankung steht weniger im Vordergrund. Es überwiegt eine seelische Belastung durch die ständige, angstvolle gedankliche Beschäftigung mit der Möglichkeit einer

schweren, unerkannt fortschreitenden, körperlichen Erkrankung. Zu dieser Gruppe zählt auch die dysmorphophobe Störung, die überwiegend bei weiblichen Jugendlichen auftritt. Hier besteht ein Gedankenkreis um die subjektive Vorstellung, dass man durch eine Fehl- oder Missbildung des eigenen Körpers (die für einen Betrachter nicht nachvollziehbar ist) unattraktiv, abstoßend oder entstellt sein könnte.

Somatoforme autonome Funktionsstörung

Bei dieser Erkrankung betreffen die Symptome ein Körperorgan oder -system, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert ist. Hierzu zählen das Herz-Kreislaufsystem, der Magen-Darm-Trakt, die Lunge sowie die Geschlechtsorgane und die Harnblase. Typisch sind Anzeichen einer vegetativen Stimulation wie Herzklopfen, Schwitzen, Erröten oder Zittern. Dazu kommen subjektive und unspezifische Beschwerden wie Schmerzen, Brennen, Stechen, Schwere- oder Engegefühl, Luftnot oder Schluckbeschwerden. Beispiele für diesen Erkrankungstyp sind das überempfindliche Kolon, funktionelle Durchfälle, der Drang zum häufigen Wasserlassen oder Gefühle von Übelkeit und Erbrechen.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Es handelt sich um medizinisch ungeklärte Schmerzen, die in einem Körperteil (z.B. chronischer Kniegelenkschmerz) auftreten und mindestens 6 Monate lang bestehen müssen. Das Schmerzleiden muss in einem Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen auftreten.

Die **dissoziativen Störungen** werden in zwei Kategorien eingeteilt: Bei den Erkrankungen vom **Bewusstseinstypus** sind zentralnervöse Funktionen wie das Erinnerungsvermögen oder die Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt stark eingeschränkt.

Dissoziative Amnesie

Das Kennzeichen dieser Krankheit ist ein Verlust der Erinnerung für wichtige aktuelle Ereignisse. Die Erinnerungslücke ist häufig unvollständig und auf die unmittelbare Zeit vor und während einer traumatischen Erfahrung, wie z.B. einem Unfall oder Trauerfall, begrenzt.

Dissoziative Fugue

Eine dissoziative Fugue ist ein Trancezustand, während dem eine zielgerichtete Ortsveränderung oft über weite Distanzen stattfindet. Dabei wirkt die reisende Person auf einen Beobachter völlig normal und orientiert. Wenn der Betroffene am Zielort wieder sein Bewusstsein zurückerlangt, ist er überrascht über den Ortswechsel. Für den Zeitraum der Reise besteht kein Erinnerungsvermögen.

Dissoziativer Stupor

Der Stupor (lateinisch „Erstarrung“) ist ein Starrezustand des Körpers, bei dem Bewegungen nicht mehr oder nur sehr langsam ausgeführt werden. Betroffene wirken ausdruckslos und reagieren nicht auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung. Trotz Wachheit antworten die Personen nicht auf Ansprache und nehmen auch keine Nahrung mehr zu sich.

Es kommt zu einem zeitweiligen Verlust der persönlichen Identität, die Umgebung wird nur noch bruchstückhaft wahrgenommen. Trancezustände, die z.B. während ritueller oder kultureller Zeremonien gewollt bzw. geplant eingeleitet werden, sind nicht krankhaft und fallen entsprechend nicht in diese Kategorie.

Beim **körpersymptomatischen Typus** kommt es zu Symptomen oder Ausfällen, die willkürliche, motorische oder sensorische Körperfunktionen umfassen und neurologische Erkrankungen imitieren.

Dissoziative Bewegungsstörungen

In diese Gruppe fallen Störungen der Motorik, die typischerweise plötzlich und unerwartet auftreten und eine sehr dramatische Wirkung besitzen. Lähmungserscheinungen von Armen oder Beinen führen dazu, dass man z.B. nicht mehr Schreiben und Arbeiten bzw. nicht mehr Stehen oder Gehen kann.

Dissoziative Krampfanfälle

Konversionsneurotische Anfälle können den Anfällen bei Epilepsie sehr ähnlich sein. Die rhythmischen Zuckungen betreffen entweder einzelne Muskelgruppen oder meistens den gesamten Körper und gehen mit Bewusstseinsverlusten einher. Verkrampfungen und Muskelkontraktionen können sehr lange, eventuell sogar bis zu einigen Stunden, andauern.

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Die konversionsneurotischen Sensibilitätsstörungen sind gekennzeichnet durch einen teilweisen oder vollständigen Verlust aller Hautempfindungen, wie Temperatur, Schmerz oder Berührung. Es können aber auch eine extreme Empfindsamkeit bzw. stark verstärkte Wahrnehmung von äußeren Reizen oder unangenehme Fehlwahrnehmungen, wie z.B. Kribbelparästhesien, auftreten.

Die dissoziativen Seh-, Hör- und Riechverluste sind meistens nicht vollständig. Bei Jugendlichen sind Sehstörungen mit Gesichtsfeldausfällen, wie z.B. der „Tunnelblick“, häufiger anzutreffen.

EPIDEMIOLOGIE – WIE HÄUFIG SIND SOMATOFORME UND DISSOZIATIVE STÖRUNGEN?

Grundsätzlich gehören psychosomatische Symptome zu den häufigsten Störungsbildern in der medizinischen Versorgung. Bis zu 80 % aller Menschen leiden, zumindest einmal in ihrem Leben, unter körperlichen Beschwerden, denen keine körperlichen Erkrankungen zugrunde liegen. Allerdings bilden sich die meisten Störungen nach kurzem Zeitraum wieder zurück und erfüllen nicht die Kriterien einer somatoformen oder dissoziativen Erkrankung.

Die Häufigkeit von somatoformen Störungen bei Schulkindern wird mit circa 1 % angegeben. Bei den SFS im Kindes- und Jugendalter überwiegen die funktionellen Schmerzstörungen, im Vordergrund stehen Kopf- und Bauchschmerzen mit jeweils etwa 10 %. Jedoch erfüllen nicht alle dieser Kinder und Jugendlichen die ICD 10-Kriterien für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung.

Im Grundschulalter gibt es keine Unterschiede in der Geschlechterprävalenz für das Auftreten von somatoformen Erkrankungen, später überwiegen die Mädchen.

Das Auftreten von dissoziativen Störungen vor dem 9. Lebensjahr ist sehr selten. Ab der Pubertät kommt es jedoch zu einem starken Anstieg von Konversionsstörungen. Mit einer Relation von 4/5:1 überwiegen die Mädchen sehr deutlich.

PATHOGENESE – WIE ENTSTEHEN SOMATOFORME UND DISSOZIATIVE STÖRUNGEN?

Das bio-psycho-soziale Modell nach Engel (1977) beschreibt die wechselseitige Beeinflussung von Körper, Psyche und sozialer Umwelt. Je nach dem Zusammenwirken persönlicher und äußerer Schutz- und Risikofaktoren kann sich über negative Verstärkung eine somatoforme Erkrankung entwickeln. Dabei sind von besonderer Bedeutung:

- die genetische Konstitution / Temperamentsfaktoren,
- der allgemeine Stresslevel / innere Anspannung,
- traumatisierende Lebensereignisse,
- konflikthafte Beziehungen in der Familie und der Peergroup.

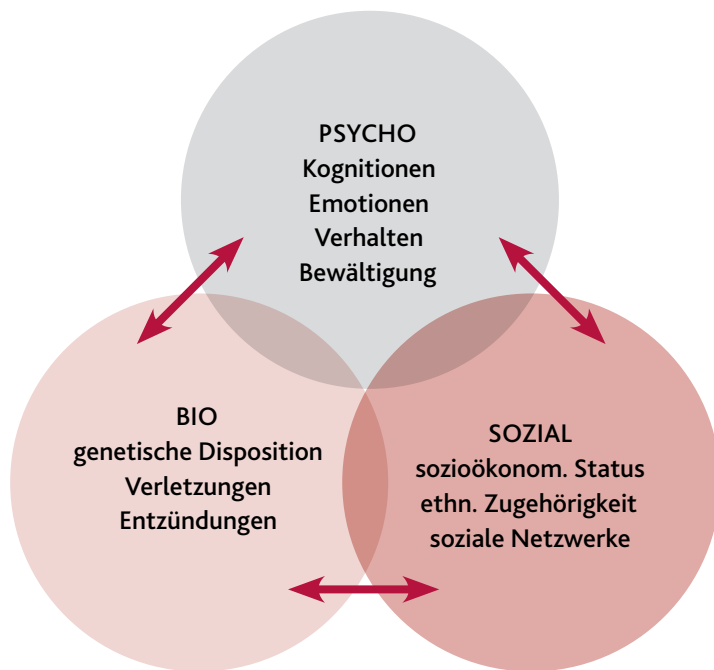


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Modell nach L. Engels

Die Erbinformation bzw. Gene legen eine Veranlagung (Disposition) zu bestimmten Erkrankungen fest. Allerdings ist bekannt, dass Gene unter dem Einfluss äußerer Faktoren an- und abgeschaltet werden können. Dies bedeutet, dass ungünstige Einflüsse aus der Umwelt darüber entscheiden, ob es tatsächlich zur Ausprägung einer Erkrankung kommt.

Die Entstehung einer somatoformen Störung kann in einem 2-phasigen Modell als eine Fehlanpassung an eine primäre funktionelle Symptomatik erklärt werden. Voraussetzung für die Entwicklung einer somatoformen Störung ist eine erhöhte psychische Empfindsamkeit und eine organspezifische Vulnerabilität.

In einer ersten Phase des Störungsmodells wird über die Ausschüttung von Stresshormonen, wie z.B. Kortisol, das Immunsystem negativ beeinflusst, die Körperabwehr ist eingeschränkt. Gleichzeitig ist durch die Ausschüttung von Adrenalin die Durchblutung der vegetativ gesteuerten Organe vermindert. Es kommt zu lokalisierten Entzündungsprozessen, gleichzeitig wird im Rahmen von Heilungsvorgängen die Schwelle für die Schmerzrezeptoren herabgesetzt. Es treten erste Beschwerdeepisoden, wie z.B. Schmerzen, auf.

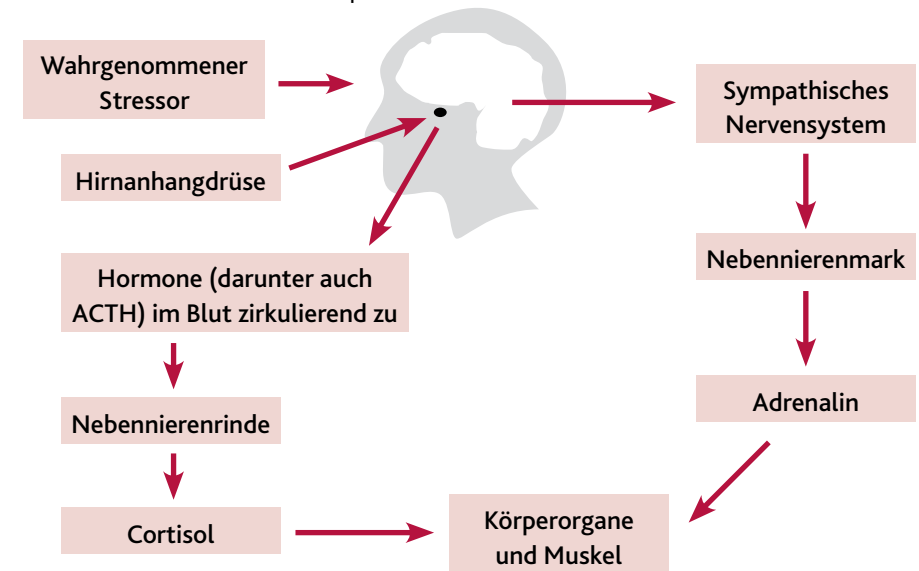


Abb. 2: Stressmodell nach H. Selye

In der zweiten Phase des Krankheitsmodells spielt eine kognitive und emotionale Fehlverarbeitung eine herausragende Rolle. Die Aufmerksamkeit wird auf das Körpersymptom fokussiert und es findet eine katastrophisierende Fehlinterpretation statt. Das Kind phantasiert sich die Ursachen und Folgen der funktionellen Symptomatik in unrealistischer, dramatisch übersteigerter Weise aus. Das Gedankenkreisen und Grübeln führt jedoch zu keinem Resultat, stattdessen bleibt ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit zurück.

Neben Angstgefühlen, Wut, Trauer und depressiven Reaktionen können auch Schlafstörungen und Vermeidungsverhalten auftreten. Durch eine Verunsicherung der Eltern, einen Mangel an gegenseitigem Vertrauen und eine verzerrte Interaktion zwischen der Familie und dem behandelnden Arzt kann die bestehende Symptomatik weiter verstärkt werden.

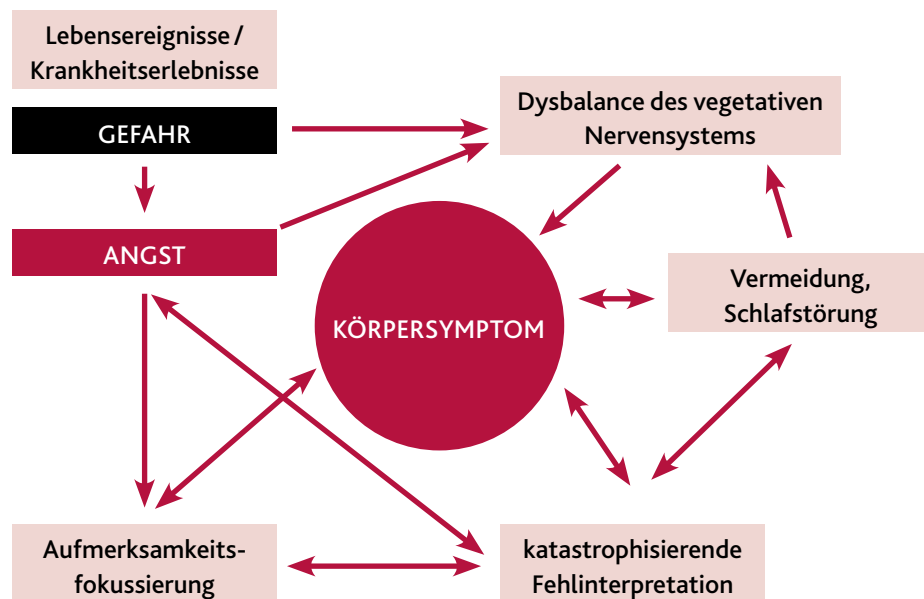


Abb. 3: Lerntheoretisches Modell

Die Ausbildung einer dissoziativen Erkrankung ist eng mit einer Traumatisierung durch emotionale oder physische Vernachlässigung und Misshandlung, Gewaltverföhrung, Unfälle oder andere Schicksalsschläge verbunden. Diese Traumata sind charakterisiert durch die Geföhle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Sie treten auf, wenn

- eine schützende Bindungsperson fehlt,
- keine Fluchtmöglichkeiten bestehen,
- man sich nicht wehren kann,
- man erstarrt und sich nicht mehr in Sicherheit bringen kann.

Es kommt zu einer maximalen körperlichen Stressreaktion, die wiederum zu einer gesteigerten vegetativen Erregbarkeit föhrt. Unser Gehirn schützt die Psyche vor den potentiell lebensbedrohlichen Reizen, die nicht verarbeitet werden können, durch den psychischen Abspaltungsprozess der Dissoziation. Es findet eine Abkoppelung von Gedächtnisinhalten, Geföhlerleben und kognitiver Bewertung statt. Die bewusste und aktive Erinnerung ist blockiert, die traumatisierenden Erfahrungsinhalte finden aber in Flashbacks und Alpträumen ihren Ausdruck.

Dieser innerpsychische bzw. neurophysiologische Prozess kann von dem Patienten nicht bewusst gesteuert werden. Es ist aber möglich, durch eine veränderte Lebensföhrung den Abbau von Stress, Belastungen und Konflikten eine positive Beeinflussung bzw. Gesundung zu unterstützen.

PSYCHODYNAMIK – WAS VERBIRGT SICH HINTER DEN KÖRPERLICHEN SYMPTOMEN?

Je jünger ein Kind ist, desto weniger kann es bei Belastungen und Bedrückung Trost und emotionalen Halt in sich selbst finden oder mit Worten gegenüber seiner Bezugsperson zum Ausdruck bringen. Körperliche Beschwerden sind dann ein Kommunikationsmittel, das unbewusst eingesetzt wird, um nicht lösbare Schwierigkeiten und verinnerlichte Konflikte auszudrücken. Hinter den psychosomatischen Beschwerden bleiben die wahren Krisen verborgen.

Bei jüngeren Kindern ist es häufig eine existentielle Angst vor realen oder phantasierten Verlusten oder Trennungen. Entwicklungskonflikte im Jugendalter kreisen oft um die Thematiken Verselbständigung versus Abhängigkeit oder auch um Selbstwert- und Identitätskonflikte, die nicht ausgelebt und / oder innerfamiliär nicht besprochen werden können.

Somatische Krankheitssymptome sind ein Signal nach Unterstützung und binden die Eltern an ihr krankes Kind. Ein sekundärer Krankheitsgewinn entsteht auch durch Schonungsverhalten und Entlastung von Aufgaben und Pflichten. So bleiben Kinder mit somatoformen Erkrankungen häufig dem Schulunterricht fern und gelten bei den Lehrern als nicht beschulbar.

Dieses „dysfunktionale“ Krankheitsverhalten führt dann zu einer Verstärkung des psychischen Krankheitsbildes, es entsteht ein „Teufelskreislauf“.

THERAPIE – WIE WERDEN SOMATOFORME UND DISSOZiative STÖRUNGEN BEHANDELT?

Die medizinische und psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit somatoformen und dissoziativen Erkrankungen ist oft sehr schwierig und langwierig. Meistens wird eine multidisziplinäre Behandlung erforderlich: Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen bzw. Psychotherapeuten unter Einbeziehung von Sozialarbeitern und/ oder Lehrern der Schule müssen kooperativ zusammenarbeiten.

Durch eine ungünstige Interaktion zwischen Arzt und Familie kommt es oft zu negativen Kreisläufen und „Ärztchopping“. Medizinische Untersuchungen werden wiederholt, eine körperliche Ursache für die Beschwerden kann aber nicht diagnostiziert werden. Es resultieren eine Unzufriedenheit, Enttäuschung und zunehmende Verunsicherung des Kindes bzw. Jugendlichen und der Familie.

Die Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitsmodells bildet die Grundlage für ein gegenseitiges Verständnis und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Eine sorgfältige medizinische Diagnostik, um eine ernsthafte körperliche Erkrankung auszuschließen, ist eine unbedingte Voraussetzung für eine weitere Therapie, reicht aber alleine nicht aus. Eine positive Diagnosestellung erfolgt, indem mit den Betroffenen gemeinsam die Hinweise besprochen werden, die den Verdacht auf eine psychische Erkrankung begründen.

Den Einstieg in die psychotherapeutische Behandlung bildet eine biologisch orientierte Information über das vegetative Nervensystem, ergänzend kann das Stresskonzept erklärt werden.

Das Führen eines Selbstbeobachtungsprotokolls in Bezug auf die körperliche Symptomatik und damit einhergehende psychische Befindlichkeiten fördert Achtsamkeit und das Erleben von Selbstwirksamkeit. Durch diese Aufgabe erschließen sich den Kindern und Jugendlichen auch seelisch-körperliche Zusammenhänge.

Eine Strukturierung der Lebensweise in Bezug auf Essen, Schlaf und besonders sportliche Aktivität, zur Reduktion des erhöhten Stresslevels und Normalisierung von Stoffwechselvorgängen sowie Durchblutung, entfaltet eine starke unterstützende Wirkung.

Funktionelle Therapiemethoden, wie z.B. Physiotherapie, krankengymnastische Übungsbehandlungen und Fördermaßnahmen, ermöglichen Patienten mit dissoziativen Krankheitsbildern, wie z.B. Lähmungen, einen schrittweisen Abbau der körperlichen Symptomatik.

Traumatherapeutische Ansätze können durch spezielle Techniken helfen, die traumatischen Sinneseindrücke durch sprachlichen Ausdruck zu bearbeiten. Aufgrund einer hohen Suggestibilität der Kinder und Jugendlichen sind ergänzend auch alternative Heilmethoden wie die Pflanzenheilkunde, Akupunktur oder Hypnose sehr erfolgreich.

In der Elternberatung wird der Fokus auf die Vermittlung von Informationen gelegt, um die Sicherheit der Bezugspersonen im Umgang mit der psychischen Erkrankung zu verbessern. Fokus ist die Beeinflussbarkeit der körperlichen Symptome durch die Reaktionen bzw. das Verhalten der Eltern. Die Eltern werden angeleitet

- den Schmerz und die Belastungen durch die Krankheit tröstend anzuerkennen,
- katastrophisierende Bewertungen zu vermeiden und ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln,
- die positive Verstärkung von Krankheitssymptomen durch eine Zuwendung im symptomfreien Zeiten zu ersetzen.

Auch Akzeptanz und Geduld sind wichtige elterliche Strategien, um das Kind in der aktiven Krankheitsbewältigung anzuleiten und zu unterstützen.

SELBSTMORDGEFÄHRDETE KINDER UND JUGENDLICHE MICHAEL LÖCHEL

SIMONE

14-jährige Jugendliche, Suizidversuch durch Einnahme von Schmerztabletten – Selbstbericht:

„Vor längerer Zeit hatte ich schon viel Streit mit meinen Eltern, dann hatte ich mit meiner Klasse Stress, dann auch noch mit meiner besten Freundin. Da habe ich gedacht, das lohnt sich jetzt nicht mehr. Ich war sowieso nicht so besonders stabil. Es war mir egal, ob ich jetzt tot bin oder nicht. Die Tabletten waren aus dem Medizinschrank, ich weiß noch nicht einmal mehr, was das für welche waren, ich habe einfach danach gegriffen. Ich glaube, Schmerztabletten waren das. Die habe ich einfach geschluckt. Und dann wurde mir total schwindlig. Dann habe ich gedacht, halt, was hast du da eigentlich gemacht.“

Simone wird gerettet. Fast ein halbes Jahr wird sie tagesklinisch behandelt. Für ihre Altersgruppe ist sie ein typischer Fall. Simone ist inzwischen viel selbstbewusster geworden. In der Therapie hat sie gelernt, über ihre Probleme zu reden. Was ihr am meisten geholfen hat: „Dass ich mit so vielen verschiedenen Leuten reden konnte, die mich richtig verstanden haben, die einfach mich als Person akzeptiert haben, wie ich bin, und darauf eingegangen sind.“

ANGELIQUE

10-jähriges Mädchen, Suiziddrohungen

Die wichtigste Bezugsperson für Angelique ist die Oma, nachdem die Mutter durch einen Unfall ums Leben kam, als Angelique 6 Jahre alt war. Enkelin und Oma sind immer gut miteinander ausgekommen. Doch in letzter Zeit ver-

änderte sich Angelique. Die Großmutter war besorgt. Sie merkte, da stimmt etwas nicht, nachdem sich Angelique immer mehr zurückzog und nicht mehr so mitteilbar war.

Das Ergebnis der kinder- und jugendpsychiatrischen Befragung lässt sich wie folgt zusammen fassen: Ausgelöst durch den tragischen Tod einer Frau in der Nachbarschaft quält die 10-jährige Angelique der Gedanke, dass auch die Oma sterben könne. Es stellen sich Angst und Gedanken ein, sich mit einem Messer etwas antun zu können.

Angelique: „Also, wenn die Oma stirbt, will ich auch nicht mehr leben. Weil ich weiß ja eh' nicht, wohin ich dann soll. Dann bring' ich mich um. Ich kann Schlaftabletten nehmen oder ein Messer.“

HÄUFIGKEIT, VORKOMMEN

Echte Selbstmorde im Kindesalter von unter 10 Jahren sind extrem seltene Ereignisse. Auch Unfälle oder spielerische Geschehnisse können eine Suizidhandlung vortäuschen. Fälle vor dem 8. Lebensjahr bilden eher die Ausnahme. Das Konzept der Endgültigkeit des Todes entwickelt sich erst jenseits dieser Altersgrenze. Die Suizidzahl (vollendete Selbstmorde) bei Kindern und Jugendlichen in den Altersgruppen 10 bis 15 Jahre lag im Zeitraum 1990 bis 2004 in Deutschland zwischen ca. 20 und 50 pro Jahr, seit 2009 unter 30 pro Jahr. Für die Gruppe der 15- bis 20-jährigen Jugendlichen betrug sie bis ca. 200 jährlich, bei den 20 bis 25-jährigen bis knapp über 300 pro Jahr, Dunkelziffern in Folge Verkehrsunfall oder Drogentod nicht berücksichtigt. Im Jugendalter steht Suizid an zweiter Stelle der Todesursachen (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2014).

Laut WHO 2003 steht in Finnland Jugendsuizid sogar an erster Stelle, vergleichsweise hohe Suizidraten v. a. bei männlichen Jugendlichen werden für Litauen, Finnland, Island und Irland, Belgien und auch die Schweiz berichtet, Deutschland liegt dabei im Mittelfeld.

Die Zahl der vollendeten jugendlichen Selbstmorde erscheint relativ konstant. Die für die Gesamtzahl der Suizide rückläufige Tendenz ist für die Altersgruppen von 10 bis 20 Jahren jedoch nicht erkennbar. Ein deutliches Überwiegen der männlichen Jugendlichen von 2:1 gegenüber den Mädchen ist festzustellen. Jungen bevorzugen härtere Methoden (Erhängen, Erschießen, vor den Zug laufen), Mädchen eher die sog. weicheren Methoden (Einnahme von Tabletten).

Für Suizidversuche wird keine amtliche Statistik geführt. Ihre Häufigkeit im Jugendalter wird auf ein Vielfaches der vollendeten Suizide geschätzt: ca. 10 bis 15 mal häufiger bei männlichen Jugendlichen, bis zu 40 mal bei weiblichen Jugendlichen – bei letzteren wurden sogar steigende Tendenzen beobachtet. Das Wiederholungsrisiko für Suizidversuche im Jugendalter liegt (innerhalb von 2 Jahren nach dem Suizidversuch) bei 25 %. Es hat den Anschein, dass zunehmend auch jüngere Kinder und Jugendliche Suiziddrohungen aussprechen („Verbalsuizid“) und damit ihre Umgebung irritieren.

URSACHEN

Anlass und Motiv sind zu unterscheiden. Der Anlass kann Eltern und Außenstehenden harmlos oder nichtig erscheinen, für das Kind oder den Jugendlichen jedoch von größter Bedeutung sein (Beispiel: weggelaufener Hund, nicht erfüllter Geschenkwunsch etc.). Die Motive sind tief greifend und kennzeichnen mehr die innere Erlebnisgeschichte als äußere Gegebenheiten. Emotionale Mangel-situationen und Konflikte, disziplinarische Krisen und chronische Belastungen in Elternhaus und Schule weisen oft weit in die dem Suizidversuch vorausgehende Erlebnisgeschichte zurück. Eine zentrale Rolle spielen belastende familiäre Ereignisse (z.B. Trennung, Scheidung, Tod), bei Jugendlichen auch Kränkungen und Verlusterlebnisse (z.B. Liebesenttäuschung, Partnerkonflikte etc.). Daneben sind schulische und Ausbildungsprobleme von Bedeutung. Vor allem bei Kindern können Wünsche nach Wiedervereinigung mit einem geliebten Verstorbenen ausschlaggebend sein.

RISIKOGRUPPEN UND -FAKTOREN

Psychotische Jugendliche sind (oft im Beginn der Erkrankung) besonders suizidgefährdet. Typisch ist dabei, dass der Impuls als Drang erlebt wird und sich bis zum Zwang steigern kann. Kennzeichnend ist auch die Anwendung gewalt-samer Methoden (Erhängen, sich vor den Zug werfen etc.). Immer sollte eine sorgfältige kinder- u. jugendpsychiatrische Untersuchung erfolgen. Auch durch Drogen induzierte Psychosen (z.B. Cannabis) sind auszuschließen. Weitere Risikogruppen bilden Störungen, die eine eingeschränkte Impulskontrolle bewirken (Sozialstörungen, hyperaktive Syndrome), depressive Störungen (be-sonders bei Psychosen), Alkohol- u. Drogenmissbrauch, Kinder von depressiven oder an Schizophrenie erkrankten Eltern, Jugendliche mit Tendenz zur Selbst-beschädigung, psychosomatischen und chronischen Erkrankungen, Körperbe-hinderung, Anfallsleiden, Diabetes sowie jugendliche Schwangere, meist in Ver-bindung mit depressiven Störungen. Ein hoher Risikofaktor ist das Vorkommen von Suiziden bzw. Suizidversuchen in der Familie oder im Umfeld. Imitation spielt eine wichtige Rolle, auch die Medien (Presse, TV, Film). Eine neue risiko-reiche Variante bilden Chats bzw. „Verabredungen“ zum Suizid im Internet.

FRÜHERKENNUNG DER SUIZIDGEFÄHRDUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Befragt man Kinder und Jugendliche im Anschluss an Suizidhandlungen, dann lassen sich – entgegen früherer Annahmen – für die Mehrzahl der Befragten Symptome beschreiben, die dem Suizidversuch vorausgehen („Präsuizidales Syndrom bei Kindern und Jugendlichen“, Löchel 1984):

- Konkrete Vorstellungen darüber, wie ein Suizid durchzuführen wäre
- Vorausgehende Suizidgedanken
- Depressive Verstimmungen und psychosomatische Beschwerden.

Es unterscheidet sich vom „Präsuizidalen Syndrom“ des Erwachsenen (Ringel) hauptsächlich durch das Hinzutreten der psychosomatischen Beschwerden (Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Schwäche-zustände und dergleichen).

Als zusätzliche „Warnsignale“ einer suizidalen Gefährdung bei Kindern und Jugendlichen (Löchel) gelten:

- Subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu werden
- Gefühle der Einsamkeit, Isolation, Verzweiflung
- Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit
- Ängste
- Grübelzwänge
- Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit
- Sehnsucht, weg zu sein, auszuschlafen
- Leistungsabfall in der Schule
- Weglauftendenzen/Ausreißversuche
- Fantasien um das „Danach“.

Die Merkmale des „Präsuizidalen Syndroms“ und auch die „Warnsignale“ erweisen sich als hochrangige Risikoindikatoren, die auf eine bestehende Suizidgefährdung hinweisen. Erhöhte bzw. akute Suizidgefahr ist immer dann anzunehmen, wenn diese Symptome bei psychotischer Erkrankung auftreten, Schuldvorwürfe bei Depressivität vorhanden sind, bedeutsame Belastungen im Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen nicht ausgeräumt werden können und / oder der Patient nicht mehr verlässlich auf Absprachen und Hilfsangebote reagiert. Besonders ernst zu nehmen sind (nach Beck) Handlungen mit erkenn-barer Vorsätzlichkeit wie z.B. Vorkehrungen gegen Entdeckt werden, Schrei-ben eines Testamentes. Oft ist die Endphase durch eine aktuelle Häufung der Probleme gekennzeichnet. Verdächtig ist auch eine plötzliche „Ruhe vor dem Sturm“.

EINLEITUNG VON HILFSMASSNAHMEN, BEHANDLUNG

Neben dem Erkennen der Suizidgefahr ist die Realisierung einer tragfähigen Be-ziehung Voraussetzung jeder Behandlung. Es muss eine Atmosphäre herrschen, in der sich der Gefährdete verstanden fühlt und angstfrei über seine Probleme sprechen kann. Allein die dem Kind / Jugendlichen gegenüber signalisierte Bereitschaft, ihn verstehen zu wollen, kann schon zu einer gewissen Entlastung und Verminderung des Suizidrisikos führen. Wichtig ist es, beim geringsten

Verdacht auf Selbstmordgefährdung das Kind / den Jugendlichen nach Selbstmordabsichten oder früheren Suizidhandlungen zu befragen. Bewährt haben sich sog. „Verhaltensverträge“ zwischen Patient und Therapeut. Gefühle von Schuld und Scham, nicht nur beim Betroffenen selbst, sondern auch bei den Eltern (bzw. Sorgeberechtigten) sind zu berücksichtigen. Im Falle akuter Gefährdung ist die Unterbringung in einer vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik zu veranlassen. Depressive Erkrankungen und Psychosen müssen erkannt und fachkompetent behandelt werden. Dazu gehört auch das Angebot moderner medikamentöser Hilfen. In jedem Falle ist kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, Krisenintervention oder längerfristige Behandlung angezeigt und sinnvoll.

Einer weiteren Gefährdung wird damit entgegen gewirkt.

LEIDEN UND ÜBERLEBEN NACH MISSBRAUCH UND MISSHANDLUNG – HILFE DURCH EIN HELFFERNETZ FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

EVA BERGHEIM-GEYER

ABSCHIED

Also was ich euch noch sagen wollte: Wieso habt Ihr mich in die Welt gesetzt, wieso musstet Ihr Euch immer so streiten? Ihr habt mich zerstört. Kinder auf die Welt zu setzen bedeutet auch sie zu lieben, sie zu ehren, und ihnen die Freiheit, die ihnen zusteht, zu geben. Ich würde Euch so gerne noch so vieles sagen, aber meine Seele ist so verdunkelt und zu, dass ich mein Leben opfern werde, um Euch den Frieden zu schenken. Ich bin zu alt, um wieder gesund zu werden. Ich habe keine Angst vor dem Tod, denn ich spüre einen Stein in mir.

Die Patientin, nennen wir sie Julia, ist 15 Jahre alt, als sie dies schreibt. Hinter ihr liegt ein Leben voller Gewalteindrücke, Vernachlässigung, seelischer und körperlicher Misshandlung, ein kindliches Leben ohne Liebe in einer Welt voller Streit.

Gewalt, das heißt nicht nur: Schlagen, Prügel durch Erwachsene, Eltern, Erziehungsberechtigte. Gewalt wird oft viel subtiler eingesetzt, nämlich als psychische Gewaltausübung.

Nach einer Untersuchung von Prof. Jakobi in Frankfurt liegt das Schwergewicht der Kinder, die körperliche Gewalt durch Erwachsene erfahren, deutlich in der Altersgruppe kleiner Kinder, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern. So sind etwa 5 % aller Unfälle mit Hirnbeteiligung die Folge von Misshandlungen, und zwar sowohl durch die Väter als auch durch die Mütter. Es ist der überfor-

derte Elternteil, die alleinerziehende Mutter, der Vater, der aus dem Schichtdienst kommt, der den schreienden Säugling, weil das Schreien nervt und wütend macht, schüttelt. Es kommt dann zum sogenannten Schütteltrauma mit Hirnblutung und unter Umständen Todesfolge.

Untersuchungen der Gehirne von so misshandelten Kindern durch Kernspin- oder Computertomografie ergaben dreimal häufiger krankhafte Veränderungen bei diesen Kindern als bei Kindern, die Verkehrsunfälle hatten. Insgesamt gab es 1993 1.410 registrierte Todesfälle bei Säuglingen, die auf ein Schütteltrauma zurückzuführen waren. 10 bis 15 % der deutschen Eltern geben immerhin an, dass sie ihren Säugling aus Wut, Hilflosigkeit, Überforderung schon einmal heftig geschüttelt haben.

Gewalt gegen Kinder gab es in fast allen uns bekannten Kulturen durch Jahrtausende hindurch. Noch heute gilt der Satz: „Wer sein Kind liebt, züchtigt es“. Die Verknüpfung von Gewalt und Liebe, Macht und Sexualität, die manche Erwachsene manchen Kindern gegenüber anwenden, hat eine diabolische Konsequenz: Die Geschlagenen werden zu Schlägern, die Missbrauchten zu Missbrauchern.

Eine besondere Form der Gewalt ist die sexuelle Gewalt gegenüber Minderjährigen:

Hier ist ein Helfernetz gefragt, das viele Berufsgruppen umfasst und das im Folgenden an der Beschreibung der Geschichte eines solchen betroffenen Mädchens vorgestellt wird.

1. Schritt: Eine Verhaltensänderung wird beobachtet

Ein 6-jähriges Mädchen, Ina, wird nach den Sommerferien eingeschult. Bei der Einschulungsuntersuchung ist das Kind unauffällig. Nach den Herbstferien beobachtet der Lehrer plötzlich starkes Stottern bis hin zur Sprachlosigkeit bei diesem Kind. Er lässt daraufhin alle Kinder der Klasse ein Bild malen von ihren Erlebnissen in den Ferien. Ina stellt sich selbst dar, in einem schwarzen Netz gefangen. Das Bild macht zusammen mit der Sprachstörung den Lehrer sehr aufmerksam. Er sieht dringenden Handlungsbedarf. Er nimmt mit dem

Jugendamt Kontakt auf. Ina lebt zu diesem Zeitpunkt bei der Mutter und deren neuem Lebensgefährten, nachdem sich der leibliche, alkoholabhängige Vater nach heftigen gewalttätigen Auseinandersetzungen Anfang des Jahres getrennt hatte.

2. Schritt: Auf der Suche nach den Ursachen

Die beiden sehr erfahrenen Mitarbeiter des Jugendamtes wirken auf Inas Mutter ein, sie dem kinderneurologischen Zentrum in der Nähe vorzustellen. Dort wird Ina von einer erfahrenen Pädiaterin untersucht, es wird eine ärztliche und psychologische Untersuchung durchgeführt. Ina malt hier ein eindeutig auf sexuelle Übergriffe hinweisendes Bild, ohne etwas dazu sagen zu können. Im Arztbericht heißt es: „Es ergibt sich der dringende Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch, dem Verdacht muss unbedingt weiter nachgegangen werden“.

3. Schritt: Schutz des Kindes bei Erhärtung des Verdachts

Durch das Familiengericht wird mit sofortiger Wirkung den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht sowie die Gesundheitsfürsorge für das Kind Ina entzogen und einem Pfleger übertragen, in diesem Fall Mitarbeitern des Jugendamtes, die das Kind schon kennen und die Ina kennt.

4. Schritt: Weitere Klärung des Verdachts

Die Mitarbeiter des Jugendamtes drängen im Interesse des Kindes auf weitere Klärung des Verdachts auf sexuellen Missbrauch und stellen die Mutter vor die Möglichkeit, sich von dem potentiellen Missbraucher, ihrem Lebensgefährten, zu trennen und sich mit Ina in einem Frauenhaus unterbringen zu lassen oder Ina in ein Heim bzw. zur weiteren Abklärung in eine Klinik aufnehmen zu lassen. Die Mutter entscheidet sich für eine stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik.

5. Schritt: Diagnostik und Verhaltensbeobachtung

Die Untersuchung durch eine Kindergynäkologin ergibt keine Auffälligkeiten. Verhaltensbeobachtungen während des Aufenthaltes in der Pädiatrie: Ina zeigt

ein distanzloses, sexualisiertes Verhalten, insbesondere Männern gegenüber. Die Mutter weiß von dem Verdacht des sexuellen Missbrauchs, insbesondere auch gegenüber ihrem Lebensgefährten. Sie hält es für ausgeschlossen, dass ihr Freund Übergriffe begangen habe, selbst wenn Ina ihn als Täter benenne, komme er ihrer Meinung nach überhaupt nicht in Frage. Sie bezichtigt Ina der Lüge bzw. benennt andere als mögliche Täter. Falls ein sexueller Missbrauch festgestellt würde, würde sie auf eine Anzeige bestehen, damit Ina aussagen müsse. Der von Ina benannte Täter ruft fast jeden Abend auf der Kinderstation an und will Ina sprechen. Die Anrufe werden selbstverständlich nicht durchgestellt.

6. Schritt: Weitere Diagnostik und Therapie der Traumatisierung

Zur weiteren diagnostischen Abklärung, vor allem aber auch zur Therapie der Traumatisierung und der Entwicklung einer Perspektive für das noch so junge Kind wird Ina in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie aufgenommen. Bei der körperlichen Aufnahmeuntersuchung fällt auf, dass Ina bei der Untersuchung des Halses und der Lunge normalen Kontakt aufnimmt und auch wenig stottert, während sie bei der Untersuchung des Unterleibes, z.B. Abtasten des Bauches kaum auf Fragen antworten kann.

Bei der durchgeführten Testdiagnostik gibt Ina immer mehr Hinweise auf das, was mit ihr passiert ist. Während des stationären Aufenthaltes legt sich nach und nach Inas Sprachlosigkeit und ihr Stottern, diese kommen jedoch zurück, sobald belastende Augenblicke entstehen, wie etwa der Anruf oder der Besuch der Mutter.

Während der Therapie war Ina nach und nach in der Lage, klar über das zu sprechen, was ihr passiert war, nämlich massive sexuelle Übergriffe durch den Stiefvater, sowie Gewalterfahrung innerhalb der Familie sowohl durch den leiblichen Vater als auch durch den Stiefvater. Sobald Ina darüber reden, bzw. durch Malen und in der Spieltherapie nonverbal mitteilen konnte, was ihr passiert war, erlebten wir ein Aufblühen des Kindes, ein Verlieren der Sprachlosigkeit, die nur dann wieder auftrat, wenn Ina in Kontakt mit der Mutter kam.

Zunehmend legten sich auch während der Therapie (Spieltherapie, Körpertherapie, Reittherapie, Maltherapie, Musiktherapie) die anderen Verhaltensauffälligkeiten wie Distanzlosigkeit und sexualisiertes Verhalten. Dagegen zeigte sich ein großes Bedürfnis Inas nach Nähe, nach körperlicher, kindgerechter Zärtlichkeit, etwas, was sie wohl nie so erlebt hatte.

Es kam zu einer Gerichtsverhandlung, in der Ina nicht aussagen musste. Der Stiefvater wurde als Täter verurteilt. Ob der leibliche Vater ebenfalls, wie von Ina öfters angedeutet, Übergriffe vorgenommen hatte, konnte nicht eruiert werden. Bei den Gesprächen mit der Mutter stellte sich heraus, dass die Mutter selbst missbraucht worden war, deshalb den Missbrauch der Tochter nicht wahrnehmen konnte. So wurde sie selbst als Missbrauchte zur „Missbraucherin“. Nach intensiven Hilfeplan-Gesprächen, auch unter Einbeziehung der Mutter, kam Ina in eine Pflegefamilie. In der Pubertät kam es erneut zu einem Aufbrechen der frühen Traumatisierung und Ina zeigte erhebliche Auffälligkeiten, die jedoch durch eine ambulante Therapie aufgefangen werden konnten.

An diesem Fallbeispiel wird deutlich, wie der Weg vom Erkennen des Missbrauchs durch den aufmerksamen Lehrer, adäquates Handeln von Jugendamt und Fachleuten und altersgemäßer Therapie durch die Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten in eine für das Kind erträgliche Situation münden kann. Es entstand keine Hektik, aber es wurde gehandelt.

Für diese traumatisierten Kinder ist es von großer Bedeutung, dass es ein multiprofessionelles Helfernetz gibt, durch das es ihnen ermöglicht wird, auch nach der Traumatisierung so gut wie es nur irgend geht ihr Leben aufzunehmen, auch wenn sie, wie Prof. Lempp es einmal ausdrückte, den Glanz im Auge ihrer Eltern, der jedem Kind zusteht, am Anfang ihres Lebens nicht erlebt haben.

DAS SCHWEIGEN BRECHEN: KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN JOCHEN GEHRMANN



THERESA, 15 JAHRE

„Als ich etwa acht Jahre alt war, wurde meine Mama traurig: sie sprach weniger, schaute immer düster und weinte viel. Als ich einmal von der Schule nach Hause kam, stand ein Krankenwagen vor der Tür. Meine Mutti wurde auf einer Liege weggebracht: sie sah ganz bleich aus. Mein Vater hat meinen kleinen Bruder und mir erklärt, dass sie krank ist und in eine Klinik müsste. Als ich älter war, hat er mir erzählt, dass sich meine Mutter umbringen wollte. Einmal haben wir meine Mutter in der Klinik besucht: aber das war ganz schrecklich – alles so düster, so komische Leute – mein Bruder und ich hatten große Angst. In der Zeit, in der meine Mutter in der Klinik war (etwa ein halbes Jahr) musste mein Vater natürlich arbeiten und ich habe den Haushalt gemacht. Mein Vater und auch meine Tante haben mir zwar geholfen. Aber mit zehn war ich die einzige in meiner Klasse, die waschen und bügeln, kochen und auf kleine, freche Brüder aufpassen konnte. Auch nach der Klinik war meine Mutter noch mal krank. Irgendwie war ich traurig und auch wütend, wütend darüber, dass ich immer alles zu Hause machen musste und niemand mich gefragt hat, wie schlecht es mir dabei eigentlich geht ...“

WIE HÄUFIG SIND KINDER BETROFFEN?

In der Psychiatrie hat jeder fünfte Erwachsene mit einer behandelten psychiatrischen Störung Kinder. Nach verschiedenen Schätzungen leben 2 bis 3 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen. Im Jugendamt hat jedes zehnte Kind, das Jugendhilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz bekommt, eine Mutter oder einen Vater mit einer psychischen Störung oder Erkrankung. Familienrichter haben in einem Viertel aller Sorgerechtsverfahren mit psychisch kranken Eltern zu tun. Jeder zweite psychiatrisch erkrankte Erwachsene mit Kindern lebt getrennt vom anderen Elternteil. Da die Kinder überwiegend bei der Mutter verbleiben, fallen sowohl in der Psychiatrie als auch in der Jugendhilfe vor allem psychisch erkrankte Mütter auf, während ein von den Kindern getrennt lebender psychisch erkrankter Vater außer Sicht gerät. Bei mehr als jedem fünften betroffenen Kind sind neben

Eltern auch die Großeltern erkrankt. Längsschnittuntersuchungen belegen eindeutig die Bedeutung einer psychischen Erkrankung eines Elternteils als eines Hochrisikofaktors für die kindliche Entwicklung.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN ALS FAMILIENERKRANKUNG

Psychische Erkrankungen sind Familienerkrankungen. Wenn ein Familienmitglied erkrankt, wirkt sich dies stets auf das gesamte System aus, seine innerfamiliäre Beziehungen und die Lebenssituation aller Familienmitglieder. Nachdem sich die Aufmerksamkeit der Angehörigenarbeit lange auf die erwachsenen Partner gerichtet hat, richtet sich der Blick nun zunehmend auch auf die Kinder psychisch kranker Eltern als 'kleine Angehörige'. Da psychische Erkrankungen noch häufig tabuisiert sind, ist eine Perspektiverweiterung zum Wohl der Kinder segensreich.

DIE SITUATION DER KINDER

Wenn Eltern psychisch erkranken, sind ihre Kinder davon in vielfältiger Weise betroffen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt einen zentralen Hochrisikofaktor für die psychische und physische Entwicklung dar. Das Risiko kann bereits während der Schwangerschaft beginnen: psychisch kranke Mütter nehmen häufig die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahr, konsumieren Drogen bzw. Alkohol, was zu Risikoschwangerschaften, perinatalen Komplikationen, Fehl- und Frühgeburten führen kann. Frühe Störungen der Mutter-Kind-Interaktion können unsichere Bindungen und in Entwicklungsverzögerungen zur Folge haben.

Schon in frühem Alter erleben die betroffenen Kinder entweder Beziehungsabbrüche oder durch die elterliche Erkrankung bedingte Realitätsverzerrungen, Isolation und mangelnde Förderung. Ältere Kinder stehen oft der psychischen Erkrankung bzw. Belastung der Eltern hilflos gegenüber, fühlen sich verantwortlich (auch schuldig) und alleingelassen. Sie stehen unter dem Druck, die Krankheit als Familiengeheimnis zu wahren. Eine offene Kommunikation gilt als Verrat an der Familie. Sie können Hilfsangebote selten in Anspruch nehmen. Ihre eigenen Bedürfnisse treten oft in den Hintergrund, da sie in der Familie

zusätzliche Aufgaben, so im Haushalt und bei der Betreuung von Geschwistern, übernehmen müssen. Sie übernehmen gegenüber ihren Geschwistern elterliche Rollen (Parentifizierung) und sind chronisch überfordert. Streit der Eltern setzt sie zusätzlich Loyalitätskonflikten aus. Bedingt durch häufige Trennungen der Eltern leben sie oft allein mit einem Elternteil.

WAS KÖNNEN DIE ELTERN, KINDER, ANGEHÖRIGE UND HELFER TUN?

Die erkrankten Mütter bzw. Väter, die Kinder selbst, die Angehörigen und auch die Behandelnden können die folgenden Auswege suchen:

Die betroffene Mutter bzw. der betroffene Vater begibt sich rasch und zuverlässig in Behandlung und sorgt damit für sich selbst. Das betroffene Elternteil bleibt für seine Kinder verlässlich und stellt seine Fähigkeiten und Stärken so weit wie möglich zur Verfügung.

Die Kinder bzw. Jugendlichen brauchen Unterstützung dabei, ihre entwicklungs-gemäßen Herausforderungen, so in der Schule, in der Freizeit und zu Hause, zu bewältigen, die sie trotz der familiären Belastung nicht vernachlässigen dürfen. Sie sind weder „Therapeuten“ der Eltern noch deren „einzige Vertrauensperson“. Psychisch gesunde und belastbare Familienangehörige oder Bekannte, bei denen sie Anerkennung und Trost, Hilfe und Information finden, geben ihnen einen wichtigen Halt. Wenn der zweite Elternteil nicht zur Verfügung steht, sollte dem Kind für die Dauer des Ausfalls seiner Hauptbezugsperson ein Pate zur Verfügung stehen. Vernetzte Hilfen von Angehörigen, HausärztenInnen, LehrerInnen, Jugendamt, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, PsychotherapeutenInnen und FachärztenInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erweisen sich häufig als segensreich. Die Angehörigen erklären dem Kind die Krankheit und ermuntern es, seine Fragen und Zweifel, Sorgen und Ängste zu äußern. Sie achten darauf, das Kind im Alltag weder zu über- noch zu unterfordern. Sie beteiligen das Kind an Entscheidungen. Sie sorgen für die gewohnten Alltagsstrukturen und setzen wie gewohnt klar und konsequent Grenzen. Nachlässiges oder mitleidvolles gewähren lassen setzt falsche Signale für die Entwicklung von Eigenverantwortung.

Die Therapeuten und Pädagogen unterscheiden gesundheitliche von Erziehungsproblemen und differenzieren zwischen Problemen infolge der elterlichen Erkrankung und Störungen, die vorher schon bestanden. Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien sind erheblichen Risiken für eine gesunde seelische Entwicklung ausgesetzt, haben aber auch große Chancen mit verlässlichen Hilfen, ihren eigenen Lebensweg – oft als in hohem Maße kompetente und verlässliche Menschen – zu gehen. Therapeutische Hilfen sind immer dann in hohem Maße von Nöten, wenn die Kinder im Sturm elterlicher und familiärer Sorgen drohen, ihres Rechts auf eine möglichst unbeschwerte Kindheit vollends beraubt zu werden.

Seit 2005 hat sich in Rheinland-Pfalz sehr viel getan, um den betroffenen Kindern und ihren Eltern wesentlich mehr Hilfen zu geben.

Ausgehend von einem von der Landesregierung initiierten und finanzierten Modellprojekt – u.a. in Ludwigshafen – fanden zahlreiche Informationsveranstaltungen, Kooperationstreffen u.v.m. statt, bis sich feste Arbeitskreise gebildet hatten. In Ludwigshafen bspw. gibt es nun vielfältige Angebote mit regelmäßigen Netzwerkkonferenzen, Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Angehörigen bspw. an der Erwachsenenpsychiatrie, Angeboten für Kinder suchtkranker Eltern usw.. Jugendhilfe, Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kliniken, Selbsthilfegruppen u.v.m. arbeiten unter der Koordination der jeweiligen Psychiatriereferenten und ehrenamtlichen Engagements eng zusammen. Die gemeindenähe und vernetzte psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz hat sich absolut bewährt.

Literatur zum Artikel

Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern:

Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher (2015)

Hrsg. von Albert Lenz und Silke Wiegand-Grefe. Hogrefe Verlag

Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (2013)

Hrsg. v. Fritz Mattejat, Beate Lisofsky. BALANCE Ratgeber

IN ERSTER LINIE KINDER – UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE

JOCHEN GEHRMANN

NADIM, 17 JAHRE

(Er heißt im wahren Leben anders, aber seinen richtigen Namen will er nicht genannt wissen.)

Nadim lebte mit seinen Eltern in einem kleinen Dorf, 20 Kilometer von Aleppo entfernt, der zweitgrößten Stadt in Syrien. Er ist das älteste von fünf Kindern. Er musste demnächst zum Militär, bald, doch in seinem Land herrscht seit Jahren ein blutiger Bürgerkrieg. Aleppo und Umgebung liegen unmittelbar im Kampfgebiet zwischen Armee und Aufständischen. Die radikalen IS Milizen rücken immer näher. Die Familie beschließt: Nadim soll fliehen, geben ihm ihre letzten Ersparnisse mit. Er zieht los, von Syrien zu Fuß in die Türkei. Dort vertraut er sich Schleppern an. Nach Griechenland auf einem kleinen Boot. In Griechenland kommt er ins Gefängnis. Fast drei Monate, ein paar Quadratmeter, mit zehn Leuten. Er flieht weiter: zu Fuß mit anderen Jugendlichen aus Syrien, Afghanistan, Irak, Iran auf abenteuerlichen Fußmärschen durch den Balkan. Er erlebt Überfälle, wird ausgeraubt, bedroht, geschlagen; mehr möchte er darüber nicht berichten. Schließlich erreicht er Österreich; er will aber weiter nach Deutschland. Polizisten fragen ihn nach seinem Ausweis. Hat er aber nicht mehr. Er wird untersucht. An der bayrischen Grenze kommt er in ein Aufnahmelager und soll dort zunächst bleiben. Nadim will aber weiter nach Schweden; dort leben Verwandte. Schließlich wird er in Ludwigshafen von der Polizei aufgegriffen. Ein Mann und eine Frau vom Jugendamt kommen und bringen ihn zunächst in einer Wohngruppe unter.

DIE FLUCHT

Weltweit sind infolge von Kriegen, Bürgerkriegen, ethnischer bzw. religiöser Verfolgung, den Folgen von Armut, Hunger und Klimawandel etwa 60 Millionen Menschen auf der Flucht; ein Drittel davon sind Kinder.

Zu den Fluchtgründen zählen neben Kriegen und bewaffneten Konflikten jedoch auch der Einsatz von Kindern als Kindersoldaten, Gewalt im familiären Umfeld einschließlich drohender Zwangsheirat, Zwangsbeschneidung oder Genitalverstümmelung.

Seit einigen Jahren – insbesondere im Jahr 2015 – suchen Flüchtlinge insbesondere aus dem Bürgerkriegsland Syrien, aus dem Irak, aus Afghanistan und aus Eritrea Schutz in Deutschland.

Ihre Flucht ist oft dramatisch und gefährlich: viele zahlen kriminellen Schleppern ihre letzten Ersparnisse, überqueren das Mittelmeer auf schrottreifen Schiffen, teilweise Schlauchbooten, laufen bei Wind und Wetter tausende von Kilometern, um endlich in Sicherheit zu leben. Viele haben Verfolgung, Krieg, Vertreibung in ihrer Heimat erlebt; nicht wenige sterben auf der Flucht, andere werden ausgeraubt, vergewaltigt, misshandelt. Wir müssen davon ausgehen, dass viele dieser Menschen Deutschland traumatisiert erreichen.

In den letzten Jahren erreichen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF), davon 90% Jungen, Deutschland. Meist werden sie – mit Hilfe der letzten Ersparnisse – von ihren Familien auf den Weg geschickt, in der Hoffnung, dass sie es schaffen, den Weg nach Europa zu finden, dort eine Chance auf ein besseres Leben zu bekommen – und vielleicht – eines fernen Tages – ihre Angehörigen nachzuholen bzw. zumindest finanziell zu unterstützen.

Mädchen fliehen fast immer in Begleitung von Angehörigen; kleine Kinder mit wenigstens einem Elternteil. Zudem wird berichtet, dass Schleuser Familien bewusst trennen, um so – über das Schicksal der Kinder – einen noch höheren Druck auf die Eltern auszuüben.

Der Roman von Fabio Geda „Im Meer schwimmen Krokodile“ schildert spannend, zeitweise tieftraurig, dann wieder mutmachend – anhand einer wahren Geschichte eines Flüchtlingskinds – vom Fluchtschicksal des zehnjährigen Enait aus Afghanistan. Um seiner in Gewalt versinkenden Heimat zu entkommen, verwendet seine Mutter ihre letzten Ersparnisse, um ihm eine Flucht zu ermöglichen. Enait schlägt sich durch nach Europa mit harter Arbeit, dank neuer Freundschaften und beweist gerade am Ende auf einem Schlauchboot im Mittelmeer Mut.

DIE SITUATION IN DEUTSCHLAND

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge haben den von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierten Konventionen zufolge Anspruch auf besonderen Schutz, so

- das UN Menschenrechtsabkommen,
- die Europäische Menschenrechtskonvention,
- die Genfer Flüchtlingskonvention,
- die UN-Kinderrechtskonvention (insbesondere Art. 22 über Flüchtlingskinder),
- die Charta der Grundrechte der Europäischen Union
- das Achte Buch Sozialgesetzbuch und
- das Ausländer- und Asylrecht.

Die bundesgesetzlichen Regelungen sahen bis Oktober 2015 vor, dass nur die kostenmäßige Belastung zwischen den Bundesländern entlang des Königsteiner Schlüssels verteilt wurde. Die Betreuung eines unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings fand an dem Ort und in dem Bundesland statt, in dem er aufgegriffen wurde bzw. um Asyl gebeten hatte. Die Entwicklungen (insbesondere in den Stadtstaaten) haben jedoch dazu geführt, dass einige Bundesländer sich nicht mehr in der Lage sahen, eine dem Kindeswohl entsprechende Unterbringung zu gewährleisten. Bund und Länder haben sich daher Ende 2014 darauf verständigt, eine bundesweite Verteilung der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge einzuführen. Am 1. November 2015 ist das Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher in

Kraft getreten. Kern der neuen Regelungen ist die Einführung eines bundesweiten Verteilungsverfahrens von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Alle neu ankommenden unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge werden entsprechend des Königsteiner Schlüssels verteilt.

Zum Sticht datum 10.08.2017 wurden bundesweit 58.177 (zum Vergleich: 05.11.2015: 53.276; 07.04.2016: 67.579) unbegleitete Minderjährige jugendhilferechtlich betreut und versorgt. Davon lebten 2.794 (Stand 05.11.2015: 1.459, 07.04.2016: 2.401) dieser minderjährigen, unbegleiteten Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. Davon stammten 2016 etwa 35% aus Afghanistan, 29% aus Syrien, 10% aus Somalia und etwa 5% aus Eritrea. Zwei Drittel der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge sind 16- oder 17-jährig, davon etwa 90% männlich.

DER RECHTLICH/ADMINISTRATIVE RAHMEN

Ein unbegleiteter minderjähriger Flüchtling, der um Asyl oder Unterstützung bittet oder ohne gültige Dokumente von der Polizei aufgegriffen wird, wird zunächst durch das lokale Jugendamt in Obhut genommen. Es gibt eine Ausnahme: Wenn der junge Mensch mit Familienmitgliedern einreist, kann eine Trennung eine unzumutbare Härte darstellen – unbenommen bleibt, dass das Jugendamt den jungen Menschen in Obhut nehmen muss. Er/sie wird ärztlich untersucht und mit Dolmetschereinsatz werden die individuelle Lebens- und Fluchtgeschichte, die Fluchtgründe usw. mit ihm/ihr besprochen. Ebenfalls muss er/sie sich unter Umständen einer ärztlichen Altersschätzung unterziehen. Die Aussagekraft einer medizinischen Altersbestimmung wird gegenwärtig in der Ärzteschaft kontrovers diskutiert.

Anerkannte Flüchtlingskinder haben Anspruch auf Unterkunft, Gesundheitsversorgung und Schulbildung; traumatisierte Kinder benötigen zudem häufig eine psychologische Betreuung. Unbegleitete Minderjährige sind seitens des Jugendamtes in Obhut zu nehmen und benötigen als Minderjährige einen Amtsvormund. Der Vormund soll für den Jugendlichen bei allen persönlichen Sorgen und Problemen eine Anlaufstelle sein sowie ggf. eine Vertretung in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren bieten, d.h., bis er volljährig ist.

Bereits 2012 hatte das Land Rheinland-Pfalz in Trier ein Clearinghaus für minderjährige Flüchtlinge eröffnet, um die Erstversorgung der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge zu verbessern, das Jugendamt darin zu unterstützen, den etwaigen Jugendhilfebedarf festzustellen sowie geeignete Maßnahmen zu finden und in Fragen des ausländer- und asylverfahrensrechtlichen Status zu beraten. Eine Landesverordnung ermöglicht die Bildung von Schwerpunktjugendämtern und den Zusammenschluss von Jugendämtern.

Die Schwerpunktjugendämter bieten Obhut zunächst in Clearingstellen, bieten erste Hilfen, beantragen eine Vormundschaft und koordinieren schließlich die Fallübergabe an das zugewiesene Jugendamt. Die Landesstelle beim Landesjugendamt Rheinland-Pfalz erteilt die Zuweisungen für die unbegleiteten minderjährigen Ausländer/innen an die kommunalen Jugendämter in Rheinland-Pfalz. Sie ist als überörtlicher Träger auch zuständig für die Kostenerstattung gem. § 89d SGB VIII für erbrachte Jugendhilfeleistungen. Die Mehrzahl der jungen Menschen lebt in Wohngruppen, bis zu 10% in Pflegefamilien und darüber hinaus einige bei bereits in Deutschland lebenden Verwandten.

Solange sie minderjährig sind, haben die unbegleiteten Flüchtlinge einen uneingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitswesen, d.h. können hier medizinisch und psychologisch behandelt werden wie jeder andere gesetzlich Versicherte.

Was passiert jedoch, wenn junge Flüchtlinge das 18. Lebensjahr vollenden?

Für manche junge Flüchtlinge ist der 18. Geburtstag nicht mit mehr Freiheiten, sondern mit Ängsten verbunden. Sie müssen einen Antrag auf Hilfe für junge Volljährige stellen, der vom Jugendamt geprüft und entschieden wird. In einigen Fällen bedeutet es das Ende der Jugendhilfe, den Umzug in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende und evtl. weitere Beziehungsabbrüche. Denn in der Regel endet die Vormundschaft mit Erreichen der Volljährigkeit, unabhängig von den Hilfeleistungen. Im schlimmsten Fall kann der 18. Geburtstag bedeuten, dass eine eventuelle Ausreisepflichtung nicht mehr durch den besonderen Schutzbedarf der Minderjährigkeit verhindert werden kann. Nach Beendigung der Jugendhilfe erhalten die jungen Menschen, abhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, Leistungen nach dem

Asylbewerberleistungsgesetz oder durch das Jobcenter als Hilfe zum Leben. Nach der Volljährigkeit liegen die Herausforderungen häufig auch darin, zunächst einen Schulabschluss zu erwerben und dann eine Berufsausbildung zu machen.

Die Beendigung der Jugendhilfe mit dem Erreichen der Volljährigkeit ist jedoch nicht zwangsläufig erforderlich. Junge Menschen haben grundsätzlich Anspruch auf Hilfen für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII, sofern Jugendhilfebedarf geltend gemacht werden kann. Und davon sind junge Flüchtlinge, egal ob im Besitz einer Duldung, einer Aufenthaltsgestattung oder einer Aufenthaltserlaubnis, nicht ausgenommen. Dieser Rechtsanspruch unterliegt regional jedoch unterschiedlichen Handhabungen, genauso wie Fragen des Wohnens und des Bildungs- und Arbeitsmarktzugangs.

WAS BENÖTIGEN DIE SCHUTZBEDÜRFTIGEN JUGENDLICHEN?

Kinder und Jugendliche, die alleine auf der Flucht sind, brauchen besonderen Schutz und Zuwendung. Denn sie haben ihre Heimat, ihre Familie verloren, haben meist bereits schreckliche Erlebnisse in ihrer Heimat und dann nochmals auf ihrer Flucht nicht selten über tausende Kilometer hinter sich. Diese Ereignisse haben ihnen „den Boden unter den Füßen weggezogen“ und sie maßlos erschöpft. Zunächst müssen sie sich von diesen Strapazen erholen und brauchen Ruhe. Die Sorge um ihre in der Heimat noch in Gefahr befindlichen Angehörigen lässt sie häufig emotional und gedanklich schwer zur Ruhe kommen. Nicht selten haben sie aber bereits in Deutschland entfernte Verwandte, bspw. Onkel bzw. Tanten, leben, welche sich, soweit es ihnen möglich ist, um ihre Neffen und Nichten kümmern.

Sie brauchen Akzeptanz, Toleranz, Halt, Zuwendung, Schutz, Geduld und Hoffnung, um diese Schicksalsschläge allmählich zu verarbeiten und sich in kleinen Schritten ein neues Leben in einer sprachlich und kulturell oft sehr fremden Umgebung aufzubauen.

Der US-amerikanische Psychologe Abraham Maslow beschrieb 1970 menschliche Bedürfnisse und Motivationen in einer hierarchischen Struktur, der nach ihm benannten Maslow'sche Bedürfnispyramide:

Übertragen auf die Situation der minderjährigen Flüchtlinge haben zunächst die Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse (bspw. Essen, Trinken, Schlaf) und der Sicherheitsbedürfnisse (Unterkunft, Schutz und Geborgenheit) Priorität.

Im nächsten Entwicklungsschritt geht es um die sozialen Bedürfnisse, d.h. tragfähige soziale Beziehungen, Integration in eine soziale Gruppe und überlappend mit der nächsten Stufe der individuellen Bedürfnisse das Recht auf Schulbildung, sozialer, schulischer und später beruflicher Perspektive.



Quelle: <http://www.bing.com/images/search/maslowschebedürfnispyramide>

Diesbezüglich müssen aber auch die jugendlichen Flüchtlinge die Gesetze und Normen unserer Gesellschaft nicht nur akzeptieren, sondern sich auch aktiv selber bemühen, sich in Deutschland zu integrieren.

Für die ganz überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen scheint dies bislang zu gelten: sie sind dankbar für die Hilfe, lernen rasch Deutsch (auch um sich so auf dem Schulhof mit den anderen Kindern, auch anderen Flüchtlingskindern aus fremden Ländern, sprachlich verständigen zu können). Die meisten jungen Flüchtlinge sind sehr anpassungsfähig, und bereit, sich zu integrieren und rasch zu lernen.

EHRENAMTLICHES ENGAGEMENT DER ZIVILGESELLSCHAFT

Die Erfahrungen vor Ort zeigen: Ohne ein hohes ehrenamtliches Engagement geht es kaum. Das breite gesellschaftliche Spektrum der Helfer, von der Hausfrau bis zum Arzt, zeigt aber, dass eine Willkommenskultur vorhanden ist. In kurzer Zeit sind hierzu seit 2015 vielfältige Angebote, teilweise aus Eigeninitiative, teilweise durch die Wohlfahrtsverbände und die Kirchen, entstanden.

Die Tätigkeitsfelder sind sehr breit: Vormundschaften, Gast- bzw. Pflegefamilien, Sammeln von Spielzeug, Büchern, Kleidung, Deutschübungen, Begleitung bei Ämtern und Behörden sowie die Unterstützung einschließlich beim Ausfüllen von Anträgen, Hilfe beim Erstellen von Bewerbungsunterlagen und der Suche nach Praktika und Ausbildungsstellen.

Die Beschulung der Flüchtlingskinder wird an einigen Orten durch den ehrenamtlichen Einsatz bzw. die Reaktivierung pensionierter Lehrkräfte unterstützt.

Die un- bzw. wenig begleiteten minderjährigen Flüchtlinge haben in unserem Land häufig keine familiäre Struktur; manchmal leben jedoch Verwandte in Deutschland. Diese fehlende Struktur kann auch durch eine Unterbringung in einem Kinder- und Jugendheim nicht vollständig ersetzt werden. Gekoppelt mit einem evtl. „Kulturschock“, einer Fluchttraumatisierung, einer Entwurzelung und dem Gefühl nicht willkommen zu sein, sind sie nicht selten überfordert und ziehen sich zurück, drohen sich zu verschließen.

Dem Erwerb der deutschen Sprache kommt eine zentrale Rolle zu, denn Sprachsicherheit und Integration bedingen sich gegenseitig. Das alleine können der beste Schulunterricht und der engagierteste Mitarbeiter einer Wohngruppe aber nicht leisten.

Ehrenamtliche Paten bzw. Gastfamilien, Vereine spielen hier eine wichtige Funktion: sie unterstützen die Flüchtlinge bei einer sinnvollen Freizeitgestaltung, dabei sich in Sportvereinen zu integrieren, im Alltag mit deutschen Jugendlichen zu sprechen, Freundschaften anzuknüpfen und ggf. auch geschlechtstypische Rollenbilder aus ihrem Herkunftsland an die Realitäten in unserem Land anzupassen, z. B. in Form interkultureller Mädchen- bzw. Jungengruppenangebote. Beispielsweise der Fußballsport schafft quasi spielerisch Brücken zwischen Kulturen und Nationen.

DIE PROFESSIONELLEN HELFER

Es ist mehr oder weniger stark davon auszugehen, dass ein hoher Anteil der minderjährigen Flüchtlinge traumatisiert ist. Auch wenn der Fokus der Hilfe zunächst auf der Sicherstellung der Grundbedürfnisse sowie sprachlicher und gesellschaftlicher Integration liegt und in den nächsten Jahren weiterhin liegen dürfte, stellt sich doch die Frage nach mehr und neuen Angeboten zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge. Im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeitsgebiet kommt damit ein besonderer Versorgungsbedarf auf uns zu. Diagnostik und Therapie im Dialog mit einem kompetenten Dolmetscher ist inzwischen Alltag in Praxen und Kliniken.

Da eine psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Migranten nur dann gelingen kann, wenn kulturell und sprachlich Brücken zwischen Therapeut und Patient gebaut werden, muss es ein Anliegen sein, die hohen Kosten für einen notwendigen Dolmetschereinsatz in Praxen und Klinik mit den Kostenträgern zu verhandeln. Dieser Aufwand wird in den aktuellen Vergütungssystemen kaum adäquat honoriert und kann nicht weiterhin ohne Kostenausgleich im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung geleistet werden. Der erhöhte Kostenaufwand für einen Dolmetschereinsatz muss künftig mit den Kostenträgern verhandelt werden; hier sind Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche

Krankenhausgesellschaft und die Fachgesellschaften in der Verantwortung, Lösungen zu finden.

Da es aber nicht ausschließlich um eine sprachliche Übersetzung geht, sondern um einen interkulturellen Dialog, sind weitere Anstrengungen notwendig, so

- ehrenamtliches Engagement bspw. in Form von Integrationsbegleitern, wie sie das Projekt Brückenbauer der Stadt Ludwigshafen mit gegenwärtig etwa 30 „Brückenbauer“ aus rund 20 verschiedenen Ländern mit Kompetenzen in insgesamt 25 Sprachen: Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Farsi, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Kurdisch, Punjabi, Persisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Somali, Sorani, Spanisch, Tamil, Thailändisch, Türkisch, Ukrainisch, Urdu, Vietnamesisch,
- die Ausbildung und kontinuierliche Supervision der ehrenamtlichen Helfer,
- die Förderung der Ausbildung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Feldern der Sozialarbeit, Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem,
- die Förderung der Ausbildung von Fachkräften in den Bereichen Integration, Traumatherapie allgemein und mit interkulturellem sowie Fluchthintergrund,
- noch bessere Vernetzung der Hilfen untereinander und mit den Migrantenverbänden,
- und schließlich mehr Forschung zu den Themen Migration, Flucht, Traumata, Resilienz und Integration.

Bevor jedoch eine Therapie wirklich Sinn macht, muss zuvor genau geprüft werden, was der einzelne (Flüchtling) tatsächlich benötigt. Für Kinder und Jugendliche mit seelischen Folgestörungen braucht es eine gute differenzialdiagnostische Abklärung und multimodale Diagnostik, welche Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgrund der besonderen sprachlichen und kulturellen Besonderheiten der Flüchtlinge (heraus)fordern, Kliniken und Niedergelassene für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gleichermaßen. Naturgemäß liegt der Schwerpunkt der professionellen Hilfen im ambulanten Bereich und ist längerfristig ausgerichtet. Mehr Therapeuten mit einem eigenen Migrationshintergrund und mehr mit einer Traumatherapieausbildung zu rekrutieren,

wird ein längerer Weg sein, auf den wir uns alle gemeinsam und vernetzt machen müssen. Denn eine Alternative zur Integration gibt es nicht.

Psychosoziale Beratungszentren für Traumatherapie bspw. in Mainz und Ludwigshafen ergänzen die bereits bestehenden Angebote sinnvoll, sie bieten Beratung, ggf. auch Traumatherapie.

START: EIN THERAPEUTISCHES KONZEPT ZUR ERSTSTABILISIERUNG

Für viele Flüchtlingskinder und -jugendliche ist zu Beginn ihres Aufenthaltes eine lange Psychotherapie nicht realistisch. Denn es geht zunächst darum, grundlegendere Bedürfnisse (s.o.) sicherzustellen. Viele dieser jungen Menschen leiden aber unter erheblichen seelischen Belastungen durch negative Erfahrungen vor bzw. auf ihrer Flucht. In Deutschland angekommen, müssen sie sich zunächst in einem fremden Land in einer fremden Sprache zurechtfinden. Sie müssen von ihren Familien getrennt leben und sorgen sich um deren Schicksal. All diese Faktoren führen zu einem starken erhöhten und allgemeinen Stress- und Anspannungsniveau. Angesichts der enormen Belastungen und häufiger sequentieller Traumatisierung der Kinder und Jugendlichen sind früh eingesetzte Hilfen extrem wichtig und ist im Sinne der Erstprävention als eine zentrale Intervention zu sehen.

Andrea Dixius und Eva Möhler haben hierzu ein Konzept zur Erststabilisierung und Arousal -Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge entwickelt: Stress – Traumasymptoms – Arousal – Regulation – Treatment: START (www.startyourway.de). Es besteht aus fünf Modulen – im Gruppen und/oder im Einzelsetting werden mit den Kindern und Jugendlichen Fertigkeiten zur Stressregulation, zur emotionalen Stabilisierung und zum Umgang mit Albträumen geübt. Beim START Konzept geht es in erster Linie um eine rasche Stabilisierung und Stressreduktion, um akute Krisen zu überstehen und den Betroffenen zu helfen, wieder Kontrolle über ihr eigenes Verhalten zu erhalten. Danach fokussiert das an DBT-A (s. auch den Beitrag von Eva Möhler in diesem Heft) angelehnte Programm auf die Förderung von Selbstfürsorge, Achtsamkeit und Stärkung von Schutzfaktoren. Um einen niedrigschwelligen und kulturintegrativen Zugang zu ermöglichen, ist das

Manual mehrsprachig übersetzt worden. Zusätzlich gibt es auch mehrsprachige Audioversionen. Dadurch kann ein Teil des Programms ohne Dolmetscher und in Gruppen mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Sprachen durchgeführt werden. Das Konzept ist bewusst so entwickelt worden, dass es auch Lehrer, Erzieher und Sozialarbeiter in ihrem Praxisalltag einsetzen können.

START Weiterbildungen werden inzwischen bundesweit angeboten. 2017 wurden die Autorinnen dafür mit dem Innovationspreis des Dachverband DBT e.V. ausgezeichnet.

Mein Dank gilt Frau Angelika Remmers für ihre bewährte redaktionelle Hilfe bei allen Beiträgen.

Literatur zum Artikel

Fabio Geda (2015) Im Meer schwimmen Krokodile. Btb Verlag

Iris Lemanczyk (2015) Ins Paradies? Horlemann Verlag

„Willkommen in Deutschland!“ Ein Wegweiser für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Aktuell in Deutsch, Englisch, Französisch, Dari (Sprache im Iran), Arabisch, Vietnamesisch und Russisch verfügbar.

www.b-umf.de/images/willkommen/willkommendeutsch-web.pdf

Andrea Dixius, Eva Möhler (2016) Stress – Traumasymptoms – Arousal – Regulation–Treatment. Manual zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder- und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge (mit DVD mit mehrsprachigen Vorlagen). www.STARTyourway.de. Eigenverlag

Anmerkung

Neben den im Adressverzeichnis genannten Einrichtungen, können sich psychisch belastete geflüchtete Kinder und Jugendliche u.a. auch an die Psychosozialen Zentren für Flucht und Trauma wenden.

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

St. Matthias St.-Veit-Str. 14

56727 Mayen

Tel.: 02651 98 69 – 148

Fax: 02651 98 69 – 118

E-Mail: koordinierungsstelle@caritas-mayen.de

Homepage: www.interkulturell-gesundheit-rlp.de

VON GESPENSTERN IM KINDERZIMMER SÄUGLINGS- UND KLEINKINDPSYCHIATRIE UND –PSYCHOTHERAPIE

ANDREA HAVERKAMP-KROIS

FALLBEISPIELE

Warum schreit mein Kind immer wieder – es hört einfach nicht auf – die ganze Nacht? Warum schläft es nicht endlich ein? Warum schaffe ich es nicht, mein Baby zu beruhigen? Hat es Schmerzen? Ist es hungrig?

Sie presst den Mund zusammen, ganz fest, lässt sich einfach nicht füttern. All das, was die anderen Säuglinge gerne mögen, Möhren, Apfel, Banane – mein Baby mag nichts davon – es hat wohl keinen Appetit? Oder ist es vielleicht ernsthaft krank? Seit 3 Monaten hat sie kaum noch an Gewicht zugenommen. Ich habe so Angst, sie wird mir noch verhungern!

Er wird so schnell richtig schlimm wütend und er ist oft misstrauisch. Warum ist es immer mein Junge, den die Betreuerin als Störenfried aus der Gruppe ausschließen muss? Ich bin es leid, immer wieder diese Anrufe von den Erziehern zu bekommen und ihn aus dem Kindergarten abholen zu müssen. Er kann sich einfach nicht gut selber beschäftigen, schon nach wenigen Minuten sucht er sich etwas Neues zum Spielen, ihm ist ständig langweilig. Dabei macht er viel Spielzeug kaputt – ich kann es ihm wohl nie recht machen.

EINLEITUNG – WAS IST SÄUGLINGS- UND KLEINKINDPSYCHIATRIE?

Die oben dargestellten drei Fallgeschichten bzw. die damit einhergehenden Fragen von Eltern sind häufige Anlässe für die Vorstellung in einer Säuglings-



und Kleinkindsprechstunde. Oft ist zu erleben, wie alleine durch die Möglichkeit einer ausführlichen Beratung und Information vorhandene intuitive Kompetenzen der Eltern wieder aktiviert sowie ernsthaften und dauerhaften Störungen vorgebeugt werden kann. Nur in seltenen Fällen wird tatsächlich eine intensivere psychotherapeutische Behandlung von Eltern und Kind erforderlich.

Seit den 1970er Jahren haben sich die Erkenntnisse über die seelische und kognitive Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern durch die wissenschaftliche Arbeit, beispielsweise in den Bereichen Bindungs- und Entwicklungspsychologie, in exponentieller Weise vervielfacht. Es konnten besondere Therapiekonzepte und Methoden, die sich auf die Zweier- oder auch Dreierbeziehung von Kind und Bezugsperson(-en) richten, entwickelt werden, um spezifische Symptome dieser Altersgruppe wirksam zu behandeln. Damit ist eine große Chance verbunden, auch sehr jungen Kindern und ihren Eltern bei Verhaltensauffälligkeiten, Störungen der Stimmungslage und Entwicklungsproblemen frühzeitig eine notwendige Beratung und therapeutische Unterstützung zukommen zu lassen.

Andererseits liegt in einer immer früher einsetzenden Diagnostik und Behandlung dieser bisher kaum in der Psychotherapie berücksichtigten spezifischen Patientengruppe auch eine große Gefährdung. So wenden Kritiker ein, dass durch Psychiater bzw. Therapeuten nun schon Säuglinge zu psychisch Kranken abgestempelt werden und diese Stigmatisierung eine extreme Belastung für das spätere Leben im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung darstellen könnte. Die Grenzen zwischen normalem und gestörtem Verhalten seien fließend und je jünger ein Kind sei, umso schwieriger sei es, eine Erkrankung zuverlässig zu diagnostizieren. Dadurch würden immer mehr gesunde Kinder mit vorübergehenden Verhaltensproblemen, die sich im Laufe der Zeit selber regulieren würden, zu kranken Kindern gemacht.

In diesem Spannungsfeld müssen tatsächlich psychisch kranke Säuglinge und Kleinkinder sicher identifiziert und zeitnah Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig gilt es, unnötige bzw. überflüssige Behandlungen zu vermeiden. Nur wenn dies gelingt, wird es zukünftig möglich sein, eine effiziente und wirksame Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie weiter aufzubauen.

DEFINITION – GIBT ES PSYCHISCHE STÖRUNGEN SCHON IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER?

Schon ein Neugeborenes trägt zahlreiche Kompetenzen in sich, die sein Wachstum sowie seine Entwicklung und eine Interaktion mit der Umwelt ermöglichen. Hierzu zählen beispielsweise die Reflexe, wie der Saug- und der Greifreflex, und die Fähigkeit erste Gefühle, wie Schmerz oder Hunger, wahrzunehmen. Neben diesen Befähigungen, über die alle Säuglinge verfügen, gibt es aber auch individuelle angeborene Temperamentsfaktoren, die eine Art von Grundmatrix darstellen aus der sich die spätere Persönlichkeit differenziert.

Welche von diesen ursprünglichen, angeborenen Eigenschaften tatsächlich das Wesen des Menschen mitbestimmen wird, entscheidet sich aber durch den Einfluss äußerer Faktoren bzw. Lebensbedingungen. Der Qualität früher Beziehungserfahrungen mit der primären Bezugsperson kommt eine entscheidende Bedeutung für das psychische Erleben und die spätere Persönlichkeit zu. Schon früh erkannten Wissenschaftler, dass insbesondere die ersten drei Lebensjahre eine entscheidende Phase für die Prägung darstellen.

Wird ein Baby einfühlsam und hinreichend gut durch seine Bezugsperson versorgt, kann es ein „Urvertrauen“, d.h. eine positive und stabile psychische Konstitution, entwickeln. Im Gegensatz dazu wurde schon um das Jahr 1940 durch Rene Spitz beobachtet, dass Kleinkinder, die keine Zuwendung erfahren oder z. B. ihre primäre Beziehung verlieren, eine depressive Symptomatik entwickeln, die schließlich zu einer Gedeihstörung mit Gewichtsverlust, einer Wachstums- hemmung und gravierenden Defiziten seelischer und kognitiver Fähigkeiten führen kann.

Die Formulierung „Gespenster im Kinderzimmer“ stammt von Selma Fraiberg (1980). Sie beschreibt „Gespenster“ als „Besucher aus der nicht erinnerten Vergangenheit der Eltern“ und verdeutlicht damit, dass unbewusste innere Einstellungen, Zuschreibungen und Motive eines Elternteils über eine belastete Interaktion die Gefühle und das Verhalten des eigenen Kindes stark beeinflussen und dauerhaft schädigen können.

PSYCHODYNAMIK – WIE KÖNNEN STÖRUNGEN BEI SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN ENTSTEHEN?

Kinder zeigen schon in den ersten Lebensmonaten Emotionen wie z. B. Interesse, Zufriedenheit, Ekel oder Belastung. Das affektive Spektrum erweitert und differenziert sich kontinuierlich weiter und umfasst am Ende des ersten Lebensjahres zusätzliche Gefühlsqualitäten wie Freude, Ärger, Überraschung und Traurigkeit. Das Baby entwickelt diese Gefühlsqualitäten im Zusammenleben mit der Mutter, die dem Kind positive Gefühle, z. B. Freude spiegelt und Trost spendet, wenn negative Emotionen reguliert werden müssen.

Je jünger das Kind ist, umso stärker ist seine Affektregulation neben äußeren Faktoren auch von den emotionalen Zuständen seiner primären Bezugspersonen abhängig. So reagieren Säuglinge mit Weinen, Rückzug oder Aggression auf Affekte wie z. B. Angst oder Depression bei der Mutter. Affektive Gefühlsqualitäten, die die frühe Kindheit bestimmen, haben aber auch einen starken Einfluss auf die Wesensbildung. Kinder von Müttern mit einer Depression haben selber ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko ebenfalls an einer depressiven Störung zu erkranken.

Neben psychischen Erkrankungen der Eltern sind auch andere sozioemotionale Belastungen der Eltern, wie mangelnde Unterstützung in der Partnerschaft, alleinerziehende Elternteile nach Trennung, finanzielle Sorgen, beruflicher Stress, Alkohol- und Drogenkonsum etc., zu nennen.

Risikofaktoren von Seiten des Kindes, die zu einer psychischen Störung disponieren, sind:

- schwieriges / unruhiges / reizoffenes / empfindsames Temperament
- chronische körperliche Erkrankungen
- Frühgeburtlichkeit und starkes Untergewicht bei Geburt
- Entwicklungsstörungen / Wahrnehmungsstörungen.

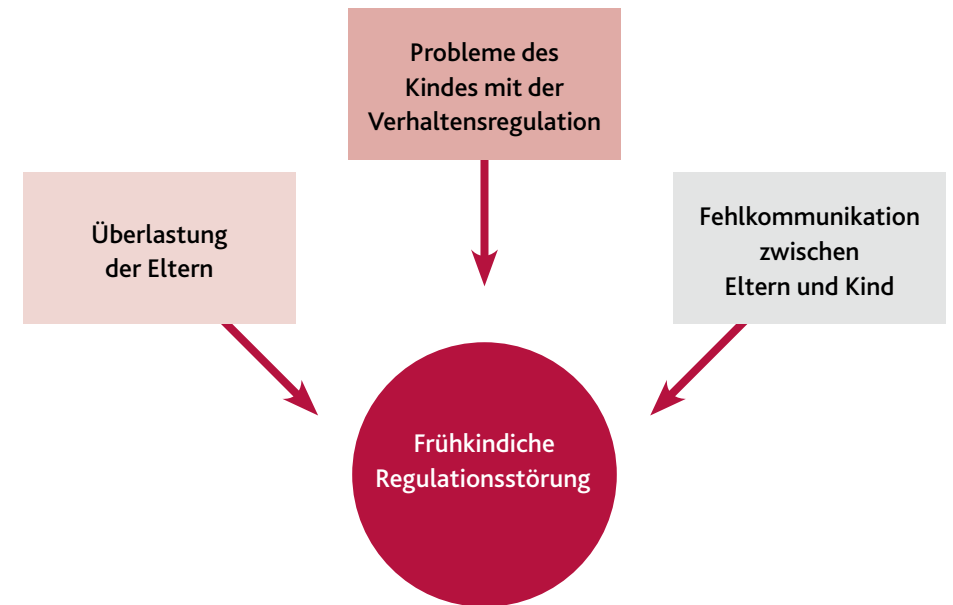


Abb. 1: Entstehung von Regulationsstörungen nach M. Papousek

Seelische Störungen sind stets multifaktoriell bedingt und entwickeln sich in einem komplexen Zusammenwirken kindlicher und elterlicher Merkmale. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang auch Schutzfaktoren erlangt, die eine Ausbildung seelischer Erkrankungen verhindern können und durch therapeutische Maßnahmen aufgebaut und gestärkt werden sollen. Zu ihnen zählen Einfühlsamkeit, Fähigkeit über sich und das Kind nachzudenken (Reflektion) und emotionale Ausgeglichenheit.

EPIDEMIOLOGIE – WIE HÄUFIG SIND STÖRUNGEN DER EMOTIONALEN ENTWICKLUNG IN DEN ERSTEN 3 LEBENSJAHREN?

In der frühen Kindheit, d.h. bis zum 3. Lebensjahr, treten Störungen der emotionalen und motorischen Entwicklung mit 7-10 % etwa in derselben Häufigkeit auf, wie in der übrigen Kindheit und Jugend.

Bindungsstörungen, die häufig auf die spätere sozioemotionale Entwicklung des Kindes einen entscheidenden Einfluss nehmen, werden bei circa 1 % der Kinder diagnostiziert. Als Risikofaktoren gelten Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern, oft sind betroffene Kinder in Heimen oder bei Pflegefamilien untergebracht.

KLASSIFIKATION UND SYMPTOMATIK – WIE ZEIGEN SICH PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM FRÜHEN KINDESALTER?

Seelische Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern zeigen sich auf andere Weise wie bei Jugendlichen oder Erwachsenen. Die bestehenden psychiatrischen Beschreibungen und Definitionen psychischer Erkrankungen können entsprechend für die frühe Kindheit nur eingeschränkt angewendet werden.

Eine erste Klassifizierung von seelischen Auffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern, die „Diagnostische Klassifikation 0-3“, erschien erstmals 1999 in deutscher Sprache und erlangte rasch eine weite Verbreitung. Ständig weiterentwickelt stellt sie heute die allgemein akzeptierte Grundlage für eine Diagnostik und Behandlung seelischer Störungen in der frühen Kindheit dar.

Auf die Altersgruppe der 0 bis 3-jährigen Kinder abgestimmt, beschreibt die Klassifikation die übliche Symptomatik der jeweiligen Störung und grenzt normales Verhalten von einer krankhaften Störung ab.

Es werden folgende Krankheitsgruppen unterschieden:

Posttraumatische Stresstörung

Diese Diagnose ist Kindern vorbehalten, die Opfer einer Traumatisierung, entweder durch ein einzelnes Erlebnis oder durch eine dauerhafte Einwirkung einer Reihe seelisch verletzender Ereignisse, geworden sind. Beispiele sind u.v.a. die Erfahrung von Gewalt durch Kriegserlebnisse oder körperliche Züchtigung, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung. Zwischen dem Zeitpunkt des Traumas und dem Auftreten von Symptomen muss ein zeitlicher Zusammenhang bestehen.

Typische kindliche Verhaltensauffälligkeiten sind eine gesteigerte Anspannung und Wachheit des Kindes und eine erhöhte Schreckhaftigkeit sowie Ängste, Traurigkeit und sozialer Rückzug. Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses zeigt sich z. B. in Alpträumen oder einem stereotypen Spiel, dass die belastende Situation immer wieder darstellt ohne eine Auflösung zu finden. Reaktiv kann sich eine emotionale Abstumpfung und Gleichgültigkeit als Schutz vor weiteren seelischen Verletzungen ausbilden oder das Kind begibt sich gedanklich in einen tranceartigen Zustand mit starrem Blick und mangelnder Reaktionsfähigkeit auf äußere Ansprache (Dissoziation).

Ohne therapeutische Intervention besteht für diese Störung ein hohes Risiko, dass die Symptome andauern und seelisch nicht verarbeitet werden können.

Affektstörungen

Diese Gruppe von Erkrankungen umfasst sämtliche Störungsbilder, die mit einem gestörten Gefühlerleben verbunden sind.

Hierzu zählen die Angststörungen, die sich durch starkes Klammern oder ausgeprägte Angst vor Fremden oder Trennungsängste manifestieren. Betroffene Kinder können unter einem Entwicklungsrückstand leiden, weil sie durch ihre Belastung und Verstimmung am Lernen gehindert sind oder sie zeigen ein Verhalten, das einem deutlich jüngeren Kind entspricht, um besondere Fürsorge zu erfahren. Auch depressive Zustände, wie eine starke und verlängerte Trauerreaktion oder Gram, gehören zu dieser Kategorie. Die Kinder fallen durch eine

allgemeine Antriebshemmung, Spielunlust oder gereizte Stimmungslage auf. Bindungsstörungen haben ihre Ursache oft in Vernachlässigung oder Verwahrlosung und können soziale oder emotionale Ursachen haben. Das Hauptsymptom ist eine mangelhafte Bezogenheit auf eine Bezugsperson, die Kinder können aus Unsicherheit und Misstrauen keine zuverlässige und verbindliche Beziehung aufbauen oder verhalten sich unangemessen distanzlos.

Eher selten treten Störungen der Geschlechtsidentität ab dem Kleinkindalter auf. Symptome sind eine vehemente Ablehnung des eigenen Geschlechtes, bis hin zu Äußerungen von Ekel gegen die eigenen Geschlechtsorgane, ausgeprägte gegengeschlechtliche Interessen, der Wunsch sich entsprechend dem anderen Geschlecht zu kleiden oder sich mit einem gegengeschlechtlichen Namen rufen zu lassen.

Regulationsstörungen

Dies sind Störungsbilder, die in Bezug auf das Säuglingsalter bzw. auf sehr junge Kinder definiert worden sind. Kennzeichen ist ein Defizit des Kindes, die eigene Befindlichkeit und sein Verhalten altersangemessen und selbständig zu regulieren und einen ruhigen, aufmerksamen und ausgeglichenen Zustand aufrecht zu erhalten.

Ein erheblicher Erregungszustand zeigt sich z. B. in unregelmäßigem Atmen, Schluckauf, Erschrecken, Erbrechen oder Würgen. Die Bewegungen des Säuglings sind fahrig, ruckartig, desorganisiert und ungezielt. Die vom Kind gezeigten Gefühlszustände wechseln sehr schnell, Biorhythmen in Bezug auf Nahrungsaufnahme oder Schlaf sind gestört. Es werden 4 Typen von Regulationsstörungen differenziert:

- **Typ 1: übersensitiv/überempfindlich**

Die Kinder zeigen ängstliches, übervorsichtiges oder abweisendes, negatives und trotziges Verhalten.

- **Typ 2: unterreaktiv**

Die Verhaltensweisen des Kindes sind geprägt durch sozialen Rückzug, Gleichgültigkeit bzw. geringe emotionale Reaktivität.

- **Typ 3: impulsiv, motorisch desorganisiert**

Bei diesen Kindern besteht eine eingeschränkte Verhaltenskontrolle, sie sind impulsiv und erscheinen aggressiv, furchtlos und desorganisiert. Auffällig ist eine relative Schmerzunempfindlichkeit, die Kinder suchen nach starken sensorischen Reizen.

- **Typ 4: andere Regulationsstörungen; Restkategorie**

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind das häufigste Krankheitsbild im Säuglings- und Kleinkindalter und haben erhebliche bzw. sehr belastende Auswirkungen auf das Familienleben. Es kann zwischen Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden werden, jedoch sind Schlafprobleme meist extrem vielgestaltig und passen ihr Erscheinungsbild an Alter und Situation des Kindes an.

Fütterstörungen

Circa 25 % der Eltern berichten von subjektiv empfundenen Schwierigkeiten bei der Ernährung ihres Säuglings. Davon sind 1-2 % schwerwiegendere Fütterstörungen, die mit mangelnder Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust einhergehen und über längere Zeit persistieren können. Ein hohes Risiko an einer Fütterstörung zu erkranken haben Frühgeborene und Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, Entwicklungsverzögerungen, chronischen Erkrankungen (Herzerkrankungen, Erkrankungen des zentralen Nervensystems) sowie Fehlbildungen des Magen-Darm-Systems.

Das Erlernen der Nahrungsaufnahme, vom Stillen über das Füttern mit Breikost bis hin zur eigenständigen Ernährung mit fester Kost, ist ein komplexer Entwicklungsvorgang, der sich über einige Jahre hinzieht. Neben der Koordination von Hand- und Mundmotorik wird dieser Lernprozess auch durch psychische Faktoren, wie Hungergefühl, Verweigerungshaltungen und Autonomiestreben, stark beeinflusst.

Tab.1: Übersicht zu den unterschiedlichen Formen von Fütterstörungen nach I. Chatoor

Symptome	Ursachen
Trinkschwäche	Baby zu schläfrig oder zu angespannt, um zu trinken z. B. bei einer Regulationsstörung
vermindertes Hungergefühl	wenig Interesse am Essen oft Ablenkung und Spielen beim Essen dabei intensiver Kontakt mit der Bezugsperson
Essensverweigerung	als Zeichen einer oppositionellen Verweigerungshaltung Hinweis auf Autonomiestreben des Kindes
Gewichtsstillstand oder -verlust	eine körperliche Erkrankung sollte ausgeschlossen werden
Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel	abhängig von Konsistenz, Geschmack, Geruch oft bei der Einführung von Breikost
Nahrungsaufnahme wird nach kurzer Zeit abgebrochen	bei fehlender Kraft zum Saugen, Trinken und Kauen bei Herz- oder Lungenerkrankungen
Angst vor dem Füttern	nach schmerzhaften medizinischen Eingriffen im Bereich von Mund und Hals

Störungen der Bezogenheit und der Kommunikation

Andere Bezeichnungen für diese Gruppe von Störungsbildern sind „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ oder „Autismus-Spektrumsstörungen“. Die Hauptsymptomatik ist eine gravierende Einschränkung des zwischenmenschlichen Kontakts, der gegenseitigen Bezogenheit und Interaktion. Dazu kommen Auffälligkeiten in Bereichen wie Sinnes- und Körperwahrnehmung, der Bewegung und Sprache.

Im Säuglingsalter ist auffällig, dass betroffene Kinder keinen Blickkontakt aufnehmen, dass sie kaum Mimik zeigen und auf ein Lächeln oder Liebkosen der Bezugsperson nur eingeschränkt reagieren. Vielleicht wird Zuneigung und Körperkontakt sogar aktiv zurückgewiesen, autistische Kinder zeigen kein oder nur geringes Interesse an Menschen in ihrer Umgebung. Autisten neigen dazu, immer wieder dieselben besonderen Bewegungsmuster (Tics, Stereotypien) zu wiederholen. Sie verfolgen ihre speziellen Interessen, die sich meist auf unbelebte z. B. technische Gegenstände bzw. Spielzeug beziehen, unverändert oft über einen langen Zeitraum von Wochen und Monaten. Es kommt häufig zu erheblichen Entwicklungsrückständen, circa 80 % der frühkindlichen Autisten leiden unter einer geistigen Behinderung. Die Prognose von Kindern mit frühkindlichem Autismus ist in Bezug auf die soziale und berufliche Integration deutlich eingeschränkt. Frühzeitig sollte eine Förderung in spezifischen Autismuszentren eingeleitet werden.

Über die psychischen Störungsbilder und ihre Beschreibung hinaus hat die „Diagnostische Klassifikation 0-3“ auch den Anspruch, die biologischen, sozialen und emotionalen Faktoren einer psychischen Erkrankung eines Kindes zu erfassen. Sie beschreibt 5 Bereiche oder „Achsen“, die für die Einschätzung des Störungsbildes wichtig sind:

- Achse 1: psychische Erkrankung des Kindes
- Achse 2: Beschreibung der Eltern-Kind-Beziehung
- Achse 3: körperliche, neurologische oder entwicklungsbedingte Gesundheitsstörungen
- Achse 4: psychosoziale Belastungsfaktoren
- Achse 5: Einschätzung des Entwicklungsniveaus

DIAGNOSTIK – WIE WERDEN PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM FRÜHEN KINDESALTER FESTGESTELLT?

Aufgrund der Besonderheiten und der Komplexität psychischer Erkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern können Untersuchungen nur von Fachleuten, wie Ärzten, Psychologen, Heilpädagogen, etc., durchgeführt werden, die über eine entsprechende Erfahrung und zusätzliche Ausbildung verfügen und in einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten. Die diagnostischen Untersuchungen beziehen sich zum einen auf das Kind und seine Bezugspersonen als einzelne Individuen. Zum anderen wird auch im Miteinander von Eltern und Kind eine Untersuchung der Kommunikation, der Interaktion und der Beziehung durchgeführt. Neben biologischen Faktoren (z. B. somatischen Erkrankungen von Mutter und/oder Kind) müssen auch soziale Faktoren (z. B. berufliche Belastungen, alleinerziehende Elternteile, Armut, Bildungsniveau) und psychische Störungen (psychische Erkrankung eines Elternteils, Vorerkrankungen, intergenerationale familiäre Belastungen) erhoben werden.

Entwicklungsstörungen, beispielsweise im Bereich der Motorik oder der Sprache, können großen Einfluss auf die Befindlichkeit und die psychische Reifung eines Kindes ausüben und müssen durch Entwicklungstests diagnostiziert werden. Auch auf Zeichen einer Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung oder gar Misshandlung muss geachtet werden. In diesen Fällen ist eine Unterstützung durch das Jugendamt einzuleiten, eine psychotherapeutische Behandlung ist zunächst nicht sinnvoll.

Bei zahlreichen Störungsbildern, wie Ernährungs- und Schlafstörungen, beginnt die Untersuchung mit einer intensiven Phase der Selbstbeobachtung. Die bestehenden Beschwerden werden in Form, Schwere und Dauer meist über ein bis zwei Wochen protokolliert. Im anschließenden Gespräch mit dem Therapeuten können aus den Aufzeichnungen der Eltern Rückschlüsse auf die Ursachen und die Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung abgeleitet werden.

Durch testpsychologische Fragebögen können beispielsweise die sozioemotionalen Belastungen von Eltern, Temperamentsfaktoren des Kindes u.a. erfasst und mit einer Stichprobe verglichen werden. Diese Testinstrumente ermög-

lichen eine objektivere quantitative Messung durch eine wissenschaftliche Evaluation.

THERAPIE – WELCHE BEHANDLUNGSFORMEN GIBT ES FÜR SÄUGLINGE/KLEINKINDER UND IHRE BEZUGSPERSONEN?

Am Anfang der Therapie steht oft eine Beratung und Information der Eltern in Bezug auf die belastende Symptomatik. Durch diese Psychoedukation sollen den Eltern Kenntnisse vermittelt werden, die helfen, intuitive elterliche Kompetenzen wieder zu aktivieren.

Eine besonders wichtige Funktion für den emotionalen Halt der gesamten Familie ist die Strukturierung in Form fester Tagesabläufe und Rituale. Die therapeutische Unterstützung, zu der auch die Förderung der Kinder und Eltern durch Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, etc. gehört, gibt weitere Sicherheit zur Stabilisierung der innerfamiliären Beziehung.

Eine herausragende Bedeutung in der psychotherapeutischen Behandlung von Säuglingen bzw. Kleinkindern und ihren Bezugspersonen hat die Videodokumentation mit Feedback durch Besprechung der wichtigsten Sequenzen mit den Eltern.

Es gibt unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsmethoden, die sich

1. auf das betroffene Kind (= kindbezogene Psychotherapie),
2. auf die Eltern (= psychoanalytische Säuglings-/Kleinkind – Eltern Psychotherapie),
3. auf die Interaktion / die Gegenseitigkeit (interaktionelle Psychotherapie) beziehen.

Meist werden in einer multimodalen Behandlung sämtliche therapeutischen Ansätze miteinander kombiniert, um die Wirksamkeit der Therapie zu erhöhen. Ein Beispiel für eine kindzentrierte Intervention ist das Programm „Watch, wait and wonder“ von Cohen. Diese Methodik leitet Bezugspersonen an, eine beobachtende und abwartende Haltung gegenüber dem Kind einzunehmen und nur auf dessen Kommunikations- und Beziehungssignale zu reagieren.

Insbesondere für Eltern mit einer überinvolvierten Erziehungshaltung, einer ausgeprägten invasiven Einstellung, die dazu neigen, ihr Kind zu stark kontrollieren zu wollen und sich nicht gut abgrenzen können, ist das Programm sehr gut geeignet.

Die psychoanalytische Säuglings-/Kleinkind – Eltern Psychotherapie versucht, z. B. durch Videodokumentation, innere unbewusste Konflikte der Eltern aus der Vergangenheit, die das Verhalten gegenüber dem Kind beeinflussen, im Film darzustellen, anzusprechen und durch Deutung zugänglich zu machen.

Die interaktionelle Psychotherapie arbeitet ebenfalls viel mit Videoaufzeichnungen. Der Schwerpunkt liegt bei dieser Methode mehr im Hier und Jetzt. Der Therapeut unterstützt die Bezugsperson dabei, ihre Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind zu verbessern. Insbesondere bei Kindern mit schwierigen Temperamentsfaktoren können auf diese Weise Teufelskreisläufe, z.B. von gegenseitigen aggressiven Verhaltensweisen, unterbrochen werden.

Ziel der Behandlung ist stets eine Entlastung und Stabilisierung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit, der Aufbau einer entspannten positiven Gegenseitigkeit und eine altersentsprechende sensomotorische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung des Kindes.

DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE FÜR ADOLESCENTE (DBT-A)

ANDREA DIXIUS / EVA MÖHLER

EINLEITUNG

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha M. Linehan (Linehan 1996, 1996, 2015) als störungsspezifisches Konzept zur Behandlung der Borderlinepersönlichkeitsstörung für Patienten mit chronisch suizidalen Verhaltensweisen entwickelt. DBT hat in der Behandlung der Borderlinestörung bei Erwachsenen den besten Evidenzgrad (Bohus et al. 2009).

Die Anpassung der DBT für die Behandlung von Jugendlichen, die Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) erfolgte durch Rathus und Miller (2002) und fokussierte auf die ambulante Behandlung von Jugendlichen mit suizidalem Verhalten (Rathus, Miller 2015). Der Transfer der DBT-A in den deutschsprachigen Raum gelang 2006 Fleischhaker und Kollegen und wurde als Behandlungsprogramm Fleischhaker et al (2010) manualisiert.

Erste evidenzbasierte Daten zeigen eine vielversprechende Wirksamkeit der DBT-A DBT-A (Mehlum et al. 2014).

Mittlerweile gibt es inhaltliche Modifikationen von DBT:

- DBT für Erwachsene mit Borderlinestörungen
- DBT für Essstörungen
- DBT für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)
- DBT für Adoleszente mit Borderlinestörungen

Ausgehend von der Annahme, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung ihren Ursprung bereits in der Kindheit und im Jugendalter nimmt (Chanen et al. 2008, Kaess et al. 2014), wird auch die Diagnose bereits in der Adoleszenz als valide und reliabel gesehen.

DBT ist ein Therapieverfahren mit einer achtsamkeitsbasierten und dialektischen Grundhaltung. DBT ist verhaltensorientiert, balanciert dialektisch zwischen Akzeptanz und Veränderung.

Zentral für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist die Störung der Affektregulation mit einer hohen emotionalen Vulnerabilität. Das biosoziale Entstehungsmodell der BPS geht von einem Zusammenwirken von biologisch prädispositionellen Faktoren und von biografischen Erfahrungen von Invalidierungen aus dem sozialen Umfeld aus. Die Folge kann eine erhöhte emotionale Vulnerabilität sein und dysfunktionale Verhaltensweisen wie zum Beispiel Selbstverletzungen zur Spannungsreduktion, impulsives Verhalten oder auch suizidales Verhalten.

DIE DIALEKTISCHE GRUNDHALTUNG

In der DBT-A zieht sich die Dialektik durch den gesamten Behandlungsprozess. Der Grundgedanke der Dialektik besagt, dass es gleichzeitig mehr als nur eine Sichtweise gibt.

Dialektik bedeutet hier, dass gegensätzliche Dinge, Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen ihre Bedeutung haben. Eine Situation kann immer aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden; Menschen haben vieles gemeinsam und sind dennoch verschieden; im Leben gibt es positive und negative Seiten.

Dialektik bedeutet also auch, dass es immer mehr als nur einen Weg gibt, Situationen, Probleme und Ereignisse zu betrachten. Die Ausbalancierung zwischen Akzeptanz- und Veränderungsprozessen (s. Abb.1) sind grundlegend in der DBT. Akzeptanz schafft die Basis für Veränderung. Zu den akzeptanzorientierten Methoden zählen Achtsamkeit, nichtbewertende Grundhaltung und Validierungsstrategien.



Abb. 1 Beispiele dialektischer Prozesse im DBT

DBT-A - UND SKILLSTRAINING

Feste Therapiebausteine der DBT-A sind Einzeltherapie, Bezugspersonentermine, Skillsgruppen, Achtsamkeitsgruppen, Elternarbeit, Telefoncoaching und im stationären Kontext Unterstützung in der Anwendung von Skills im Stationsalltag. Integriert werden weitere supportive Behandlungseinheiten wie Musik- und Körpertherapie.

Zentral in der DBT ist die Vermittlung von Skills. Skills werden von Linehan (1993b) als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen definiert, die kurz- und langfristig positive Ergebnisse fördern und negative reduzieren. Jeder Mensch macht intuitiv regelmäßig Skills, in der DBT-A wird der bewusste Einsatz von Skills als Alternativfertigkeiten – anstelle von dysfunktionalen Verhaltensweisen, wie z.B. Selbstverletzungen – geübt. Neben dem Skillstraining werden weitere Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt.

Von besonderer Bedeutung im Therapieprozess ist der Fokus auf die Wahrnehmung von positiven Erfahrungen und Emotionen sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit und Ressourcenaktivierung.

Module des Skilltrainings sind Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Skills zum Thema Selbstwert. Zusätzlich im DBT-A ist das Modul „der goldene Mittelweg“.

DBT-A und die modulare Therapiestruktur

Das Skills-Training setzt sich aus 5 Modulen (s. Abb. 2) zusammen und wird ambulanten, teilstationären und stationären Setting angeboten. Je nach Setting variiert die Dauer der Therapie.

Der didaktische Aufbau von DBT-A gliedert sich in 4 Schritte:

Vermittlung von theoretischem Wissen, individuelle Anpassung der Skills, Übungen der Skills unter non-stress Bedingungen, Einsatz der Skills als zielförderndes und selbstwirksames Alternativverhalten.



Abb. 2 Modulare Therapiestruktur DBT-A

Achtsamkeit

Das Konzept der Achtsamkeit stammt aus der buddhistischen Tradition und wird definiert als eine besondere Form der Aufmerksamkeit, die sich von alltäglichen, automatisch ablaufenden Wahrnehmungsprozessen unterscheidet, weil sie absichtsvoll, nicht wertend und auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet ist. Das Konzept der Achtsamkeit zielt darauf, die innere Achtsamkeit zu verbessern, um aktivierte Gefühle und Gedanken besser wahrzunehmen, zu reflektieren und zu regulieren.

Achtsamkeit wird in allen Bereichen der stationären Behandlung berücksichtigt (besonders in Übungen in der Achtsamkeitsgruppe) und im Alltag der Station.

Stresstoleranz

In den Übungen zur Stresstoleranz geht es einmal darum, zu lernen mit Hilfe von Skills Hochstressphasen und Krisen überstehen zu können und andererseits präventiv Hochstressphasen zu minimieren. Bestehende, schwierige und auch leidvolle Situationen benötigen eine hohe Belastungstoleranz, manchmal hilft das Annehmen der Situation, des Gefühls, der Anspannung in der Gegenwart. Dies ist umso wichtiger, wenn die Situation nicht oder zunächst nicht zu verändern ist.

Das Üben akzeptanzbasierter Fertigkeiten soll dabei helfen, schwere und intensive Belastungszustände zu regulieren. Die gegenwärtige Realität anzunehmen ist eine Möglichkeit Krisen und intensive Anspannungszustände zu bewältigen. Auf der anderen Seite ist das Ziel dieses Moduls krisenförderndes Verhalten abzubauen

Emotionsregulation/Umgang mit Gefühlen

In diesem Therapiebaustein wird an der Wahrnehmung von Gefühlen gearbeitet. Gefühle und die Reaktionen (Gedanken, Handlungsimpulse, Handlungen, körperliche Reaktionen, Gesichtsausdruck, Körperhaltung etc.) darauf, stehen im Vordergrund dieses Moduls. Emotionen werden durch innere und äußere Reize ausgelöst. Emotionen können handlungsauslösend sein; automatisierte oder auch erlernte Handlungen. Je stärker die Gefühle sind, umso stärkere Reaktionen können folgen. Ziel ist auch die Stärkung der Fähigkeiten, die eigenen Gefühle zu erkennen und darauffolgende Handlungsimpulse zu regulieren.

Ziele des Moduls bestehen darin Gefühle beobachten und verstehen zu lernen. Auch die emotionale Verwundbarkeit zu erkennen und zu verringern ist ein weiterer zentraler Moment. Die Gefühle in die Balance zu bringen, heißt auch besonders positive Gefühle wahrzunehmen und im eigenen Erleben vermehrt zu zulassen.

Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Schwierigkeiten und Fehleinschätzungen von Handlungen, Mimik, Aussagen von anderen und die Wirkung eigenen Handlungsweisen führen häufig rasch zu Konflikten und impulsiven Handlungsmustern und Verhalten. Die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, die Beachtung von sozialen Kompetenzen, Selbstachtung und Beziehungsgestaltung sind Themen in diesem Modul. Die Stärkung sozialer Kompetenzen hat einen hohen Stellenwert in den Abläufen des Alltagslebens.

Selbstwert

Das Modul „Selbstwert“ fokussiert die Erweiterung von persönlichen Kompetenzen, die Förderung von angenehmen Erlebnissen mit der eigenen Person und die Veränderung von Bewertungen und dysfunktionalen Grundschemata.

- Stärken der Wahrnehmung für dysfunktionale Einstellungen sich selbst gegenüber
- Relativieren von Einstellungen und Grundüberzeugungen, „Glaubenssätzen“
- Ergänzen durch sinnvollere Einstellungen
- Umsetzung auf Verhaltensebene (Verhaltensexperimente!)

„Goldener Mittelweg“

Den goldenen Mittelweg gehen. Bereits erlernte Fertigkeiten aus der Skillsgruppe und der Einzeltherapie werden im Alltag erprobt.

Wenn wir uns an dieser Stelle noch einmal an die Beschreibung der Dialektik erinnern, dann bedeutet „Mittelweg“, die Balance, das Gleichgewicht zwischen Veränderung und Akzeptanz zu finden. Besonders in der Familienarbeit werden typische Dilemmata erarbeitet und Raum für ressourcenorientierte, funktionale Interaktionen erarbeitet.

DBT-A in der SHG Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Idar-Oberstein

DBT-A wurde bereits seit 2006 in den SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KJPP) in Schönbach und Kleinblittersdorf und seit 2011 in Idar-Oberstein angewendet und aufgebaut. Alle Units sind durch den Dachverband DBT e.V. zertifiziert.

In der Spezialambulanz für Emotionsregulationsstörungen, Borderlinestörungen und selbstschädigendem Verhalten wird neben der Anamneseerhebung, Klärung der Vorstellungsgründe, der aktuellen Lebenssituation, Informationen zur DBT-A, eine grundsätzliche Klärung des Therapiecommitments und der Behandlungsziele eine ausführliche testpsychologische Diagnostik durchgeführt. Nach Aufnahme besteht die Möglichkeit sich eine Woche auf der Therapiestation zu orientieren, bevor eine endgültige Teilnahme am Therapieprogramm mittels DBT-A Behandlungsvertrag festgelegt wird.

Neben den individuellen Therapiezielen gibt es in der DBT-A eine klare Therapiezielhierarchie, diese wird bereits in den ambulanten Therapieplanungsphasen mit den Jugendlichen und ihren Bezugspersonen besprochen. Zu Beginn der DBT-A werden Behandlungsziele fokussiert.

■ Phase I:

- Verbesserung im Umgang mit schwerwiegenden Problemen auf der Handlungsebene
- Verbesserung von Überlebensfertigkeiten (Umgang mit Suizidalität und Reduzierung von Selbstverletzungen),
- Bearbeitung oder Veränderung von Verhaltensmustern, welche die Lebensqualität der Jugendlichen erheblich belasten (z.B. Substanzmissbrauch, schwere Essstörungen, dissoziative Störungen)

■ Phase II:

Bearbeitung von emotionalen und kognitiven Schemata;
Bearbeitung der Folgen früher Traumatisierung

■ Phase III:

Neuorientierung und Integration, Entwicklung von Lebensplänen

Studien der KJPP Idar-Oberstein zur Wirksamkeit der DBT-A im stationären Setting

1. Studie zum Einfluss von DBT-A im stationären Setting auf die Identitätsentwicklung (Dixius, Beege, Möhler 2015)

Mit **AIDA** – **A**ssessment of Identity **D**evelopment in **A**dolescence (Goth et al. 2012) wurde erstmalig die Erfassung der Identitätsentwicklung im Jugendbereich fokussiert:

- Fragebogen für Jugendliche zwischen 12 – 18 Jahren
- Ziel: Differenzierung zwischen gesunder Identitätsentwicklung, einfacher Identitätskrise und klinisch auffälliger Identitätsdiffusion
- Zielsetzung: Diagnostik und frühe zielgerichtete Interventionen in der Therapie



Stichprobe: Therapie beendet N = 138

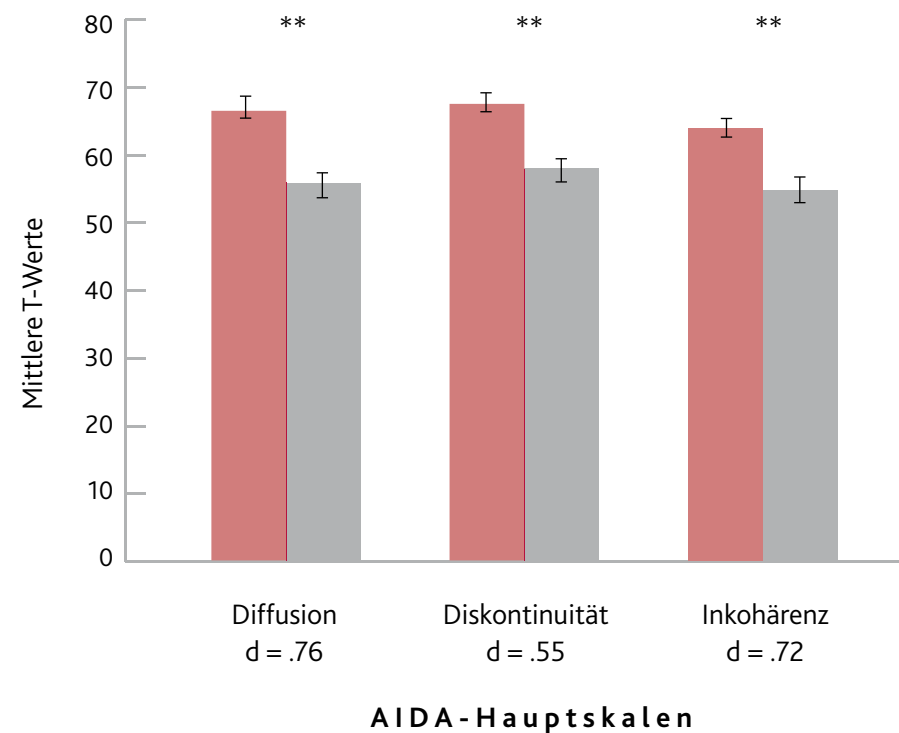
Geschlecht in % (n)	
männlich	14,5 (20)
weiblich	85,5 (118)
Alter M (SD)	16,4 (1,4)
Min.–Max.	12,7–20,0
Behandlungsdauer M (SD)	14,9 (7,2)
Behandlungsdauer in % (n)	
< 9 Wochen	18,5 (25)
10–16 Wochen	50,4 (68)
> 17 Wochen	31,1 (42)
Diagnose in % (n)	
Borderline PS	32,6 (45)
Essstörungen ¹	23,9 (33)
Andere Störungen ²	43,5 (60)

Anmerkungen:

¹ Anorexia Nervosa (n = 6);

² u.a. Depressive Störungen (n = 18), Angststörungen (n = 7), PTBS (n = 24);

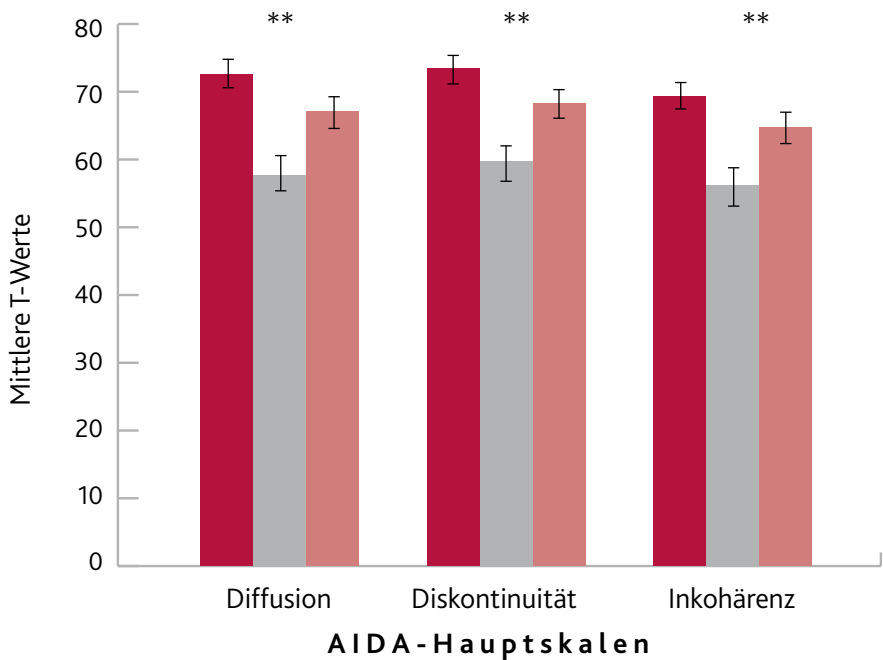
AIDA Prä-Post Vergleich



■ Prä ■ Post

Anmerkungen: ** p ≤ .01; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Identität – AIDA Gruppenunterschiede



■ Borderline PS ■ Esstörungen ■ Andere Störungen
Anmerkungen: ** $p \leq .01$; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Die vorliegende Studie liefert neue Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie für Adoleszente in Bezug auf die Identitätsentwicklung. Die stationäre DBT-A konnte im Rahmen eines Prä-/ Post-Untersuchungsdesign einen signifikanten Einfluss auf die Identitätsentwicklung bei den Jugendlichen hinweisen.

- Höhere Identitätsdiffusionswerte gehen mit einer höheren Psychopathologie einher.
- Im Vergleich zu den anderen Störungen zeigen Patienten mit BPS eine bedeutsam höhere Ausprägung auf allen Skalen des AIDA.

- In der Prä- / Post-Erhebung zeigt sich eine signifikante Reduktion der Diffusionswerte. Die einseitig signifikante Interaktion zwischen Diagnose und der Prä- / Post-Erhebung weist daraufhin, dass die Gruppe BPS stärker von der Therapie zu profitieren scheint.

2. Studie zum Einfluss von DBT-A im stationären Setting auf die Emotionsregulation, allgemeine Psychopathologie und essstörungsspezifische Symptomatik (Dixius, Beege, Möhler 2015)

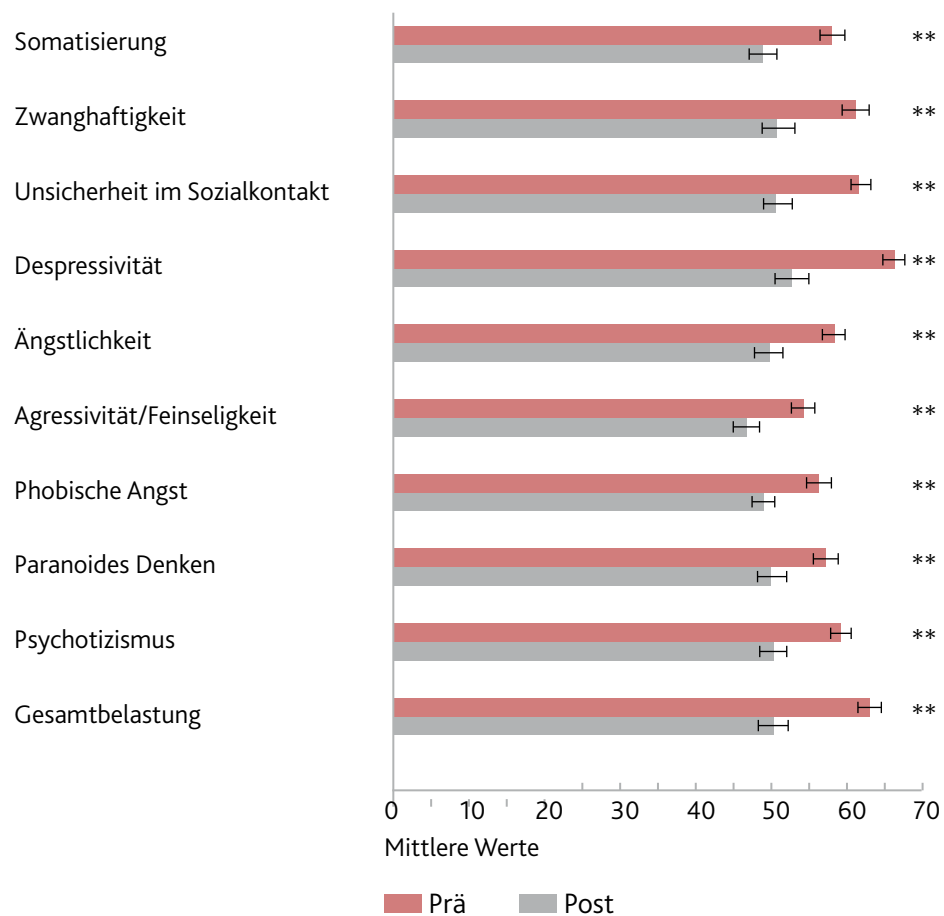
In der KJPP Idar-Oberstein liegt ein Behandlungsschwerpunkt in der DBT-A Therapie von Essstörungen. (nachfolgend ein Auszug aus den Studienergebnissen)

Deskriptive Darstellung der Strichprobe

Stichprobe gesamt: N = 52
Stichprobe: Therapie beendet N = 41:

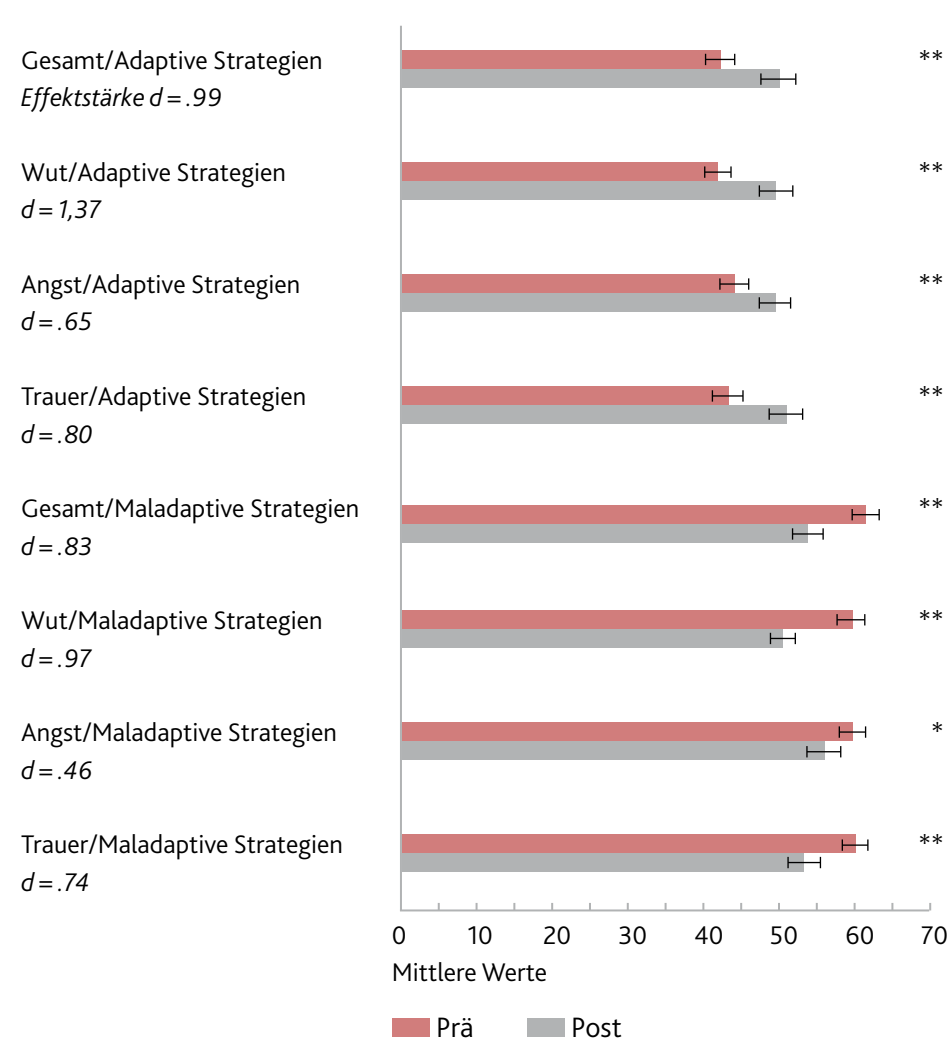
Geschlecht in % (n)	
männlich	3,4 (1)
weiblich	96,6 (40)
Alter M (SD)	16,4 (1,5)
Min.–Max.	12,7–20,0
Behandlungsdauer M (SD)	16,2 (8,3)
Behandlungsdauer in % (n)	
< 9 Wochen	26,8 (11)
10–16 Wochen	34,2 (14)
> 17 Wochen	39,0 (16)
Diagnose in % (n)	
Anorexia nervosa	56,1 (23)
Bulimia nervosa	14,6 (6)
Binge Eating Disorder	29,3 (12)

Einfluss der DBT-A auf subjektiv empfundene Beeinträchtigungen - SCL-90-R



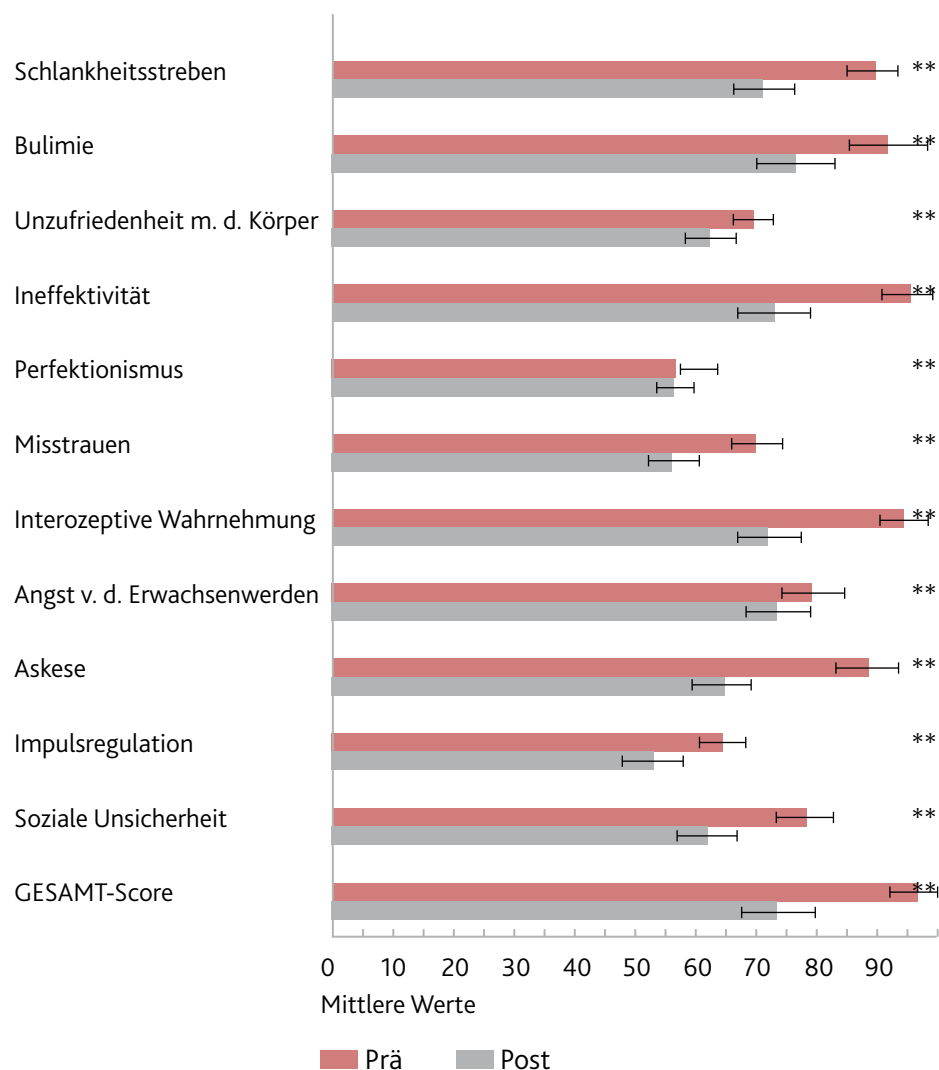
Anmerkungen: ** $p \leq .01$; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Einfluss der DBT-A auf die Emotionsregulation - FEEL-KJ



Anmerkungen: ** $p \leq .01$; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Essstörungsspezifische Tests – EDI2



Anmerkungen: ** $p \leq .01$; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Zusammenfassung der Studienergebnisse

- Jugendliche mit Essstörungen profitieren grundsätzlich von der standardisierten DBT-A Behandlung in Bezug auf die Emotionsregulation.
- Die allgemeine psychopathologische Belastung verändert sich signifikant.
- Nach Datenlage profitieren unterschiedliche Störungsgruppen dabei in ähnlichem Maße von der Therapie.

3. Studie zum Einfluss von DBT-A im stationären Setting auf Emotionsregulationsstörungen und Borderlinestörungen (Dixius, Beege, Möhler 2015)

Deskriptive Darstellung der Stichprobe

Stichprobe: Therapie beendet N = 106

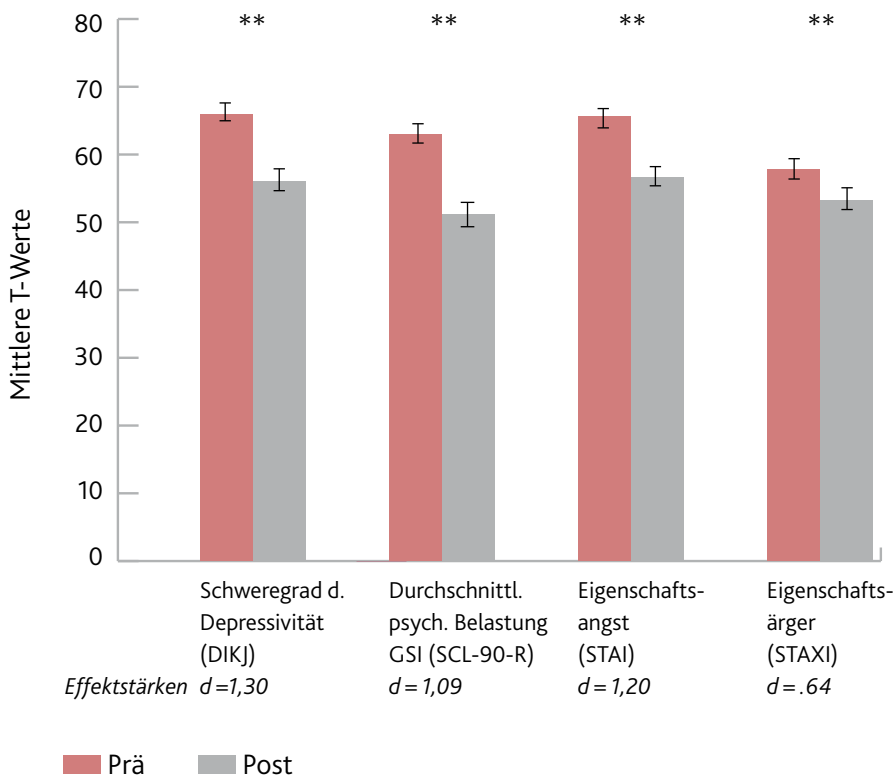
Geschlecht in % (n)	
männlich	16 (17)
weiblich	84 (89)
Alter M (SD)	16,6 (1,4)
Min.–Max.	12,7–20,0
Behandlungsdauer M (SD)	15,3 (7,8)
Behandlungsdauer in % (n)	
< 9 Wochen	19,8 (21)
10–16 Wochen	46,2 (49)
> 17 Wochen	31,3 (33)
Diagnose in % (n)	
Borderline PS	33,1 (33)
Essstörungen ¹	25,5 (27)
Andere Störungen ²	43,4 (46)

Anmerkungen:

¹ Anorexia nervosa (n = 23), Bulimia nervosa (n = 4);

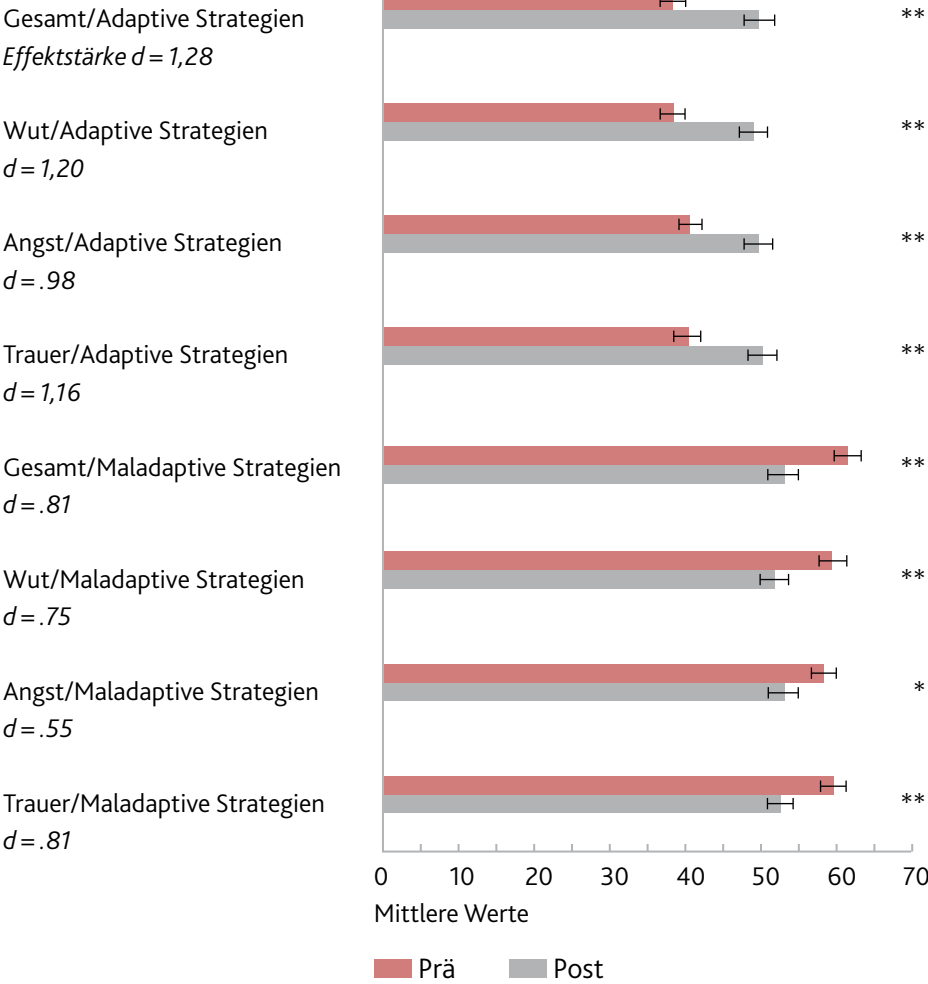
² u.a. Depressive Störungen (n = 15), Angststörungen (n = 6), PTBS (n = 16);

Einfluss von DBT-A auf die allgemeine Psychopathologie



Anmerkungen: ** $p \leq .01$; Whiskers = Standardfehler des Mittelwertes

Einfluss der DBT-A auf die Emotionsregulation - FEEL-KJ



Zusammenfassung der Studienergebnisse

Veränderung der Allgemeinen Psychopathologie:

- Deutlicher Rückgang der Depressivität, der durchschnittlichen psychischen Belastung, Eigenschaftsangst und Eigenschaftsärger (DIKJ, SCL-90-R, STAI, STAXI) ist nachweisbar

Veränderung der Emotionsregulation:

- DBT-A führt zu einer deutlichen Abnahme der „maladaptiven Emotionsregulationsstrategien“ und einer besonders ausgeprägten Zunahme der „adaptiven Emotionsregulationsstrategien“ im Umgang mit den Gefühlen „Angst“, „Wut“ und „Trauer“ (FEEL-KJ).
- Nach Datenlage profitieren unterschiedliche Störungsgruppen dabei in ähnlichem Maße von der Therapie.
- DBT-A ist wirkungsvoll bei unterschiedlichen Störungsbildern BPS, ED bei symptomspezifischer Orientierung zur Behandlung.

ÜBERREGIONALE ANGEBOTE



**INFORMATIONEN ZU NIEDERGELASSENEN KINDER- UND
JUGENDPSYCHIATER/-INNEN UND KINDER- UND
JUGENDPSYCHOTHEAPEUTEN/-INNEN FINDEN SIE HIER:**

Patiententelefon

**Gesundheits-Informationen-Service (GIS)
der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz**

Tel.: 0261 39002-400

Fax: 0261 39002-5400

E-Mail: gis@kv-rlp.de

Arztfinder der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Homepage: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 (Bürozentrum Mainz)

55130 Mainz-Weisenau

Homepage: www.lpk-rlp.de

Tel.: 06131 5703813

Fax: 06131 57006 63

E-Mail: service@lpk-rlp.de

**WEITERE ADRESSEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER GEMEINDENAHEN
VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN
IN RHEINLAND-PFALZ**

**Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker
in Rheinland-Pfalz e.V.**

Vorsitzende: Frau Monika Zindorf

Postfach 3001

55020 Mainz

Tel.: 06131 53972

Fax: 06131 557128

E-Mail: h.w.zindorf@t-online.de

**Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit
in Rheinland-Pfalz e.V.**

(ehemals LVPE RLP e.V.)

Vorsitzender: Herr Franz-Josef Wagner

Gratianstraße 7

54294 Trier

Telefon/ Fax: 0651 1707967

E-Mail: info@lvpe-rlp.de

**Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.**

Vorstandssprecher:

Frau Angela Lichtenthäler:

Am Spitalgarten 8, 76829 Landau, Tel.: 06341/54085

Herr Josef Bernardy: Longkampstraße 37, 54292 Trier, Tel.: 0651/52789

Homepage: www.dgsp-rheinland-pfalz.de

E-Mail: info@dgsp-rheinland-pfalz.de

**Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie
in Rheinland-Pfalz e.V.**

Vorsitzende des Kuratoriums: Frau Roswitha Beck

Vorsitzender des Vereins: Herr Dr. Winfried Hirschberger

Geschäftsführer des Vereins: Herr Dr. Richard Auernheimer

Hauptstraße 31

55576 Badenheim

Tel.: 06701 960040

Fax: 06701 960749

E-Mail: auernheimer-badenheim@t-online.de

ADRESSVERZEICHNIS NACH LANDKREISEN UND KREISFREIEN STÄDTEN



LANDKREIS AHRWEILER

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Ahrweiler

Abteilung Soziales

Herrn Theo Lassau

Wilhelmstraße 24-30

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641 975-0

E-Mail: theo.lassau@kreis-ahrweiler.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Ahrweiler

Leitung: Herr Michael Dames

Wilhelmstraße 24-30

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641 975-0

E-Mail: michael.dames@kreis-ahrweiler.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Lebensberatung Ahrweiler

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle

Altenbaustraße 2

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641 3222

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches Zentrum gGmbH

Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 96560

Außenstelle Ahrweiler

(Spieltherapie und Fördermaßnahmen)
Frau Wiedehage
Ravensbergerstraße 47
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 202296

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

DRK-Fachklinik Bad Neuenahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie/Psychosomatik

Stationäre Klinik

Lindenstraße 3-4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 754-0
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

Tagesklinik, Institutsambulanz

Hans-Frick-Straße 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02631 3944960
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Überregionale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe WeKISS

Paritätisches Zentrum
Neustraße 34
56457 Westerburg
Tel.: 02663 2540
E-Mail: info@wekiss.de
Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/wekiss

LANDKREIS ALTENKIRCHEN

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Altenkirchen

Sozialamt
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Herr Werner Hollmann
Parkstraße 1
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 812426
E-Mail: werner.hollmann@kreis-ak.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT

Kreisverwaltung Altenkirchen

Parkstraße 1
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 81-0
E-Mail: post@kreis-ak.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Diakonisches Werk Altenkirchen

**Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
sowie Schwangerschafts(konflikt)beratung**
Stadthallenweg 12
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 3961
E-Mail: info@beratungsstelle-altenkirchen.de
Infos: Herr Timo Schneider,
Geschäftsführer Diakonisches Werk Altenkirchen

Außenstelle:

Beratungsstelle für Schwangerschafts(konflikt)beratung,
soziale Beratung schwangerer Frauen, Familienplanung und Sexualpädagogik
Rainstraße 1
57518 Betzdorf
Tel.: 02741 934 234
Fax: 02741 934 234
E-Mail: info@beratungsstelle-betzdorf.de

Katholische Lebensberatung Betzdorf

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle
Bahnhofstraße 12–14
57518 Betzdorf
Tel.: 02741 1060
E-Mail: lb.betzdorf@bistum-trier.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches Zentrum gGmbH (HTZ)

Sozialpädiatrisches Zentrum
Bewervijker Ring 8
56564 Neuwied
Tel.: 02631 9656-0
Fax: 02631 9656-250
E-Mail: arztsek@htz-neuwied.de

DRK-Kinderklinik Siegen

Sozialpädiatrisches Zentrum
Wellersbergstraße 60
57072 Siegen
Tel.: 0271 234-0
Terminvergabe: 0271 234-347
Fax: 0271 21955
E-Mail: spz@drk-kinderklinik.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

DRK-Krankenhaus Altenkirchen

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Leuzbacher Weg 21
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 88-600
Homepage: www.drk-kh-altenkirchen.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Verein „Kinder in Not – Kreis Altenkirchen e.V.“

Fachdienst für Kinder und Jugendliche mit
Gewalterfahrungen
(Kinderschutzdienst)
Brückenstraße 5a
57548 Kirchen/Sieg
Tel.: 02741 930046

Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Altenkirchen e.V.

Wilhelmstraße 33
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 988861 (Büro)
E-Mail: info@kinderschutzbund-altenkirchen.de

Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Betzdorf-Kirchen e.V.

Viktoriastraße 3
57518 Betzdorf
Tel.: 02741 6725
E-Mail: kinderschutzbund-betzdorf@t-online.de

Jugendwohngruppe Raiffeisenland

Raiffeisenstraße 70
57632 Flammersfeld
Tel.: 02685 9858108
E-Mail: office@juwo-raiffeisenland.de

MUTABOR gGmbH – Wohngruppe Hamm/Sieg

Intensivangebot für Jungen
Asbacher Str. 33
53783 Eitorf (Postadresse)
Tel.: 02682 9641002
E-Mail: info@mutabor-mensch.de

Sozialpädagogisches Zentrum Westerwald

Kölner Straße 24
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 8786061
E-Mail: post@spz-ww.de

VILLA PHOENIX

Wohngruppe für psychisch kranke junge Mädchen und Frauen
Schwerpunkt Essstörungen
57537 Wissen
Heisterstr. 32
Tel.: 02742 9677020
E-Mail: info@villaphoenix.de

WEITERE ANGEBOTE

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Neumarkt 6
57627 Hachenburg
Tel.: 02662 94810

LANDKREIS ALZEY-WORMS

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Frau Gesa Mertz
An der Hexenbleiche 36
55232 Alzey
Tel.: 06731 408-6121
Fax: 06731 408-6070
E-Mail: mertz.gesa@alzey-worms.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT - LEITUNG

Kreisjugendamt Alzey-Worms

Leitung: Herr Arno Herz
An der Hexenbleiche 34
55232 Alzey
Tel.: 06731 4085411
E-Mail: herz.arno@alzey-worms.de

AMBULANTE DIENSTE

Ärztliche Sprechstunde für Depressionen, Ängste und Krisen rund um die Geburt

Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Diakonisches Werk Worms-Alzey
Mehrgenerationenhaus Alzey
55232 Alzey
Tel.: 06731 501384 (Rheinhessen-Fachklinik)
E-Mail: info@rfk.landeskrankenhaus.de oder schwang-alzey@dwwa.de

Sozialpsychiatrischer Dienst
– Gesundheitsamt –
Kreisverwaltung Alzey-Worms
Leitung: Frau Gesa Mertz
Abteilung 7 Referat 71
An der Hexenbleiche 36
55232 Alzey
Tel.: 06731 408-6121
E-Mail: mertz.gesa@alzey-worms.de

ERZIEHUNGSBERATUNG

Sozialdienst des Jugendamtes
Alzey-Worms
Herr Konrad Krämer
An der Hexenbleiche 34
55232 Alzey
Tel.: 06731 408-5651

Beratungszentrum Diakonisches Werk Worms Alzey
Zentrale und Anmeldung
Schlossgasse 14
55232 Alzey
montags-freitags
Tel.: 06731 9503-0
Fax: 06731 9503-11
E-Mail: dw-alzey@dwwa.de

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche
montags-freitags
Tel.: 06731 9503-0
Fax: 06731 9503-11
E-Mail: eb-alzey@dwwa.de

Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung
Termine nach Vereinbarung
Tel.: 06731 9503-13
Fax: 06731 9503-11
E-Mail: dw-alzey@dwwa.de

Mehrgenerationenhaus Alzey und „Haus der Familie“
Beratungsangebote
Schlossgasse 13
55232 Alzey
Tel.: 06731 9009652
Fax: 06731 996820

Familien- und Jugendhilfzentrum (F-JHZ)
Schlossgasse 12
55232 Alzey
montags-freitags
Tel.: 06731 9968-0
Fax: 06731 9968-20
E-Mail: dw-alzey@dwwa.de

Ambulante Hilfen zur Erziehung
Tel.: 06731 9968-11/-14
Fax: 06731 9968-20
E-Mail: dw-alzey@dwwa.de

Interventionsstelle Alzey gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen (IST)
Tel.: 06731 9968-0/-15
Fax: 06731 9968-20
Ist-alzey@dwwa.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches Kinderzentrum

Leitung Frau Lorenz
Sozialpädiatrie und Frühförderung
Jahnstraße 2
67307 Göllheim
Tel.: 06351 640-0
E-Mail: info@htk-goellheim.de
Homepage: www.htk-goellheim.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhausen-Fachklinik Alzey

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Vollstationäre Klinik

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1604
E-Mail: kjp@rheinhausen-fachklinik-alzey.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Institutsambulanz

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1650
E-Mail: kjpia@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Von-Steuben-Str. 17
67549 Worms
Tel.: 06241 20478-0

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

**Selbsthilfegruppe für
Angehörige und Bezugspersonen
von psychisch erkrankten Menschen**
Tel.: 06241 592437 und 06733 6843
E-Mail: apk.az-wo@web.de

SUCHTBERATUNG

Beratungszentrum

Fachstelle für Suchtkranke und Angehörige
Termine nach Vereinbarung
Tel.: 06731 9503-14
Fax: 06731 9503-11
E-Mail: sucht-alzey@dwwa.de

Jugend- und Drogenberatungsstelle

„Mit Jugend gegen Drogen e.V.“

Schlossgasse 11

55232 Alzey

Tel.: 06731 1372

Fax: 06731 7689

E-Mail: drobs.alzey@t-online.de

Homepage: www.drogenberatung-alzey.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.

Integrationsfachdienst Rheinhessen-Nahe

Vermittlung und Berufsbegleitender Dienst

Kästrich 6

55232 Alzey

Tel.: 06731 6762

E-Mail: kontakt@ifd-rheinhessen-nahe.de

Familien- und Jugendhilfezentrum (F-JHZ)

Integrationshilfe

Tel.: 06731 9968-11/-14

Fax: 06731 9968-20

E-Mail: dw-alzey@dwwa.de

Tagesstätte Oase

Kontakt- und Informationsangebot

Verein für Integration und Teilhabe
am Leben e.V.

Schlossgasse 15

55232 Alzey

Tel.: 06731 3599

E-Mail: tagesstaette@alzey-teilhabe.de

www.alzey-teilhabe.de

DRK-Landesverband

Rheinland-Pfalz e.V.

La Casita

Mutter-Vater-Kind-Einrichtung

Vor der Töngesmühle 12

55232 Alzey

Tel.: 06731 99884230

E-Mail: lacasita@hajufa.drk.de

DRK-Landesverband

Rheinland-Pfalz e.V.

Haus für Jugend und Familie

Wohngruppe: Jugend und Beruf

Bahnhofstraße 5

55232 Alzey

Tel.: 06731 5478044

E-Mail: m.lauer@hajufa.drk.de

WEITERE ANGEBOTE

TUSCHkids

Kindergruppe für von Trennung betroffener Kinder

Schlossgasse 14

55232 Alzey

Tel.: 06731 95030

Fax: 06731 950311

Homepage: www.dwwa.de

Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie

der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Bernd Emmerich

Schönauer Straße 2

67547 Worms

Tel.: 06241 853-5593

E-Mail: bernd.emmerich@worms.de

Homepage: www.worms.de

LANDKREIS BAD DÜRKHEIM

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Bad Dürkheim

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Herr Dirk Eyrisch

Neumayerstraße 10

67433 Neustadt/Weinstraße

Tel.: 06322 961-7300

Fax: 06322 961-87300

E-Mail: Dirk.Eyrisch@kreis-bad-duerkheim.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Bad Dürkheim

Sozial- und Jugendamt

Leitung: Herr Johannes Henrich

Philipp-Fauth-Straße 11

67098 Bad Dürkheim

Tel.: 06322 961-4000

E-Mail: jugendamt@kreis-bad-duerkheim.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Beratungsstelle für Eltern,

Kinder und Jugendliche

Kirchgasse 14

67098 Bad Dürkheim

Tel.: 06322 94180

E-Mail: jugendamt@kreis-bad-duerkheim.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

**Sozialpädiatrisches Zentrum
& Frühförderstelle
Caritas-Förderzentrum**
St. Laurentius und Paulus
Queichheimer Hauptstraße 235
76829 Landau
Tel.: 06341 599124

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankums (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Albert-Schweitzer-Straße 62
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 5349-3900
E-Mail: iap-kl@pfalzinsitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Otto-Mayer-Straße 1
67346 Speyer
Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460
E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkklinikum.de oder
petra.leick@pfalzkklinikum.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Spezifische Angebote liegen nicht vor.
Weitere Informationen erhalten Sie bei:

SEKIS Trier
Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V.
Gartenfeldstraße 22
54295 Trier
Tel.: 0651 141180
E-Mail: kontakt@sekis-trier.de
Homepage: www.sekis-trier.de

LANDKREIS BAD KREUZNACH

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Bad Kreuznach

Gesundheitsamt

Herr Dr. Lüttgens

Ringstraße 4

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 8031707

E-Mail: manfred.luettgens@badkreuznach.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Bad Kreuznach

Amt für Kinder und Jugend

Amtsleiterin Frau Sabine Raab-Zell

Hochstraße 45

55545 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 800237

E-Mail: jugendamt@badkreuznach.de

thomas.braun@bad-kreuznach.de

Kreisverwaltung Bad Kreuznach

Kreisjugendamt

Leitung Herr A. Domann

Salinenstraße 47

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 8031500

E-Mail: andreas.domann@kreis-badkreuznach.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern

der Stadt und des Landkreises Bad Kreuznach

Leiter Herr Gassenmeyer

Hofgartenstraße 68

55545 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 8340020

E-Mail: erziehungsberatungsstelle.kh@web.de

Erziehungs-, Ehe-, Familien-

und Lebensberatungsstelle

des Diakonischen Werkes im

Kirchenkreis an Nahe und Glan

Leiter Herr Acker

Kurhausstraße 8

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 842510

Homepage: www.dw.nahe-glan@ekir.de

Erziehungs-, Ehe-, Familien-

und Lebensberatung des Bistums Trier

Leiter Herr Dipl. Psych. Dipl. Theol.

M. Herbert

Salinenstraße 79

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 2459

E-Mail: lb.kreuznach@t-online.de

Homepage: www.lebensberatung.info/bad-kreuznach/

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum

kreuznacher diakonie

Bühlerweg 34

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 605-2365/2366

E-Mail: wagnerge@kreuznacherdiakonie.de

Homepage: www.kreuznacherdiakonie.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhausen-Fachklinik Alzey

Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Stationäre Klinik

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Tel.: 06731 50-1604

E-Mail: info@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Institutsambulanz

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Tel.: 06731 50-1650

E-Mail: kjpia@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Tagesklinik und Institutsambulanz für

Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie Worms

Von-Steuben-Str. 17

67549 Worms

Tel.: 06241 20478-0

E-Mail: s.foltys@rfk.landeskrankenhaus.de

Rheinhausen-Fachklinik Mainz

Tagesklinik (auch Stationäre Klinik und Institutsambulanz)

Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie (KINZ)

Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Hartmühlenweg 2–4

55122 Mainz

Tel.: 06131 378-12600 (Tagesklinik)

E-Mail: mainz@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-mainz.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

KISS Mainz

Leitung Frau Gerhardt

Jockel-Fuchs-Platz 1

55116 Mainz

Tel.: 06131 210772

E-Mail: christiane.gerhardt@kiss-mainz.de

Homepage: www.kiss-mainz.de

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN**

Kinderschutzbund

Eiermarkt 6
55545 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 36060
E-Mail: kinderschutzbund-bad-kreuznach@t-online.de

Rhein-Hunsrück-Nahe e.V.

Geschäftsstelle der Stadt und Kreis Bad Kreuznach
Suchtberatung
Bahnstraße 26
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 83828-0
E-Mail: info@caritas-kh.de

kreuznacher diakonie

Kinderhaus Arche
Bösgrunder Weg 8
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 605-3677
E-Mail: bamberla@kreuznacherdiakonie.de
Homepage: www.kreuznacherdiakonie.de

Praxisgemeinschaft Hand in Hand

Gartenstraße 3
55452 Windesheim
Tel.: 06707 666890
E-Mail: heilpaedagogik@praxishandinhand.net
Homepage: www.praxishandinhand.net

WEITERE ANGEBOTE

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Röntgenstr. 32
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 9701 16-90
Fax: 0671 9701 16-13
E-Mail: schulpsychb.badkreuznach@pl.rlp.de

LANDKREIS BERNKASTEL-WITTLICH

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich

Fachbereich Gesundheit
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Frau Leonie Müllen
Kurfürstenstraße 67
54516 Wittlich
Tel.: 0671 14-2463
E-Mail: leonie.muellen@Bernkastel-Wittlich.de
Homepage: www.bernkastel-wittlich.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich

Fachbereich Jugend und Familie
Leitung: Herr Bernd Bäumler
Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich
Tel.: 06571 14-2210
E-Mail: bernd.baeumler@bernkastel-wittlich.de
Homepage: www.bernkastel-wittlich.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich

Fachbereich Jugend und Familie
Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
Herr Willi Schüller
Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich
Tel.: 06571 14-2410
E-Mail: willi.schueller@bernkastel-wittlich.de
Homepage: www.bernkastel-wittlich.de

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich

Fachbereich Jugend und Familie
Kinderfrühförderung / § 35a Eingliederungshilfe
für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a
Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich
Ansprechpartner: Matthias Flesch, Jennifer Spaniol, Danica Hewel
Tel.: 06571 14-2430, -2254, -2203
E-Mail: matthias.flesch@bernkastel-wittlich.de,
jennifer.spaniol@bernkastel-wittlich.de,
danica.hewel@bernkastel-wittlich.de
Homepage: www.bernkastel-wittlich.de

Evangelische Beratungsstelle

Ehe-, Familien- und Lebensberatung
Maiweg 150
56841 Traben-Trarbach
Tel.: 06541 6030
E-Mail: self.wolf@diakoniehilft.de

Psychologischer Dienst – Regenbogen

Ambulantes psychologisches Clearing
Bergfried Kinder- und Jugendhilfe GmbH
Rommelsbach 18
54516 Wittlich
Tel.: 06571 1499420
E-Mail: regenbogen@bergfried-jugendhilfe.de
Ansprechpartner: Christiane Bottermann, Dr. Anne Molitor
Homepage: www.bergfried-jugendhilfe.de

Lebensberatung Wittlich im Bistum Trier

Erziehungsberatung / Entwicklungs-, Jugend-,
Familienberatung
Kasernenstraße 37
54516 Wittlich
Tel.: 06571 4061
E-Mail: lb.wittlich@bistum-trier.de
Homepage: www.lebensberatung.info/wittlich

Evangelische Erziehungshilfe Velden

Ambulante Dienste
Schlossstraße 1-2
54472 Velden
Tel.: 06534 9377-0
E-Mail: info@ev-erziehungshilfe-velden.de oder
schuffenhauer@ev-erziehungshilfe-velden.de
Ansprechpartner: Matthias Schuffenhauer
Homepage: www.ev-erziehungshilfe-velden.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

SPZ / Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung

Außenstelle Bernkastel-Wittlich
Beethovenstraße 1a
54516 Wittlich
Tel.: 06571 9544-0
E-Mail: kontakt@spz-trier.de
Homepage: www.spz-trier.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Klinikum

Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Kinder- und Jugendpsychiatrie Trier
Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Feldstraße 16
54290 Trier
Tel.: 0651 947-3340
E-Mail: sarah.nohl@mutterhaus.de
Homepage: www.mutterhaus.de

ANGEHÖRIGEN- UND SELBSTHILFEGRUPPEN

Elternkreis behinderter Kinder e.V.

Berlinger Straße 47
54516 Wittlich
Ansprechpartnerin: Frau Maria Klein
Tel.: 0160 95021429 oder 06571 6696
E-Mail: info@ebk-wittlich.de

Landesverband spielfrei24 e.V.
Selbsthilfegruppen Glückspielsüchtiger
in Rheinland-Pfalz
Homepage: www.spielfrei24.de

Gruppen Wittlich:

Dienstags in ungeraden Kalenderwochen, 18.30-21.30 Uhr
St. Raphael CAB, Kurfürstenstraße 59, 54516 Wittlich
Tel.: 0157 88324464
E-Mail: pilla0708@web.de
Montags 17.30-19.00 Uhr
Jugendstrafanstalt Wittlich, Fallerweg 9, 54516 Wittlich
oder Justizvollzugsanstalt Wittlich, Trierer Landstraße 64, 54516 Wittlich
Ansprechpartner Thomas
Tel.: 0177 3275236

Gruppe Bernkastel-Kues:

Ansprechpartner Christian
Tel.: 0157 88324464
E-Mail: pilla0708@web.de
Dienstags in geraden Kalenderwochen, 18.30-20.30 Uhr
im Leistner-Haus, Saarallee 6, 54470 Bernkastel-Kues

Jugend Sucht Hilfe e.V.

Hilfe zur Selbsthilfe für junge, suchtgefährdete
und suchtkranke Menschen im Alter von 16 – 35 Jahren
Haus der Jugend
Kurfürstenstraße 3
54516 Wittlich
Ansprechpartner: Siegfolf und Daniel
Tel.: 0170 5827953 (Siegolf)
Tel.: 0178 6169362 (Daniel)
E-Mail: info@jugend-suchthilfe.de
Homepage: www.jugend-suchthilfe.de
mittwochs, 19.00-21.00 Uhr
im Haus der Jugend, 54516 Wittlich, Eingang rechts

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Integrationsfachdienst

–Vermittlungsberatung / Berufsbegleitung / Übergang Schule-Beruf SKM –
Katholischer Verein für soziale Dienste Trier e.V.
Kurfürstenstraße 23a
54516 Wittlich
Herr Eichhorn, Frau Linsen, Frau Martin, Herr Schreier
Tel.: 06571/954350-16, -13, -12, -14
eichhorn@inklusion-wittlich.de; linssen@skm-trier.de; martin@skm-trier.de;
schreier@skm-trier.de
Betriebsstätte Bernkastel Kues
Cusanusstr. 27
54470 Bernkastel-Kues
Tel.: 06531 9720740
Homepage: www.ifd-trier.de

Ein ausführliches Verzeichnis über Angebote und Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung ist bei der Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich erhältlich.

LANDKREIS BIRKENFELD

Kreisverwaltung Birkenfeld

Gesundheitsamt
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Frau Christa Grupe
Mainzer Straße 157-159
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 200819
Fax: 06781 25102
E-Mail: c.grupe@landkreis-birkenfeld.de
Homepage: www.landkreis-birkenfeld.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisjugendamt Birkenfeld

Leitung: Frau Christine Enders
Schneewiesenstraße 25
55765 Birkenfeld
Tel.: 06782 15-200
E-Mail: c.enders@landkreis-birkenfeld.de

Stadtjugendamt Idar-Oberstein

Leitung: Herr Michael Schweizer
Auf der Idar 17
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 64530
E-Mail: michael.schweizer@idar-oberstein.de

AMBULANTE DIENSTE / ERZIEHUNGSBERATUNG

Erziehungsberatungsstelle im Haus der Beratung

Frau Susanne Krist
Schlossallee 2
55765 Birkenfeld
Tel.: 06782 15-240
E-Mail: s.krist@landkreis-birkenfeld.de
Außenstelle Idar-Oberstein
Bahnhofstraße 3
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 24858

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum

kreuznacher diakonie
Frau Pfeiffer-Rodrigues
Kirchhofhübel 7
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 25463
E-Mail: info@kreuznacherdiakonie.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Klinikum Idar-Oberstein GmbH

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Stationäre Klinik

Dr. Ottmar-Kohler-Straße 2
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 66-1580
E-Mail: kjpp@io.shg-kliniken.de
Homepage: www.io.shg-kliniken.de

Institutsambulanz und Tagesklinik

*Spezialambulanz für DBT-A, Essstörungen, Trauma, START
(Stress-Traumasympptoms-Arousalregulation-Treatment)*
Dr. Ottmar-Kohler-Straße 1
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 66-1801
E-Mail: sekretariat.kjp@io.shg-kliniken.de
Homepage: www.io.shg-kliniken.de

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Schützenstraße 35
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 24690
Fax: 06781 509690
E-Mail: joerg.vonirmer@pl.rlp.de, miriam.dostatni@pl.rlp.de

WEITERE ANGEBOTE

Kids & Co

Gruppe für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

Caritasverband Rhein-Hunsrück-Nahe
Frau Elisabeth Hanstein
Friedrichstr. 1
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 509900
E-Mail: e.hanstein@caritas-rhn.de

EIFELKREIS BITBURG-PRÜM

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie Kreisverwaltung Bitburg-Prüm

Herr Jürgen Reuter

Standortadresse: Maria-Kundenreich-Straße 7

Postadresse: Trierer Straße 1

54634 Bitburg

Tel.: 06561 155203

E-Mail: reuter.juergen@bitburg-pruem.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Jugendamt der Kreisverwaltung des Eifelkreises Bitburg-Prüm

Leitung: Herr Josef Winandy

Trierer Straße 1

54634 Bitburg

Tel.: 06561 15-3060

E-Mail: winandy.josef@bitburg-pruem.de

Stellvertreter / Sozialer Dienst: Herr Stefan Urmes

Tel.: 06561 15-3040

E-Mail: urmes.stefan@bitburg-pruem.de

AMBULANTE DIENSTE UND ERZIEHUNGSBERATUNG

Erziehungs- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier in Bitburg

Josef-Niederprüm-Straße 14

54634 Bitburg

Leitung: Frau Angela Dieterich

Tel.: 06561 8987

Caritasverband Westeifel e.V.

Brodenheckstraße 1

54634 Bitburg

Tel.: 06561 9671-0

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum Trier

Außenstelle Bitburg

Brodenheckstraße 38

Tel.: 06561 945110

Außenstelle Prüm

Kalvarienbergstraße 1

54595 Prüm

Tel.: 06551 947-2853

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Klinikum

Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Kinder- und Jugendpsychiatrie Trier
Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Feldstraße 16
54290 Trier
Tel.: 0651 947-3340
E-Mail: sarah.nohl@mutterhaus.de
Homepage: www.mutterhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Spezifische Angebote liegen nicht vor.
Weitere Informationen erhalten Sie bei:

SEKIS Trier

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V.
Gartenfeldstraße 22
54295 Trier
Tel.: 06 51 141180
E-Mail: kontakt@sekis-trier.de
Homepage: www.sekis-trier.de

WEITERE ANGEBOTE

Heilpädagogische Praxis und Beratungsstelle

Frau Janine Lindemann
In der Treet 3
54597 Niederhersdorf
Tel.: 06553 9018690

LANDKREIS COCHEM-ZELL

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Cochem-Zell

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Frau Dagmar Neises
Endertplatz 2
56812 Cochem
Postfach 1320
56803 Cochem
Tel.: 02671 61303
E-Mail: dagmar.neises@cochem-zell.de
Homepage: www.cochem-zell.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT - LEITUNG

Kreisverwaltung Cochem-Zell

Leitung: Herr Stephan Weber
Endertplatz 2
56812 Cochem
Tel.: 02671 61337
E-Mail: stephan.weber@cochem-zell.de

AMBULANTE DIENSTE / ERZIEHUNGSBERATUNG

Erziehungs-, Ehe- Familien- und Lebensberatung des Bistums Trier

Moselstraße 23
56812 Cochem
Tel.: 02671 7735
E-Mail: lb.cochem@bistum-trier.de

Sozialpädagogische Praxis Birgit Reuter
Postfach 1237
56756 Kaisersesch
Tel.: 02653 913315
Homepage: www.spp.reuter.de

**Internationaler Bund
für Sozialarbeit**
Endertstr. 84-88
56812 Cochem
Tel.: 02671 6053930
Homepage: www.internationaler-bund.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

**Sozialpädiatrisches Zentrum
kreuznacher diakonie**
Bereichsstelle Rhein-Hunsrück
Auf dem Schmiedel 22
55469 Simmern-Nannhausen
Tel.: 06761 6061 oder 91960

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier
Sozialpädiatrisches Zentrum
Luxemburger Straße 144
54294 Trier
Außenstelle Daun
Trierer Straße 13
54550 Daun
Tel.: 06592 17303-0
Außenstelle Wittlich
Beethovenstraße 1a
54516 Wittlich
Tel.: 06571 9544-0

Heilpädagogisch-Therapeutisches Zentrum gGmbH Neuwied
Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 96560

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

DRK-Fachklinik Bad Neuenahr
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie/Psychosomatik

Stationäre Klinik
Lindenstraße 3-4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 754-0
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

Tagesklinik, Institutsambulanz
Hans-Frick-Straße 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02631 3944960
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

SEKIS Trier

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V.
Gartenfeldstraße 22
54295 Trier
Tel.: 0651 141180
E-Mail: kontakt@sekis-trier.de
Homepage: www.sekis-trier.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Autismus-Therapie-Zentrum

Medardstraße 4
54294 Trier
Tel.: 0651 9985120

Jugendwohngruppe Liesenich

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
Brunnenstraße 8
56858 Liesenich
Tel.: 0261 500817-0

Silke Kasimirat Haus mit den beiden Wohngruppen

Hunsrückstraße 54
56865 Blankenrath und
Hauptstraße 178
56859 Briedel
Tel.: 06542 1814101 E-Mail: info@vpas-rlp.de

LANDKREIS DONNERSBERG

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Donnersbergkreis

Sozialpsychiatrischer Dienst,
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Frau Angelika Hiemer
Uhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden
Tel.: 06352 710-502
E-Mail: kreisverwaltung@donnersberg.de,
ahiemer@donnersberg.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Donnersbergkreis

Jugendamt
Uhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden
Tel.: 06352 710-162 oder -178
Fax: 06352 710-237
E-Mail: kreisverwaltung@donnersberg.de,
hfrey@donnersberg.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Evangelische Heimstiftung Pfalz

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche

Mozartstraße 11

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 753-2560

Fax: 06352 753-2579

E-Mail: erziehungsberatungkib@evh-pfalz.de

Pädagogisches Landesinstitut

Abteilung 3: Schulpsychologische Beratung

Schulpsychologisches Beratungszentrum Kirchheimbolanden

Morschheimerstr. 9

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 4110

Fax: 06352 789228

SOS Familienhilfezentrum

Soziale Beratung, Erziehungs- & Familienberatung

Rudolf-Breitscheid-Straße 42

67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631 316440

SOS Kinderdorf Pfalz

SOS – Beratungs- und Familienzentrum

Kerzenheimer Straße 42

67304 Eisenberg

Tel.: 06351 4903-30

Fax: 06351 4903-33

Evangelische Heimstiftung Pfalz

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche,

Sozial- und Lebensberatungsstelle, Schwangerschafts(konflikt)beratung

Mozartstraße 11

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 75325-70

Caritas-Zentrum Kaiserslautern

Allgemeine Sozialberatung

Außenstelle

Schlossplatz 1

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 4012-0

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches

Kinderzentrum Göllheim

Sozialpädiatrie/Frühförderung

Jahnstraße 2

67307 Göllheim

Tel.: 06351 6400

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100

76889 Klingenmünster

Tel.: 06349 900-3001

Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899

Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899

E-Mail: info@pfalzinstitut.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Albert-Schweitzer-Straße 62

67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631 5349-3900

E-Mail: iap-kl@pfalzinstitut.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

WEITERE ANGEBOTE

Heilpädagogischer Kindergarten der Alzey-Donnersberg-Lebenshilfe

Kapellenbergstraße 38

67806 Rockenhausen

Tel.: 06361 91597-0

Fax: 06361 91597-19

E-Mail: rockenhausen@lebenshilfe-kl.de

Jugendmigrationsdienst Kirchheimbolanden CJD

Amtsstraße 27–29

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 400-341

Fax: 06352 400-310

STADT FRANKENTHAL

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Stadtverwaltung Frankenthal

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Frau Melanie Krebs

Rathausplatz 2–7

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 89336

E-Mail: melanie.krebs@frankenthal.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Soziale Dienste

Bereich Familie, Jugend und Soziales

Rathausplatz 2–7

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 89-291

E-Mail: familiejugendundsoziales@frankenthal.de

Homepage: www.frankenthal.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Evangelischen Heimstiftung Pfalz

Bahnhofstraße 38

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 3054631

Tel.: 06233 298069

E-Mail: erziehungsberatungFT@evh-pfalz.de

Homepage: www.evh-pfalz.de

Deutscher Kinderschutzbund

Ortsverband Frankenthal e.V.

Westliche Ringstraße 567227 Frankenthal

Tel.: 06233 299090

Fax: 06233 299092

E-Mail: dksb-frankenthal@imail.de

Homepage: www.dksb-frankenthal.de

Netzwerk Kinderschutz & Frühe Hilfen

(Einsatz von Familienhebammen)

Koordinierungsstelle

Rathausplatz 2–7

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 89-412

Fax: 06233 89-509

E-Mail: petra.gouase@frankenthal.de

Ev. Heimstiftung Pfalz

Fachstelle Sucht

Bahnhofstraße 38

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 3054611

Fax: 06233 9001

E-Mail: fachstellesucht-ft@evh-pfalz.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum / Frühförderung

Kinderzentrum Ludwigshafen

Karl-Lochner-Straße 8

67071 Ludwigshafen

Tel.: 0621 67005 128

Fax: 0621 67005 199

E-Mail: SPZ-Sekretariat@kinderzentrum-ludwigshafen.de

Homepage: www.kinderzentrum-ludwigshafen.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

St. Annastifts Krankenhaus

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Vollstationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz

Karolina-Burger-Straße 51

67065 Ludwigshafen

Tel.: 0621 5702-4222 (Sekretariat)

oder 0621 5702-4218 (Institutsambulanz)

E-Mail: kjp@st-annastifts Krankenhaus.de

Homepage: www.st-marienkrankenhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Kinder psychisch kranker Eltern

(Eltern-Kind-Gruppe – fachlich angeleitet)

Jeden 4. Montag im Monat

16.30 Uhr bis 18.00 Uhr

Im Mehrgenerationenhaus Frankenthal

Ansprechpartner:

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Rathausplatz 2–7

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 89336

E-Mail: melanie.krebs@frankenthal.de

www.frankenthal.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Krisentelefon für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige:

0800-2203300

Montag bis Freitag von 17-23 Uhr

Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 8–23 Uhr

Pfalzinstitut für Hören und Kommunikation

Holzhofstraße 21

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 4909-0

Fax: 06233 4909-200

E-Mail: info@pih.bv-pfalz.de

Homepage: www.pih-ft.de

WEITERE ANGEBOTE

Beratungsstelle von Frauen für Frauen und Mädchen

Tel.: 06233 6070807

LANDKREIS GERMERSHEIM

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie des Landkreises Germersheim

Frau Karin Kaltenbach
Fachbereich 23 – Soziale Hilfen-
Waldstraße 13a
76726 Germersheim
Tel.: 07274 53-265
E-Mail: k.kaltenbach@kreis-germersheim.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Jugendamt Stadt Germersheim

17er-Straße 1
76726 Germersheim
Tel.: 07274 53-0
Leitung: Frau Sabine Heyn
Tel.: 07274 53-430
Fax: 07274 53-15431
E-Mail: s.heyne@kreis-germersheim.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Psychologische Beratungsstelle für Erziehungsfragen

Königstraße 25
76726 Germersheim-Sondernheim
Tel.: 07274 70460

Frauenzentrum Aradia e.V.

und Notruf- und Beratungsstelle
für sexualisierte Gewalt betroffene Frauen
und Mädchen
Moltkestraße 7
76829 Landau
Tel.: 06341 83437
Fax: 06341 83444
E-Mail: aradia-landau@t-online.de

Schulpsychologische Beratungszentrum

Butenschönstraße 2
67346 Speyer
Tel.: 06232 659150 oder
06232 659151
Fax: 06232 659-159
E-Mail: beratungszentrum.speyer@pl.rlp.de

Jugend- und Drogenberatungsstelle

NIDRO
Trommelweg 11b
76726 Germersheim
Tel.: 07274 919327
Fax: 07274 919328
E-Mail: info-nidro-germersheim@ludwigsmuehle.de

Verein zur Förderung der Kinder- und Jugendhilfe e.V.

Hauptstraße 24
67378 Zeiskam
Tel.: 06347 360
Fax: 06347 919860
E-Mail: vkjh@gmx.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Caritas-Förderzentrum

St. Laurentius und Paulus

Queichheimer Hauptstraße 235

76829 Landau

Tel.: 06341 599-0

Fax: 06341 599-109

E-Mail: info.laurentius-paulus@cbs-speyer.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Otto-Mayer-Straße 1

67346 Speyer

Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460

E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkrlinikum.de oder

petra.leick@pfalzkrlinikum.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie

des Pfalzkrlinikums (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100

76889 Klingenmünster

Tel.: 06349 900-3001

Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899

Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899

E-Mail: info@pfalzinstitut.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

LANDKREIS KAISERSLAUTERN

STADT KAISERSLAUTERN

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle Psychiatrie für den Landkreis Kaiserslautern

Kreisverwaltung Kaiserslautern
Frau Melanie Winter-Albert
Pfaffstraße 40 (3. Stock, Raum 320)
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 7105-535
Fax: 0631 7105-584
E-Mail: melanie.winter-albert@kaiserslautern-kreis.de
Homepage: www.kops-kl.de

Koordinierungsstelle Psychiatrie für die Stadt Kaiserslautern

Stadtverwaltung Kaiserslautern
Herr Gerhard Heinelt
Maxstraße 19
67659 Kaiserslautern
Tel.: 0631 365-2280
E-Mail: gerhard.heinelt@kaiserslautern.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Kaiserslautern

Referat Jugend und Sport
Willy-Brandt-Platz 1
67653 Kaiserslautern
Tel.: 0631 365-1510
Leiter des Stadtjugendamtes:
Herr Willi Gillmann
E-Mail: willi.gillmann@kaiserslautern.de
Homepage: www.kaiserslautern.de

Kreisverwaltung Kaiserslautern Abteilung Jugend und Soziales

Fischerstraße 12
67657 Kaiserslautern
Tel.: 0631 7105-0
Homepage: www.kaiserslautern-kreis.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Deutscher Kinderschutzbund e.V.

**Beratungsstelle für Kinder,
Jugendliche und Eltern,
Erziehungs-, Familien- und Lebensberatung**
Moltkestraße 10 b
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 24044
E-Mail: info@kinderschutzbund-kaiserslautern.de
Homepage: www.kinderschutzbund-kaiserslautern.de

Diakonisches Werk Pfalz
Haus der Diakonie
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
Pirmasenser Straße 82
67655 Kaiserslautern
Tel.: 9631 72209
E-Mail: erziehungsberatung.kaiserslautern@diakonie-pfalz.de

Caritas-Zentrum Kaiserslautern
Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung
Edith-Stein-Haus
Engelsgasse 1
67657 Kaiserslautern
Tel.: 0631 36120-0
Fax: 0631 36120-261
E-Mail: caritas-zentrum.kaiserslautern@caritas-speyer.de
Homepage: www.caritas-zentrum-kaiserslautern.de

SUCHT- UND DROGENBERATUNG

Caritas-Zentrum Kaiserslautern
Suchtberatung
Edith-Stein-Haus
Engelsgasse 1
67657 Kaiserslautern
Tel.: 0631 36120-0
Fax: 0631 120-261
E-Mail: suchtberatung.kaiserslautern@caritas-speyer.de
Homepage: www.caritas-zentrum-kaiserslautern.de

Diakonisches Werk Pfalz
Haus der Diakonie
Fachstelle Sucht
Pirmasenser Straße 82
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 72209
E-Mail: fachstellesucht.kl@diakonie-pfalz.de
Homepage: www.diakonisches-werk-pfalz.de

Release
Jugend- und Drogenberatung
Am Gottesacker 13
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 64575
www.release-kl.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Ökumenisches Gemeinschaftswerk Pfalz mbH
Sozialpädiatrisches Zentrum
Langenwiedener Straße 12
66849 Landstuhl
Tel.: 06371 934-131
E-Mail: rw-spz@gemeinschaftswerk.de

Außenstelle Kaiserslautern
Roonstraße 4
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 36248-0
E-Mail: rw-spz@gemeinschaftswerk.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR - ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankums (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Albert-Schweitzer-Straße 62
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 5349-3900
E-Mail: iap-kl@pfalzinsitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFE ELTERN

Netzwerk „Kinder psychisch belasteter Eltern“ Kaiserslautern
www.nkpbe-kl.de

WEITERE ANGEBOTE

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Maxstr. 7
67659 Kaiserslautern
Tel.: 0631 370-3740 oder 0631 370-2850
Fax: 0631 370-3742
E-Mail: schulpsychb.kaiserslautern@pl.rlp.de

SOS Kinder- und Jugendhilfe

Familienhilfezentrum

SOS Kinderdorf Kaiserslautern

Rudolf-Breitscheid-Straße 42
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 316440

STADT KOBLENZ

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie des Landkreises Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz

Herr Paul Kreutz
Bahnhofstr. 9
56068 Koblenz
Tel.: 0261 108-133
Fax: 0261 108-8133
E-Mail: paul.kreutz@kvmyk.de
www.kvmyk.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT - LEITUNG

Jugendamt der Stadt Koblenz

Leiter: Herr Peer Pabst
Hochhaus Am Schängelcenter
Rathauspassage 2
56068 Koblenz
Tel.: 0261 129-2304
E-Mail: Peer.Pabst@stadt.koblenz.de
Leitung des Allgemeinen Sozialdienstes:
Frau Ines Hoffart
Tel.: 0261 129-2352
E-Mail: ines.hoffart@stadt.koblenz.de
Homepage: www.koblenz.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Ev. Beratungsstelle für Erziehungs-, Partnerschafts- und Lebensfragen

Mainzer Straße 73
56068 Koblenz
Tel.: 0261 91561 25
E-Mail: eb@kirchenkreis-koblenz.de
Homepage: www.diakonie-koblenz.de

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier

Hohenzollernstraße 132
56068 Koblenz
Tel.: 0261 91469089
E-Mail: lb.koblenz@bistum-trier.de

Schulpsychologischer Dienst

Schulpsychologisches Beratungszentrum
Luisenstraße 1-3
56068 Koblenz
Tel.: 9261 37850
E-Mail: SchulpschB.Koblenz@ifb.bildung-rp.de

Deutscher Kinderschutzbund e.V.

Kinderschutzbund
Kulturfabrik
Mayer-Alberti-Straße 11
56070 Koblenz
Tel.: 0261 34411

Familienbildungsstätte Koblenz e.V.

Hohenfelderstraße 16
56068 Koblenz
Tel.: 0261 35679
E-Mail: info@fbs-koblenz.de

Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe
des Caritasverbandes Koblenz e.V.
Rizzastraße 14
56068 Koblenz
Tel.: 0261 667570
E-Mail: zas_koblenz@caritas-koblenz.de

Pro Familia e.V.
Schenkendorfstraße 24
56068 Koblenz
Tel.: 0261 34812
E-Mail: koblenz@profamilia.de

Sozialdienst kath. Frauen e.V.
Jugend- und Familienhilfe
Kurfürstenstraße 87
56068 Koblenz
Tel.: 0261 30424-22
E-Mail: info@skf-koblenz.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches Zentrum gGmbH
Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 9656-0

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Johanniter GmbH
Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vollstationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Am Carmen-Sylva-Garten 6-10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3944 960
Notfallnummer: 02631 3944 928
Fax: 02631 3944 944
E-Mail: info@nr.johanniter-kliniken.de
Homepage: www.johanniter.de

Voraussichtlich ab Ende 2018
Tagesklinik und Institutsambulanz
Koblenzer Str. 115-155
56073 Koblenz
E-Mail: info@nr.johanniter-kliniken.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

**Verein zur Förderung von Kindern und Erwachsenen
mit Teilleistungsschwächen e.V.**
JUVEMUS
Emser Str. 6
56076 Koblenz
Tel.: 0261 9730178
E-Mail: info@juvemus.de

Verband alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV) e.V.
Im Vogelsang 2
56332 Dieblich
Tel.: 02607 8443
E-Mail: vamv.koblenz@rz-online.de

**Selbsthilfegruppe für Eltern von drogengefährdeten
und drogenabhängigen Jugendlichen**

Mainzer Str. 81
56075 Koblenz
Tel.: 0261 36830

WEITERE ANGEBOTE

**Überregionale Kontakt- und Informationsstelle
WeKISS**

Paritätisches Zentrum
Marktplatz 656457 Westerburg
Tel.: 02663 2540
E-Mail: info@wekiss.de
Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/wekiss

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN:**

Über die genannten Adressen und Ansprechpartner hinaus gibt es eine Vielzahl von komplementären Beratungs- und Hilfseinrichtungen im Landkreis Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz. Diesbezüglich wird auf den Beratungsführer verwiesen, der über die Psychiatriekoordinatorin des Landkreises und der Stadt erstellt wurde: www.beratungsfuehrer-myk.de.

LANDKREIS KUSEL

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Kusel

Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Herr Michael Volle
Trierer Straße 49-51
66869 Kusel
Tel.: 06381 424-261
E-Mail: michael.volle@kv-kus.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Kusel

Abteilung Jugend und Soziales
Amtsleitung Herr Marc Wolf
Trierer Straße 49-51
66869 Kusel
Tel.: 06381 424-200
E-Mail: marc.wolf@kv-kus.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Diakonisches Werk

Beratungsstelle für Eltern,
Kinder und Jugendliche
Marktstraße 31
66869 Kusel
Tel.: 06381 422900
E-Mail: erziehungsberatung.kusel@diakonie.de

Deutscher Kinderschutzbund

Kaiserslautern-Kusel e.V.
Landschaftsstraße 3
66869 Kusel
Tel.: 06381 995393
E-Mail: info@kinderschutzbund-kusel.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum

Kinderklinik Kohlkopf
Klinikweg 1-5
66539 Neunkirchen/S.
Tel.: 06821 3632200
Homepage: www.marienhaus-st-josef-kohlhof.de

Sozialpädiatrisches Zentrum

Reha-Westpfalz
Am Rothenborn
66849 Landstuhl
Tel.: 06371 9340
E-Mail: Anmeldung1@reha-westpfalz.de
Homepage: www.reha-westpfalz.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR - ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzklinikums (AdÖR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Albert-Schweitzer-Straße 62
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 5349-3900
E-Mail: iap-kl@pfalzinsitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Universitätsklinikum des Saarlandes

Gebäude 90
66421 Homburg/S.
Tel.: 06841 16-0

SELBSTHILFE – SELBSTHILEGRUPPE ELTERN

Weitere Informationen bekommen Sie bei:

SEKIS Trier

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V.
Gartenfeldstraße 22
54295 Trier
Tel.: 0651 141180
E-Mail: kontakt@sekis-trier.de
Homepage: www.sekis-trier.de

WEITERE ANGEBOTE

SOS-Kinder und Jugendhilfe

Familienzentrum
Rudolf-Breitscheid-Straße 42
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 316440

STADT LANDAU

PSYCHIATRIEKOORDINATION

**Gemeinsame Koordinierungsstelle
Kreisverwaltung Südliche Weinstraße**
Herr Dr. Hermann-Josef Schwarz
Arzheimer Straße 1
76829 Landau
Tel.: 06341 940-617/-601

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadt Landau in der Pfalz – Jugendamt
Amtsleiter: Herr Claus Eisenstein
Friedrich-Ebert-Straße 3
76829 Landau
Tel.: 06341 13-5100
E-Mail: jugendamt@landau.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

**Psychologische Beratungsstelle
für Erziehungsfragen**
Badstraße 10 a
76829 Landau in der Pfalz
Tel.: 06341 85060

Deutscher Kinderschutzbund

Landau/Südliche Weinstraße e.V.
Rolf-Müller-Straße 15
76829 Landau in der Pfalz
Tel.: 06341 141414
E-Mail: info@blauer-elefant-landau.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Caritas-Förderzentrum
St. Laurentius und Paulus
Queichheimer Hauptstraße 235
76829 Landau in der Pfalz
Tel.: 06341 599-0
E-Mail: info.laurentius-paulus@cbs-speyer.de

**NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN
UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO-
THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN**

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR - ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**Pfalzinstitut**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankums (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Albert-Schweitzer-Straße 62
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 5349-3900
E-Mail: iap-kl@pfalzinsitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Otto-Mayer-Straße 1
67346 Speyer
Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460
E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkrlinikum.de oder
petra.leick@pfalzkrlinikum.de

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT
BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN****Verein zur Bewegungsförderung****Psychomotorik e.V.**

Blumgasse 3
76829 Landau
Tel.: 06341 930026

ADS Power Club e.V.

Frau Monika Danz
Heinrich-Jakob-Fried-Straße 6
76829 Landau
Tel.: 06341 9287900

Evangelische Arbeitsstelle**Bildung und Gesellschaft**

Beratungsstelle
Regionalstelle in Landau
Kronstraße 40
76829 Landau
Tel.: 06341 98580

Arbeitskreis niedergelassener Ergotherapeuten

Stefan Hargesheimer
Westbahnstraße 1
76829 Landau
Tel.: 06341 83071
Margit Zimmer
Schillerstraße 16
76870 Kandel
Tel.: 07275 913291

Diakonisches Werk**Sozial- und Lebensberatung**

Westring 3 A
76829 Landau in der Pfalz
Tel.: 06341 92229

AIDS-Hilfe Landau e.V.

Beratungsstelle
Weißenburger Straße 2 b
76829 Landau
Tel.: 06341 19411
E-Mail: info@aids-drogen-jugendhilfe.de

WEITERE ANGEBOTE**Schulpsychologisches Beratungszentrum Speyer**

Butenschönstraße 2
67326 Speyer
Tel.: 06232 659-150
E-Mail: Beratungszentrum.speyer@pl.rlp.de

STADT LUDWIGSHAFEN

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Stadtverwaltung Ludwigshafen am Rhein

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Frau Andrea Hilbert

Bereich Steuerung

Europaplatz 1

67063 Ludwigshafen

Tel.: 0621 504-6666

E-Mail: andrea.hilbert@ludwigshafen.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Ludwigshafen am Rhein

Bereich Jugendamt

Leitung: Jürgen May

Westendstraße 17

67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 504-2051

E-Mail: juergen.may@ludwigshafen.de

ERZIEHUNGSBERATUNG

Stadtverwaltung Ludwigshafen am Rhein

Bereich Jugendförderung und Erziehungsberatung

Leitung: Sabine Heiligenthal

Westendstraße 17

67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 504-2865

E-Mail: sabine.heiligenthal@ludwigshafen.de

Caritas-Zentrum Ludwigshafen

Ludwigstraße 67-69

67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 598020

E-Mail: caritas-zentrum.ludwigshafen@caritas-speyer.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Kinderzentrum Ludwigshafen

Sozialpädiatrisches Zentrum mit Frühförderung

Leitung: Dr. Irmgard Treiss

Karl-Lochner-Straße 8

67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 67005-128

E-Mail: spz@kinderzentrum-ludwigshafen.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

St. Annastiftskrankenhaus

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Vollstationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz

Karolina-Burger-Straße 51

67065 Ludwigshafen

Tel.: 0621 5702-4222 (Sekretariat)

oder 0621 5702-4218 (Institutsambulanz)

E-Mail: kjp@st-annastiftskrankenhaus.de

Homepage: www.st-marienkrankenhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

ADHS Rhein-Neckar Pfalz e.V.

Postfach 210164
67001 Ludwigshafen
1. Vorsitzender Claus Staudter
Breite Straße 96
67067 Ludwigshafen
Homepage: www.adhs-lu.de

SEHT e.V.

Selbstständigkeitshilfe bei Teilleistungsschwächen & AD(H)S

Kreisvereinigung Ludwigshafen Vorderpfalz
Heidi Steinert
Dalbergstraße 100
67122 Altrip
Tel.: 06236 39142
E-Mail: sehtlu@gmx.net
Homepage: www.sehtlu.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Stadtverwaltung Ludwigshafen am Rhein

Ludwigshafener Zentrum für Individuelle
Erziehungshilfen (LUZIE)
Sabine BuckelKärntner Str. 21 a
67065 Ludwigshafen
Tel.: 0621 504-3950
E-Mail: sabine.buckel@ludwigshafen.de

Kinderheim St. Annastift

Michael Eberhart
Karolina-Burger-Str. 51
67065 Ludwigshafen
Tel.: 0621 5702-4209
E-Mail: michael.eberhart@st-annastift-lu.de

Ludwigshafener Verein für Jugendhilfe e.V.

Christian SimonIndustriestraße 8
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 690863-0
E-Mail: ludwigshafener@jugendhilfeverein.org

Ökumenische Fördergemeinschaft

Ludwigshafen GmbH

Andreas Hochreither
Zedernstraße 2
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 59506111
E-Mail: ambulantehilfe@foerdergemeinschaft.de

Deutscher Kinderschutzbund

Ortsverband Ludwigshafen e.V.
Ute Beuchert
Bahnhofstr. 83
67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621 525211
E-Mail: info@kinderschutzbund-ludwigshafen.de

Kinderschutzdienst

Dr. Sabine Krömker
Georg-Büchner-Straße 6
67061 Ludwigshafen
Tel.: 0621 511211
E-Mail: kinderschutzdienst@kinderschutzbund-ludwigshafen.de

Reiterhof Kinderhilfe e.V.

Spreeallee 3

67071 Ludwigshafen

Tel.: 0621 678993

E-Mail: reiterhof-kinderhilfe@web.de

WEITERE ANGEBOTE**Schulpsychologisches Beratungszentrum**

Sternstraße 195

67063 Ludwigshafen

Tel.: 0621 510033

Fax: 0621 628900

E-Mail: schulpsychb.ludwigshafen@pl.rlp.de

Wildwasser und Notruf Ludwigshafen e.V.

Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt

an Frauen und Mädchen

Falkenstraße 17–19

67063 Ludwigshafen

Tel.: 0621 628165

E-Mail: team@wildwasser-ludwigshafen.de

STADT MAINZ

PSYCHIATRIEKOORDINATION**Stadtverwaltung Mainz**

Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie

Frau Jessica Odenwald

Stadthaus, Kreyßig-Flügel

Postfach 3620

55026 Mainz

Tel.: 06131 122551

E-Mail: jessica.odenwald@stadt.mainz.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG**Landeshauptstadt Mainz**

51 – Amt für Jugend und Familie

Stadthaus, Lauteren-Flügel

Leitung: W. Acker

Kaiserstr. 3-5

55116 Mainz

Tel.: 06131 122753

E-Mail: jugendamt@stadt.mainz.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG**Integrierte Erziehungs- und****Familienberatungsstelle des Kinderschutzbundes**

Ludwigsstr. 7

55116 Mainz

Tel.: 06131 614191

E-Mail: beratungsstelle.mainz@kinderschutzbund-mainz.de

Homepage: www.kinderschutzbund-mainz.de

Caritasberatungs- und Jugendhilfezentrum

St. Nikolaus
Lotharstraße 11–13
55116 Mainz
Tel.: 06131 907460
E-Mail: beratungszentrum@caritas-mz.de

Evangelische Psychologische Beratungsstelle

Kaiserstraße 37
55116 Mainz
Tel.: 06131 965540
E-Mail: info@erziehungsberatung-mainz.de

Beratungsstelle des Kinderschutz-Zentrums

Lessingstraße 25
55118 Mainz
Tel.: 06131 611010
E-Mail: info@kinderschutzzentrum-mainz.de

Sozialtherapeutische Beratungsstelle

Betreuungsverein e.V.
Rheinallee 17
55118 Mainz
Tel.: 06131 9052140
E-Mail: info@sbb-mainz.de
Homepage: www.sbb-mainz.de

Landeshauptstadt Mainz

Amt für Jugend und Familie
Allgemeiner Sozialdienst
Stadthaus
Kaiserstraße 3 – 5
55116 Mainz
Tel.: 06131 122942
E-Mail: hiltrud.goebel@stadt.mainz.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Rheinhessen-Fachklinik Mainz

Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie (KINZ)
Hartmühlenweg 2–4
55122 Mainz
Tel.: 06131 378222
E-Mail: info@kinzmainz.de
Homepage: www.rheinhessen-fachklinik-mainz.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhessen-Fachklinik Mainz

Stationäre Klinik, Institutsambulanz
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Hartmühlenweg 2–4
55122 Mainz
Tel.: 06131 378-2000
E-Mail: mainz@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhessen-fachklinik-mainz.de

Tagesklinik

Hartmühlenweg 2–4
55122 Mainz
Tel.: 06131 378-12600
E-Mail: mainz@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhessen-fachklinik-mainz.de

Neurologische Ambulanz

Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie (KINZ)

Hartmühlenweg 2–4

55122 Mainz

Tel.: 06131 378-2151

E-Mail: mainz@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-mainz.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

KISS Mainz

Jockel-Fuchs-Platz 1

55116 Mainz

Tel.: 06131 210772

E-Mail: kiss.mfz@gmx.de

Homepage: www.kiss-mainz.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Jugend- und Drogenberatung

„Brücke“

Münsterstraße 31

55116 Mainz

Tel.: 06131 234577

Ambulanz für Spielsucht

Universitätsmedizin Mainz

Gebäude 920

Untere Zahlbacher Str. 8

55131 Mainz

Terminvereinbarung:

Mo – Do: 8 bis 16 Uhr

Fr: 8 bis 14 Uhr

Tel.: 06131 17-7381

E-Mail: sekretariate-pt@unimedizin-mainz.de

MädchenHaus Mainz

FEMMA e.V.

Wohngruppe für Mädchen mit Essstörungen

Heidelbergerfaßgasse 14

55116 Mainz

Tel.: 0 61 31 4875009

Fax: 0 61 31 4878851

E-Mail: wgeessstoerungen@maedchenhaus-mainz.de

Team Autismus GbR

Diagnostik, Beratung und Begleitung für Menschen
mit Autismus-Spektrum-Störungen und deren Umfeld

Wilhelm -Theodor-Römheld Str. 34

55130 Mainz

Tel.: 06131 6179566

E-Mail: info@team-autismus.de

Homepage: www.team-autismus.de

**Psychose-Früherkennungssambulanz
Rheinhessen**

für junge Erwachsene ab 18 Jahre
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universitätsmedizin Mainz und
Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Tel.: 06131 17-8264 (Anrufbeantworter)
*(Hinterlassen Sie bitte eine Nachricht, Ihren Namen,
Telefonnummer und Erreichbarkeit).*

WEITERE ANGEBOTE

unplugged – Das Beratungscafé

Für Jugendliche und junge Erwachsene ab 16 Jahren
Leibnizstr. 47
55118 Mainz
Tel.: 06131 9067600
Fax: 06131 9067620
E-Mail: unplugged@gpe-mainz.de

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Mombacher Str. 76
55122 Mainz
Tel.: 06131 61-1113 oder 06131 61-1681
Fax: 06131 61-1696
E-Mail: schulpsychb.mainz@pl.rlp.de

LANDKREIS MAINZ-BINGEN

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Herr Holger Marx
Fachbereich Sozialpsychiatrischer Dienst / Betreuungsbehörde
Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim
Tel.: 06132 787-4230
E-Mail: marx.holger@mainz-bingen.de
Homepage: www.mainz-bingen.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Leitung: Frau Petra Schott
Jugendamt Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim
Tel.: 06132 787-13000
E-Mail: schott.petra@mainz-bingen.de
Homepage: www.mainz-bingen.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Herr Olav Muhl
Allgemeiner Sozialer Dienst
Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim
Tel.: 06132 787-13010
E-Mail: muhl.olav@mainz-bingen.de
Homepage: www.mainz-bingen.de

Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Frau Kerstin Steuerwald

Schulsozialarbeit

Georg-Rückert-Straße 11

55218 Ingelheim

Tel.: 06132 787-13820

E-Mail: steuerwald.kerstin@mainz-bingen.de

Homepage: www.mainz-bingen.de

Erziehungs- und Lebensberatung

Ev. Dekanate Ingelheim, Mainz und Oppenheim

Kaiserstraße 37

55116 Mainz

Tel.: 06131 965540 und

Beratungszentrum Oppenheim

Am Postplatz 1

E-Mail: erbmainz@t-online.de

Caritaszentrum St. Elisabeth

Erziehungsberatungsstelle

Rochusstraße 8

55411 Bingen

Tel.: 06721 917740

E-Mail: info@caritas-bingen.de

Psychosoziale Beratungsstelle Reling

Pariser Straße 110

55268 Nieder-Olm

Tel.: 06136 922280

E-Mail: reling@vg-nieder-olm.de

Homepage: www.vg-nieder-olm.de

Diakonisches Werk Mainz-Bingen

Suchtberatung/Suchtprävention

Postplatz 1

55276 Oppenheim

Tel.: 06133 57899-13

Caritaszentrum St. Elisabeth

Sucht und Drogenberatungsstelle

Rochusstraße 8

55411 Bingen

Tel.: 06721 9177-0

E-Mail: inf@caritas-bingen.de

Sucht- und Jugendberatung Ingelheim

Georg-Rückert-Straße 24

55218 Ingelheim

Tel.: 06132 622002-0

E-Mail: mail@sucht-undjugendberatung.de

Homepage: www.sucht-undjugendberatung.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM**Sozialpädiatrisches Zentrum**

kreuznacher diakonie

Bühler Weg 24

55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671 605-2365

E-Mail: spz@kreuznacherdiakonie.de

Homepage: www.kreuznacherdiakonie.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Stationäre Klinik

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1604
E-Mail: kjp@rheinhausen-fachklinik-alzey.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Kinderneurologische Station
Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1660
E-Mail: station6@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik.de

Institutsambulanz

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1650
E-Mail: kjpia@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie Worms
Von-Steuben-Str. 17
67549 Worms
Tel.: 06241 20478-0
E-Mail: s.foltys@rfk.landeskrankenhaus.de

Rheinhessen-Fachklinik Mainz

Tagesklinik (auch Stationäre Klinik und Institutsambulanz)
Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie (KINZ)
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Hartmühlenweg 2–4
55122 Mainz
Tel.: 06131 378-12600 (Tagesklinik)
E-Mail: mainz@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-mainz.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Elternkreis Autismus Rheinhessen

Mehrgenerationenhaus Ingelheim-West
Matthias-Grünwald-Str. 15
55218 Ingelheim
Tel.: 06130 9478428
E-Mail: info@autismus-rheinhausen.de
Homepage: www.autismus-rheinhausen.de

KISS Mainz

Jockel-Fuchs-Platz 1
55116 Mainz
Tel.: 06131 210772
E-Mail: kiss.mfz@gmx.de
Homepage: www.kiss-mainz.de

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN**

Beratungscafé „Unplugged“

gpe – Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen GgmbH
Leibnizstraße 47
55118 Mainz
Tel.: 06131 90676-00
Homepage: www.unplugged-mainz.de

**Familienentlastender Dienst der Lebenshilfe e.V.
für Menschen mit geistiger Behinderung**

Drechsler Weg 25
55128 Mainz
Tel.: 06131 789988
E-Mail: sonja.zernia@lebenshilfe-mainz-bingen.de
Homepage: www.lebenshilfe-mainz-bingen.de

**Familienunterstütztender Dienst (FUD)
der Nieder-Ramstädter Diakonie**

Bahnhofstraße 45
55270 Jugenheim
Tel.: 06130 929-243
E-Mail: fudrlp@nrd-online.de

FamilienZeit

Am Damsberg 17
55130 Mainz
Tel.: 06131 6230826
E-Mail: info@familienzeit-gmbh.de
Homepage: www.familienzeit-gmbh.de

Integrationsfachdienst – Übergang Schule-Beruf

gpe – Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen GgmbH
in Kooperation mit dem Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZSL) Mainz
Galileo-Galilei-Straße 9a
55129 Mainz
Tel.: 06131 66940-10
E-Mail: info@gpe-mainz.de
Homepage: www.gpe-mainz.de

So Integra – Petra Sost

Berlinstraße 97
55411 Bingen
Tel.: 06721 976240
E-Mail: Petra_sost@t-online.de

Heilpädagogische Praxis – Tanja Treuherz

Zweigstraße 13
55262 Heidesheim
Tel.: 06132 711808
E-Mail: praxis@treuherz.de
Homepage: www.praxis-treuherz.de

Tagesgruppe des Kinderschutzbundes

Karlstraße 1a
55576 Sprendlingen
Tel.: 06701 204674

WEITERE ANGEBOTE

Malteser Hospizdienst St. Hildegard

Trauerbegleitung für Kinder und Jugendliche

Mainzer Straße 4

55411 Bingen

Tel.: 06721 984377

E-Mail: hospizarbeit@malteser-bingen.de

Homepage: www.malteser-bingen.de

LANDKREIS MAYEN-KOBLENZ

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie des Landkreises Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz

Herr Paul Kreutz

Bahnhofstr. 9

56068 Koblenz

Tel.: 0261 108-133

Fax: 0261 108-8133

E-Mail: paul.kreutz@kvmyk.de

Homepage: www.mayen-koblenz.de → Bürger-Service → Gesundheit oder
www.beratungsfuehrer-myk.de oder
www.kvmyk.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisjugendamt Mayen-Koblenz

Leiter: Herr Guido Bayer

Bahnhofstraße 9

56068 Koblenz

Tel.: 0261 108 396

E-Mail: guido.bayer@kvmyk.de

Homepage: www.mayen-koblenz.de → Bürger-Service →
Jugend & Soziales

Stadtjugend- und Sozialamt Andernach

Leiter: Herr Karl Werf

Läufstraße 11

56626 Andernach

Tel.: 02632 922 175

E-Mail: jugend@andernach.de oder soziales@andernach.de oder
karl.werf@andernach.de

Homepage: www.andernach.de

Jugendamt der Stadt Mayen

Herrn Dieter Hoben

Rathaus Rosengasse

56727 Mayen

Tel.: 02651 883504

E-Mail: fachbereich6@mayen.de

Homepage: www.mayen.de

AMBULANTE DIENSTE UND ERZIEHUNGSBERATUNG

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier

Hohenzollernstraße 132

56068 Koblenz

Tel.: 0261 91469089

E-Mail: lb.koblenz@bistum-trier.de

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier

St.-Veith-Straße 42

56727 Mayen

Tel.: 02651 48085

E-Mail: lb.mayen@bistum.trier.de

Ev. Beratungsstelle für Erziehungs-,

Partnerschafts- und Lebensfragen

Mainzer Straße 73

56068 Koblenz

Tel.: 0261 9156125

E-Mail: eb@kirchenkreis-koblenz.de,

www@diakonie-koblenz.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches

Zentrum gGmbH

Beverwijker Ring 2

56567 Neuwied

Tel.: 02631 965620

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

*Für die Verbandsgemeinden Andernach, Mendig, Pellenz, Vordereifel
und die Stadt Mayen:*

DRK-Fachklinik Bad Neuenahr
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie/Psychosomatik

Stationäre Klinik
Lindenstraße 3–4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 754-0
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

Tagesklinik, Institutsambulanz
Hans-Frick-Straße 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02631 3944960
E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de
Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

*Für die Verbandsgemeinden Bendorf, Maifeld, Rhein-Mosel, Weißenthurm,
Vallendar und die kreisfreie Stadt Koblenz*

Johanniter GmbH
Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vollstationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Am Carmen-Sylva-Garten 6–10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3944 960
Notfallnummer: 02631 3944 928
Fax: 02631 3944 944
E-Mail: info@nr.johanniter-kliniken.de
Homepage: www.johanniter.de

Voraussichtlich ab Ende 2018
Tagesklinik und Institutsambulanz
Koblenzer Str. 115-155
56073 Koblenz
E-Mail: info@nr.johanniter-kliniken.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

**Verein zur Förderung von Kindern und Erwachsenen
mit Teilleistungsschwächen e.V.**
JUVEMUS
Emser Str. 6
56076 Koblenz
Tel.: 0261 9730178
E-Mail: info@juvemus.de

**Verein zur Förderung von Kindern und Erwachsenen
mit Teilleistungsschwächen e.V.**

JUVEMUS

Brückenstr. 25

56220 Urmitz

Tel.: 02630 98970

E-Mail: info@juvemus.de

Verband alleinerziehender Mütter und Väter (AMV) e.V.

Im Vogelsang 2

56332 Dieblich

Tel.: 02607 8443

E-Mail: vamv.koblenz@rz-online.de

**Selbsthilfegruppe für Eltern
von drogengefährdeten und drogenabhängigen Jugendlichen
Elternkreis Koblenz**

Mainzer Str. 81

56075 Koblenz

Tel.: 0261 36830

WeKISS

Paritätisches Zentrum

Marktplatz 6

56457 Westerburg

Tel.: 02663 2540

E-Mail: info@wekiss.de

Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/wekiss

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN**

Über die genannten Adressen und Ansprechpartner hinaus gibt es eine Vielzahl von komplementären Beratungs- und Hilfseinrichtungen im Landkreis Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz. Diesbezüglich wird auf den Beratungsführer verwiesen, der über die Psychiatriekoordinatorin des Landkreises und der Stadt erstellt wurde: www.beratungsfuehrer-myk.de.

STADT NEUSTADT AN DER WEINSTRASSE

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Bad Dürkheim
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Herr Dirk Eyrisch
Neumayerstrasse 10
67433 Neustadt/Weinstraße
Tel.: 06322 961-7300
Fax: 06322 961-87300
E-Mail: Dirk.Eyrisch@kreis-bad-duerkheim.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Neustadt
Jugendamt
Leitung: Herr Jürgen Kaub
Konrad-Adenauer-Straße 43
67433 Neustadt/Weinstraße
Tel.: 06321 855-0
E-Mail: juergen.kaub@stadt-nw.de
Homepage: www.neustadt-weinstrasse.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

**Beratungsstelle für Eltern,
Kinder und Jugendliche**
Schütt 9
67433 Neustadt/Weinstraße
Tel.: 06321 86745

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

**Caritas-Förderzentrum
St. Laurentius und Paulus**
Queichheimer Hauptstraße 235
76829 Landau
Tel.: 06341 599-0
E-Mail: info.laurentius-paulus@cbs-speyer.de

Heilpädagogisch-Therapeutisches Kinderzentrum
Jahnstraße 2
67307 Göllheim
Tel.: 06351 6400

Kinderzentrum
Karl-Lochner-Straße 8
67071 Ludwigshafen
Tel.: 0621 67005128

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Otto-Mayer-Straße 1
67346 Speyer
Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460
E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkrankenhaus.de oder
petra.leick@pfalzkrankenhaus.de

WEITERE ANGEBOTE

Deutscher Kinderschutzbund Neustadt Bad Dürkheim e.V.
Moltkestraße 3
67433 Neustadt
Tel.: 06321 80055
E-Mail: bueror@kinderschutzbund-nw-duew.de

LANDKREIS NEUWIED

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle Psychiatrie
Herr Dr. Ulrich Kettler
Ringstraße 70
56564 Neuwied
Tel.: 02631 803-732 oder 722
E-Mail: psychiatrie@kreis-neuwied.de
Homepage: www.kreis-neuwied.de und www.psychiatrie-neuwied.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Für den Landkreis Neuwied:
Kreisverwaltung Neuwied
Jugendamt
Leiter: Herr Jürgen Ulrich
Wilhelm-Leuschner-Straße 9
56564 Neuwied
Tel.: 02631-803-330
E-Mail: jugendamt@kreis-neuwied.de
Homepage: www.kreis-neuwied.de

Für die Stadt Neuwied:
Stadtverwaltung Neuwied
Jugendamt
Leitung: Herr Wolfgang Hartmann
Heddesdorfer Straße 33-35
56564 Neuwied
Tel.: 02631 802-371
E-Mail: jugendamt@neuwied.de
Homepage: www.neuwied.de

AMULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Lebensberatung Neuwied

Beratungsstelle des Bistums Trier
Marktstraße 1
56564 Neuwied
Tel.: 02631 22031
E-Mail: lb.neuwied@bistum-trier.de
Homepage: www.neuwied.lebensberatung.info

Diakonisches Werk

im Evangelischen Kirchenkreis Wied Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung

Rheinstraße 69
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3922-0
Fax: 02631 3922-40
E-Mail: sekretariat@diakonie-neuwied.de
Homepage: www.diakonie-neuwied.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Heilpädagogisch-Therapeutisches

Zentrum gGmbH

Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 9656-0 (Zentrale) oder 9656-20
Fax: 02631 9656-250
E-Mail: info@htz-neuwied.de
Homepage: www.htz-neuwied.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Johanniter GmbH

Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz

Am Carmen-Sylva-Garten 6–10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3944 960
Notfallnummer: 02631 3944 928
Fax: 02631 3944 944
E-Mail: ambulanz@nr.johanniter-kliniken.de
Homepage: www.johanniter.de

Ab 1. Januar 2018

Institutsambulanz (Außenstelle)

Am Margarethengarten 15a
53567 Asbach
Tel.: 02631 3944 960
E-Mail: ambulanz@nr.johanniter-kliniken.de

SELBSTHILFEGRUPPE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Juvenus – Vereinigung zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungsschwächen e.V.

Regionalgruppe Neuwied
Frau Ute Erve
Tel.: 02631 54641
E-Mail: erve@juvenus.de
Homepage: www.juvenus.de

Trotzdem e.V.

Geschäftsstelle
Heddesdorfer Straße 25
56564 Neuwied
Tel.: 02631 343436

NEKIS Neuwieder Kontakt- und Informationsstelle

Herr Jens Arbeiter
Im Gesundheitsamt
Ringstraße 70
56564 Neuwied
Tel.: 02631 803-797
E-Mail: nekis.caritas@kreis-neuwied.de
Homepage: www.nekis.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Kinderschutzdienst

Hauptstr. 76
53557 Bad Honningen Tel.: 02635 6069
E-Mail: kinderschutzdienst@htz-neuwied.de
Homepage: www.htz-neuwied.de

Deutscher Kinderschutzbund

Kreisverband Neuwied e.V.
Heddesdorfer Str. 78
56564 Neuwied
Tel.: 02631 28521
E-Mail: info@kinderschutzbund-neuwied.de
Homepage: www.kinderschutzbund-neuwied.de

Johanniter Tagesgruppe für Kinder- und Jugendliche

Am Carmen-Sylva-Garten 10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3945-0
E-Mail: info@johanniter-tagesgruppe.de
Homepage: www.johanniter-tagesgruppe.de

Institut für schulische Fortbildung und schulpsychologische Beratung

des Landes Rheinland-Pfalz
Beratungszentrum Koblenz
Sachsenring 16
56068 Koblenz
Tel.: 0261 37850
E-Mail: schulpsychb.koblenz@pl.rlp.de
Homepage: www.schulpsychologie.de

Über die genannten Adressen und Ansprechpartner hinaus gibt es eine Vielzahl von komplementären Beratungs- und Hilfseinrichtungen im Landkreis Neuwied. Diesbezüglich wird auf den Beratungsführer verwiesen, der über den Psychiatriekoordinator des Landkreises erstellt wurde: www.beratung-neuwied.de.

STADT PIRMASENS

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Stadtverwaltung Pirmasens

Gemeinsame Koordinierungsstelle für Psychiatrie
der Städte Pirmasens/Zweibrücken und
des Landkreises Südwestpfalz

Herr Bernhard Kaduk

Maler-Bürkel-Straße 33

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 877-161

E-Mail: bernhardkaduk@pirmasens.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung

Jugendamt

Leitung: Herr Jan Kardaus

Maler-Bürkel-Straße 33

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 877-0

E-Mail: jankardaus@pirmasens.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Diakoniezentrum Pirmasens

Waisenhausstraße 1

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 522-0

Fax: 06331 522-191

E-Mail: info@diakoniezentrum-ps.de

Caritas Zentrum Pirmasens

Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung

Klosterstr. 9a

66953 Pirmasens

Tel.: 06331 2740-33

Fax: 06331 2740-39

E-Mail: caritas-zentrum.pirmasens@caritas-speyer.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

REHA Westpfalz im GfMB GmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum mit Frühförderung

Außenstelle Pirmasens

Roland-Betsch-Str. 1a

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 239280

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100

76889 Klingenmünster

Tel.: 06349 900-3001

Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899

Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899

E-Mail: info@pfalzinstitut.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Klosterstraße 1a

66953 Pirmasens

Tel.: 06331 14408-3400

E-Mail: iap-ps@pfalzkrankenhaus.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

WEITERE ANGEBOTE

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Adam-Müller-Straße 39

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 91477

Fax: 06331 698401

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPEN ELTERN

KISS Pfalz

Außenstelle Pirmasens

c/o Kreisverwaltung Südwestpfalz

Gesundheitsamt U156

Unterer Sommerwaldweg 40–42

66953 Pirmasens

Tel.: 06331 809-333

E-Mail: frisch@kiss-pfalz.de

Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-pfalz

RHEIN-HUNSRÜCK-KREIS

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises

Fachbereich 23

Ludwigstraße 3–5

55469 Simmern

Ansprechpartner: Frau Altmaier

Tel.: 06761 82447

E-Mail: martina.altmaier@rheinhunsrueck.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung des Rhein-Hunsrück-Kreises

Fachbereich 25

Soziale Dienste des Jugendamtes

Ludwigstraße 35

55469 Simmern

Leitung Jugendamt: Herr Gutenberger

Tel.: 06761 82-500

E-Mail: michael.gutenberger@rheinhunsrueck.de

Leitung Soziale Dienste des Jugendamtes: Herr Stemann

Tel.: 06761 82-545

E-Mail: wolfgang.stemann@rheinhunsrueck.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle

Bistum Trier

Gerbereistraße 4

55469 Simmern

Tel.: 06761 4344

E-Mail: lb.simmern@t-online.de

Ehe- Familien- u. Lebensberatungsstelle

– Außenstelle –

Kirchenkreise Simmern-Trarbach und Trier

Am Osterrech 5

55481 Kirchberg

Tel.: 06763 93200

E-Mail: self.wolf@diakoniehilft.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Sozialpädiatrisches Zentrum

kreuznacher diakonie

Bereichsstelle Rhein-Hunsrück

Auf dem Schmiedel 22

55469 Nannhausen

Tel.: 06761 6061

Homepage: www.kreuznacherdiakonie.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Stationäre Klinik

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1604
E-Mail: kjp@rheinhausen-fachklinik-alzey.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

Kinderneurologische Station

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1660
E-Mail: station6@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik.de

Institutsambulanz

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731 50-1650
E-Mail: kjpia@rfk.landeskrankenhaus.de
Homepage: www.rheinhausen-fachklinik-alzey.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

KISS Mainz

Leitung Frau Gerhardt
Jockel-Fuchs-Platz 1
55116 Mainz
Tel.: 06131 210772
E-Mail: kiss.mfz@gmx.de
Christiane.gerhardt@kiss-mainz.de
Homepage: www.kiss-mainz.de

Interessierte Eltern können sich an folgende Adresse wenden, um Informationen zur gewünschten Selbsthilfegruppe zu erhalten:

Kreisverwaltung

Gesundheitsamt Simmern
Ansprechpartnerin: Frau Hellwig
Hüllstraße 13
55469 Simmern
Tel.: 06761 82-703

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Ev. Jugend- und Suchtberatungsstelle e.V.

Römerberg 3
55469 Simmern
Ansprechpartner: Herr Jakobi
Tel.: 06761 6940
E-Mail: EBS-Simmern@t-online.de

Sucht- und Drogenberatung

Caritasverband für die Region
Rhein-Hunsrück-Nahe e.V.
Bahnhofstraße 1
55469 Simmern
Ansprechpartner: Herr May
Tel.: 06761 919670
E-Mail: info@caritas-simmern.de

Sucht- und Drogenberatung

Caritasverband für die Region
Rhein-Hunsrück-Nahe e.V.
Marienberger Straße 1
56154 Boppard
Ansprechpartner: Herr Siemen
Tel.: 06742 87860
E-Mail: info@caritas-boppard.de

Allgemeine Sozialberatung

Caritasverband für die Region
Rhein-Hunsrück-Nahe e.V.
Bahnhofstraße 1
55469 Simmern
Tel.: 06761 919670
E-Mail: info@caritas-simmern.de

Allgemeine Sozialberatung

Caritasverband für die Region
Rhein-Hunsrück-Nahe e.V.
Marienberger Straße 1
56154 Boppard
Tel.: 06742 87860
E-Mail: info@caritas-boppard.de

RHEIN-LAHN-KREIS

PSYCHIATRIEKOORDINATION**Kreisverwaltung des Rhein-Lahn-Kreises**

Fachcontrolling Soziales und Jugend
Frau Claudia Müß
Insel Silberau 1
56130 Bad Ems
Tel.: 02603 972-205

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG**Kreisverwaltung Rhein-Lahn-Kreis**

Jugendamt
Leiterin: Frau Beate Mies
Insel Silberau 1
56130 Bad Ems
Tel.: 02603 972-0 oder -238
Fax: 02603 199
E-Mail: beate.mies@rhein-lahn.rlp.de
Homepage: www.rhein-lahn-kreis.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG**Familienberatung Lahnstein****Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatung**

Caritasverband Westerwald-Rhein-Lahn e.V.
Gutenbergstraße 8
56112 Lahnstein
Tel.: 02621 9208-60
E-Mail: familienberatung-rl@cv-ww-rl.de
Homepage: www.cv-ww-rl.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

**Heilpädagogisch-Therapeutisches
Zentrum gGmbH**
Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 96560

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Vitos Klinik Rheinhöhe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Stationäre Klinik, Institutsambulanz
Kloster-Eberbach-Straße 4
65346 Eltville
Tel.: 06123 602-460
E-Mail: ambulanz-kjp.eltville@vitos-rheingau.de
Homepage: www.vitos-rheingau.de

Institutsambulanz
Vitos kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz Idstein
Robert-Koch-Str. 2
65510 Idstein
Tel.: 06126 9959-900
Fax: 06126 9959-909
E-Mail: ambulanz-kjp.idstein@vitos-rheingau.de
Homepage: www.vitos-rheingau.de

Johanniter GmbH
Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Tagesklinik
Am Carmen-Sylva-Garten 6-10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3944 0
Fax: 02631 3944 944
E-Mail: verwaltung@nr.johanniter-kliniken.de
Homepage: www.johanniter.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

WeKISS
Paritätisches Zentrum
Marktplatz 6
D-56457 Westerburg
Tel.: 02663/2540
Fax: 02663/2667
E-Mail: info@wekiss.de
Homepage: <https://www.selbsthilfe-rlp.de/wekiss>

WEITERE ANGEBOTE

Kinderschutzdienst Rhein-Lahn

Caritasverband
Westerwald-Rhein-Lahn e.V.
Gutenbergstraße 8
56112 Lahnstein
Tel.: 02621 9208-67 oder -68
Fax: 02621 920892
E-Mail: kinderschutzdienst.rl@cv-ww-rl.de

Diakonisches Werk Rhein-Lahn

Jugendberatungsstelle / Jugendmigrationsdienst
Beate Schmitt
Am Alten Rathaus 1
56130 Bad Ems
Tel.: 02603 9623-30
E-Mail: dwbadems@t-online.de

Kontaktladen "Komm'ma"

der Jugend- und Drogenberatung Limburg e.V.
Konrad-Kurzbald-Str. 3
65549 Limburg
Tel.: 06431 22163-10
E-Mail: kontaktladen@judro-limburg.de

Jugend- und Drogenberatung, Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe

Caritas Verband Koblenz e.V.
Rizzastr. 14
56068 Koblenz
Tel.: 0261 667570
E-Mail: zas_koblenz@caritas-koblenz.de

Ansprechpartner für Schulsozialarbeit und Suchtprävention:

Kreisverwaltung Rhein-Lahn
Jugendamt, Team Jugendschutz/Jugendpflege
Karl-Heinz Schreiber und Uwe Zissener
Insel Silberau 1
56130 Bad Ems
Tel.: 02503 972-239 oder -539
E-Mail: uwe.zissener@rhein-lahn.rlp.de
karl-heinz.schreiber@rhein-lahn.rlp.de

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Luisenstraße 1–3
56068 Koblenz
Tel.: 0261 37850
E-Mail: schulpschb.koblenz@ifb.bildung-rp.de

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohter Kinder und Jugendliche

Kreisverwaltung Rhein-Lahn, Jugendamt
Wolfgang Jüngels und Anna Gesenhoff
Tel.: 02603 972-228 oder -337
E-Mail: wolfgang.juengels@rhein-lahn.rlp.de,
anna.gesenhoff@rhein-lahn.rlp.de

RHEIN-PFALZ-KREIS

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie des Rhein-Pfalz-Kreises

Herr Dennis Tamke
Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis
Europaplatz 5
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 5909-280
E-Mail: Dennis.Tamke@kv-rpk.de
Homepage: www.kv-rpk.de,
www.hilfenfuerpsychischkranke.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis Abteilung 5: Jugend, Eingliederungshilfen

Leitung: Herr Thomas Baader
Europaplatz 5
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 5909-114
E-Mail: thomas.baader@kv-rpk.de
Homepage: www.kv-rpk.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Rhein-Pfalz-Kreis

Stadtverwaltung Ludwigshafen am Rhein

Jugendförderung und Erziehungsberatung

Leitung: Frau Sabine Heilighenthal

Westendstraße 17

67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 504-2865

E-Mail: sabine.heilighenthal@ludwigshafen.de

Rhein-Pfalz-Kreis Nord

Beratungsstelle für Eltern,

Kinder und Jugendliche des Diakonischen Werkes

Bahnhofstraße 38

67227 Frankenthal

Tel.: 06233 29253

E-Mail: erziehungsberatung-frankenthal@diakonie-pfalz.de

Homepage: www.diakonie-pfalz.de

Rhein-Pfalz-Kreis Süd

Haus der Diakonie

Ludwigstraße 30

67346 Speyer

Tel.: 06232 664180

Rhein-Pfalz-Kreis Mitte

Haus der Diakonie

Feuerbachstraße 2

67117 Limburgerhof

Tel.: 06236 8065

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Kinderzentrum Ludwigshafen

Sozialpädiatrisches Zentrum mit Frühförderung
Karl-Lochner-Straße 8
67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621 67005-128
E-Mail: spz@kinderzentrum-ludwigshafen.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Nördlicher Teil des Landkreises

*(Verbandsgemeinden Dannstadt-Schauernheim, Lambsheim-Heßheim,
Maxdorf und Gemeinden Altrip, Bobenheim-Roxheim, Limburgerhof,
Mutterstadt, Neuhofen):*

St. Annastifts Krankenhaus

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Vollstationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen
Tel.: 0621 5702-4222 (Sekretariat)
oder 0621 5702-4218 (Institutsambulanz)
E-Mail: kjp@st-annastifts Krankenhaus.de
Homepage: www.st-marienkrankenhaus.de

Südlicher Teil des Landkreises

*(Verbandsgemeinde Römerberg-Dudenhofen und Gemeinden Böhl-
Iggelheim, Schifferstadt, Otterstadt, Waldsee):*

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzklunikums (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Otto-Mayer-Straße 1
67346 Speyer
Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460
E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzklunikum.de oder
petra.leick@pfalzklunikum.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

ADHS Rhein-Neckar-Pfalz e.V.

Postfach 210164
67001 Ludwigshafen
1. Vorsitzender Herr Claus Staudter
Breite Straße 96
67067 Ludwigshafen

**SeHT e.V. Selbständigenhilfe bei
Teilleistungsschwächen & AD (H)S**
Kreisvereinigung Ludwigshafen Vorderpfalz
Frau Heidi Steinert
Dalbergerstraße 100
67122 Altrip
Tel.: 06236 39142
E-Mail: sehtlu@gmx.net
Homepage: www.sehtlu.de

WEITERE ANGEBOTE

**Deutscher Kinderschutzbund
Rhein-Pfalz-Kreis e.V.**
Rehbachstraße 4
67105 Schifferstadt
Tel.: 06235 98282
E-Mail: info@dksb-rpk.de

Kinderschutzdienst
Caritas – Kinderschutzdienst Rhein-Pfalz-Kreis
& Stadt Speyer
Ludwigstraße 43
67346 Speyer
Tel.: 06232 100144
E-Mail: kinderschutzdienst.speyer@caritas-speyer.de
Homepage: www.caritas-zentrum-speyer.de

STADT SPEYER

PSYCHIATRIEKOORDINATION

**Koordinierungsstelle für
Psychiatrie der Stadt Speyer**
Frau Ulrike Stoll
Fachbereich für Jugend, Familie, Senioren,
Soziales, Bildung und Sport
Johannesstraße 22a
67346 Speyer
Tel.: 06232 142411
E-Mail: ulrike.stoll@stadt-speyer.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Speyer
Leitung des Sozialen Dienstes:
Frau Jutta Schneider
Tel.: 06232 14-2435
E-Mail: jutta.schneider@stadt-speyer.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Koordination Frühe Hilfen
Frau Doris Münster
Tel.: 06232 29667-20
E-Mail: doris.muenster@stadt-speyer.de

**Erziehungs- und Familienberatung
im Haus der Diakonie**

Ludwigstraße 30
67346 Speyer
Tel.: 06232 919499-0
Leitung: Alina Kopetzki

Erziehungs-, Ehe und Lebensberatung

Burgstraße 3
67346 Speyer
Tel.: 06232 209112
E-Mail: eel.speyer@caritas-speyer.de
Homepage: www.beratung-caritas.de
Leitung: Pascal Thümling
Homepage: www.caritas-zentrum-speyer.de

**NIDRO I – Jugend und Suchtberatung
und Behandlungsstelle Speyer**

Heydenreichstraße 6
67346 Speyer
Tel.: 06232 26047
E-Mail: info-nidro-speyer@ludwigsmuehle.de

**Frauen- und Mädchen Notruf Speyer
Beratungs- und Fachstelle bei sexualisierter Gewalt**

Kleine Pfaffengasse 28
67346 Speyer
Tel.: 06232 28833
E-Mail: frauennotruf-speyer@t-online.de

**Sozialpsychiatrischer Dienst
der Kreisverwaltung des Rhein-Pfalz-Kreises**

Europaplatz 5
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 5909-280/-281
Abteilungsleitung: Heribert Werner

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

**Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinderzentrum Ludwigshafen**

Karl-Lochner-Straße 8
67071 Ludwigshafen
Tel.: 0621 67005128
Leitung: Dr. Irmgard Treiss
E-Mail: spz@kinderzentrum-ludwigshafen.de
Homepage: www.kinderzentrum-ludwigshafen.de

Außenstelle Speyer

Städt. Integrative Kindertagesstätte "Pustebume"
Birkenweg 61
67346 Speyer
Tel.: 06232 34527

**NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN
UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO-
THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN**

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100

76889 Klingenmünster

Tel.: 06349 900-3001

Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899

Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899

E-Mail: info@pfalzinstitut.de

Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Otto-Mayer-Straße 1

67346 Speyer

Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460

E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkrankenhaus.de oder
petra.leick@pfalzkrankenhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Interdisziplinäres Netzwerk Autismus

Obere Langgasse 2

67346 Speyer

Standort Zweibrücken

Tel.: 06332 56801214

Standort Herxheim

Tel.: 07276 970-170/-171

Leitung: Bernd Krämer

E-Mail: autismus@cbs-speyer.de

AG Seelische Erkrankungen

rund um die Geburt

Frühe Hilfen Speyer

Kontakt: Doris Münster

Tel.: 06232 29667-20

WEITERE ANGEBOTE

SeHT, Selbständigkeitshilfe

bei Teilleistungsschwäche

Kontakt: Frai Inge Bellmann

Tel.: 06232 35372

E-Mail: i.bellmann@gmx.de

Nummer gegen Kummer –

Kinder und Jugendtelefon

Kinderschutzbund Speyer

Tel.: 0800 1110333

Montags bis samstags von 14.00–20.00 Uhr

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Ein „Speyerer Wegweiser für Eltern“ mit weiteren Adressen rund ums Kind sind über K.E.K.S. e.V. oder das Jugendamt der Stadt Speyer erhältlich. Weitere wichtige Informationen und Hinweise zu Beratungsstellen in Speyer finden Sie auch auf der Homepage des Kinderschutzbundes www.kinderschutzbund-speyer.de

LANDKREIS SÜDLICHE WEINSTRASSE

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Arzheimer Straße 1
76829 Landau
Tel.: 06341 940-617
E-Mail: hermann-josef.schwarz@suedliche-weinstrasse.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung
Südliche Weinstraße
Jugendamt
An der Kreuzmühle 2
76829 Landau
Leitung: Herr Peter Lerch
Tel.: 06341 940-0, 06341 940-462
Fax: 06341 940-514
E-Mail: peter.lerch@suedliche-weinstrasse.de
Homepage: www.suedliche-weinstrasse.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Frühförderzentrum St. Paulusstift
Sozialpädiatrisches Zentrum
Queichheimer Hauptstraße 235
76829 Landau-Queichheim
Tel.: 06341 599124

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Klosterstraße 1a
66953 Pirmasens
Tel.: 06331 14408-3400
E-Mail: iap-ps@pfalzkrlinikum.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Albert-Schweitzer-Straße 62
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 5349-3900
E-Mail: iap-kl@pfalzinsitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz
Otto-Mayer-Straße 1
67346 Speyer
Tel.: 06232 10063-3450 oder -3460
E-Mail (Sekretariat): nadine.zimmermann@pfalzkrlinikum.de oder
petra.leick@pfalzkrlinikum.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Verein zur Bewegungsförderung
Psychomotorik e.V.
Blumgasse 3
76829 Landau
Tel.: 06341 930026
E-Mail: verein.zur@bewegungsfoerderung.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

KISS Pfalz
Selbsthilfetreff Pfalz e.V.
Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe
Im Gesundheitshof Edesheim
Speyerer Straße 10
67483 Edesheim
Tel.: 06323 989924
E-Mail: selbsthilfetreff.pfalz@t-online.de
Homepage: www.kiss-pfalz.de

LANDKREIS SÜDWESTPFALZ

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Stadtverwaltung Pirmasens

Gemeinsame Koordinierungsstelle für Psychiatrie
der Städte Pirmasens/Zweibrücken und
des Landkreises Südwestpfalz

Herr Bernhard Kaduk

Maler-Bürkel-Straße 33

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 877-161

E-Mail: berhardkaduk@pirmasens.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Südwestpfalz

Jugendamt

Unterer Sommerwaldweg 40

66953 Pirmasens

Leitung: Frau Anette Eger

Tel.: 06331 809-0, 809-116

Fax: 06331 809-276

E-Mail: a.eger@lksuedwestpfalz.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Caritasverband

Psychologische Beratungsstelle

für Erziehungsfragen

Kosterstraße 9a

66953 Pirmasens

Tel.: 06331 274030

E-Mail: erziehungsberatungsstelle.pirmasens@caritas-speyer.de

Diakonisches Werk

Beratungsstelle für Eltern,

Kinder und Jugendliche

Waisenhausstraße 5

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 2236-0

E-Mail: h-d-diakonie-ps@diakonie-pfalz.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Reha-Westpfalz

Sozialpädiatrisches Zentrum

Landstuhl

Langwiedener Straße 12

66849 Landstuhl

Tel.: 06371 934-131

E-Mail: anmeldung1@gemeinschaftswerk.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzkrlinikum AdöR

Institutsambulanz der Tagesklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Klosterstr. 1a
66953 Pirmasens
Tel.: 06331 14408-3400
E-Mail: iap-ps@pfalzkrlinikum.de
Homepage: www.pfalzkrlinikum.de

Pfalzkrlinikum AdöR

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik (PI)
Chefarzt Dr. Michael Brünger
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
E-Mail: info@pfalzkrlinikum.de
Homepage: www.pfalzkrlinikum.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Ergotherapie:

Frau Diana Edrich
Tannstraße 18
Tel.: 06391 8669402

Herr Matthias Paul
Hauensteiner Straße 17
66994 Dahn
Tel.: 06391 5558
E-Mail: info@ergotherapie-paul-dahn.de

Frau Angela Konietzko
Weißenburgerstraße 8
66994 Dahn
Tel.: 06391 993183
E-Mail: ergotherapie@praxis-konietzko.de

Logopädie:

Logopädie ABC

Logopädische Praxis
Marc Dornbusch / Stefanie Lenz
Im Ärztehaus
Im Eichenwäldchen 27-31
67714 Waldfischbach-Burgalben
Tel.: 06333 993329
E-Mail: logo-dornbusch@web.de

LANDKREIS TRIER-SAARBURG

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Frau Nadja Adams
Kreisverwaltung Trier-Saarburg
Willy-Brandt-Platz 1
54290 Trier
Tel.: 0651 715-468
E-Mail: leitstelle-familie@trier-saarburg.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Trier-Saarburg

Jugendamt
Willy-Brandt-Platz 1
54290 Trier
Leiter: Andreas Beiling
Tel.: 0651 715-271
E-Mail: jugendamt@trier-saarburg.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Lebensberatung Hermeskeil

Erziehungs-, Ehe-, Familien und
Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Hirtenweg 2a
54411 Hermeskeil
Tel.: 06503 6031 und 6032
E-Mail: lb.hermeskeil@bistum-trier.de
Homepage: www.lebensberatung.bistum-trier.de

Lebensberatung Saarburg

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Brückenstraße 11-13
54439 Saarburg
Tel.: 06581 2097
E-Mail: lb.saarburg@bistum-trier.de
Homepage: www.lebensberatung.bistum-trier.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Gemeinnützige Kinderfrühförderung und Elternberatung

Trierer Straße 42
54411 Hermeskeil
Tel.: 06503 98185-0

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier

Sozialpädiatrisches Zentrum
Luxemburger Straße 144
54294 Trier
Tel.: 0651 8286110

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Klinikum

Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Kinder- und Jugendpsychiatrie Trier
Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Feldstraße 16
54290 Trier
Tel.: 0651 947-3340
E-Mail: sarah.nohl@mutterhaus.de
Homepage: www.mutterhaus.de

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Jugendhilfezentrum

Don Bosco Helenenberg
Puricelli Strasse
54298 Welschbillig
Tel.: 06506 899-0
E-Mail: info@helenenberg.de

cusanus trärgesellschaft trier mbH

Jugendhilfezentrum Haus am Wehrborn
54298 Aach
Tel.: 0651 8244-0
E-Mail: heinrich@wehrborn.de
Homepage: www.wehrborn.de

Spechtmühle

Intensiv- und Therapiegruppe
54317 Lorscheid
Tel.: 06500 910381

BETREUTES WOHNEN / EINZELBETREUUNG

Spechtmühle

54317 Lorscheid
Tel.: 06500 910381

BETREUTES WOHNEN FÜR JUGENDLICHE

Caritas Trägergesellschaft Trier e.V.

Haus am Wehrborn
54298 Aach
Tel.: 0651 8244-0
E-Mail: heinrich@wehrborn.de
Homepage: www.wehrborn.de

Tagesgruppe in Hermeskeil:

Caritas Trägergesellschaft Trier e.V.

Haus am Wehrborn
Koblenzer Straße 20
54411 Hermeskeil
Tel.: 06503 994304

Wohngruppe für schwerst traumatisierte Mädchen

Caritas Trägergesellschaft Trier e.V.

Haus am Wehrborn
54298 Aach
Tel.: 0651 8244-0
E-Mail: heinrich@wehrborn.de
Homepage: www.wehrborn.de

STADT TRIER

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kommunale Leitstelle psychische Gesundheit Gemeindenaher psychiatrischer Versorgung

Frau Bettina Mann
Rathaus, Am Augustinerhof
Verwaltungsgebäude II
Büro: Bollwerkstraße 6
54290 Trier
Tel.: 0651 718-3547
Fax: 0651 718-193547
E-Mail: bettina.mann@trier.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Trier

Jugendamt
Leitung: Herr Carsten Lang
Rathaus
Am Augustinerhof
Postfach 3470
54224 Trier
Tel.: 0651 718-0
E-Mail: carsten.lang@trier.de
Homepage: www.trier.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Schulpsychologisches Beratungszentrum Trier

Metternichstr. 28
54292 Trier
Tel.: 0651 200621-20
Fax: 0651 200621-40
E-Mail: schulpsychb.trier@pl.rlp.de

Lebensberatung Trier

Kochstraße 2
54290 Trier
Tel.: 0651 75885

„Die Tür“ – Suchtberatung Trier e.V.

Oerenstraße 15
54290 Trier
Tel.: 0651 170360
Homepage: www.die-tuer-trier.de

Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Palais e.V.

Christophstraße 1
54290 Trier
Tel.: 0651 700161

Familien-, Paar- und Lebensberatung

Bürgerhaus Trier-Nord
Franz-Georg-Straße 36
54292 Trier
Tel.: 0651 91820-15

Haus der Beratung

Caritasverband für die Region Trier e.V.
Petrusstraße 28
54292 Trier
Tel.: 0651 2096-202

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle

des Club Aktiv
Schützenstraße 20
54290 Trier
Tel.: 0651 97859-130 oder 131
E-Mail: info@clubaktiv.de

**Allgemeine soziale Beratung,
Sucht-, Schuldner- und Schwangerenberatung**

Diakonisches Werk des
Ev. Kirchenkreises Trier und Simmern-Trarbach
Theobaldstraße 10
54292 Trier
Tel.: 0651 2090050

**Partnerschaft-, Familien- und Lebensberatung
der Gesellschaft für psych. Und soziale Dienste (GPSD)**

Saarstraße 51-53
54290 Trier
Tel.: 0651 9760830

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM**Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier**

Sozialpädiatrisches Zentrum
Luxemburger Straße 144
54294 Trier
Tel.: 0651 8286110

**NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN
UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO-
THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN**

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**Klinikum****Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH**

Kinder- und Jugendpsychiatrie Trier
Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Feldstraße 16
54290 Trier
Tel.: 0651 947-3340
E-Mail: sarah.nohl@mutterhaus.de
Homepage: www.mutterhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN**Psychiatrie-Erfahrene**

Kontaktstätte „Alte Schmiede“
Petrusstraße 22
54292 Trier
Tel.: 0651 24848

Trierer Gesprächskreis für seelische Probleme

Raphaelshaus
Peter-Friedhofen-Straße 31
54292 Trier
Tel.: 0651 1707967

Selbsthilfegruppe „Bipolare Störung“

Treffzeiten und Ort zu erfragen über:

SEKIS – Selbsthilfe Kontakt- und

Informationsstelle Trier e.V.

Tel.: 0651 141180

Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/sekis-trier

Angehörigen-Initiative für psychisch Erkrankte

Im Bürgerhaus Trier Nord

Franz-Georg-Straße 36

54292 Trier

Tel.: 0651 28492 oder 06578867

Homepage: www.lapk-rlp.de/info/landesverband/

Angehörigengruppe im Klinikum

Mutterhaus der Borromäerinnen

Abteilung für Psychiatrie – Haus K

Feldstraße 16

54290 Trier

Tel.: 0651 947-3235 oder 3238

SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN / BEHINDERUNGEN

Kindergruppe „Auryn“ Trier e.V.

Hilfe für Kinder- und Jugendliche

Walramsneustraße 8

54290 Trier

Tel.: 0651 9926196

E-Mail: auryn-trier@gmx.net

Homepage: www.auryn.trier.de

Fachstelle „Lichtblick“ für Kinder

Aus suchtkranken Familien

Kinderschutzbund Trier

Fahrstraße 12

54290 Trier

Tel.: 0651 9120593

Homepage: www.kinderschutzbund-trier.de

Villa Kunterbunt e.V.

Feldstraße 16

54290 Trier

Tel.: 0651 947-3040

Autismus-Therapie-Ambulanz gGmbH

Medardstraße 4

54294 Trier

Tel.: 0651 9985120

Michael-Therapeutikum

Zum Römersprudel 61

54294 Trier

Tel.: 0651 9946809

Institut für pädagogische Therapie

Brotstraße 33

54290 Trier

Tel.: 0651 75975

Johanniter Unfallhilfe RV Trier Mosel

Jugendhilfe

Loebstraße 15

54292 Trier

Tel.: 0651 27090-13

PTE Trier

Pädagogisch Therapeutische Einrichtung
Ekatarina Zacharias
Bahnhofstraße 28
54290 Trier
Tel.: 0651 4367779

Die Lernbrücke

Lerntherapeutische Praxis
Elke Nettekoven
Hermesstraße 17
54295 Trier
Tel.: 0651 9372680

*Heime und Wohngruppen:***Geso-Kuckuckshaus**

Ruwererstraße 32 a
54292 Trier
Tel.: 0651 9950034

Geso-Jungenhaus

Ruwererstraße 41
54292 Trier
Tel.: 0651 9950090

Kinderheim Ruländer Hof

Hieronymus-Jaegen-Straße 1
54290 Trier
Tel.: 0651 945-1246

Annastift Trier gGmbH

Krahnenstraße 32
54290 Trier
Tel.: 0651 94960

Annastift Trier gGmbH

Haus „Maria Goretti“
Krankenufer 23
54290 Trier
Tel.: 0651 9496150

LANDKREIS VULKANEIFEL

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung Vulkaneifel

Abteilung Gesundheit

Herr Dr. med. Volker Schneiders

Frau Dipl. Soz.-Päd. Gaby Pfeffer

Koordinierungsstelle für Psychiatrie

Postfach 12 20

54550 Daun

Tel.: 06592 933-409

E-Mail: volker.schneiders@vulkaneifel.de,

gaby.pfeffer@vulkaneifel.de

Homepage: www.vulkaneifel.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Vulkaneifel

Abteilung Jugend

Leitung: Herr Bruno Willems

Postfach 12 20

54550 Daun

Tel.: 06592 933-265

E-Mail: bruno.willems@vulkaneifel.de

Homepage: www.vulkaneifel.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Lebensberatung Gerolstein

Erziehungs-, Ehe, Familien- und

Lebensberatung des Bistums Trier

Leitung: Frau Monika Neumann

Kasselburger Weg 4

54568 Gerolstein

Tel.: 06591 4153

E-Mail: lb.gerolstein@bistum-trier.de

Homepage: www.lebensberatung.info

Caritasverband Westeifel e.V.

Dienststelle Daun

Mehrener Straße 1

54550 Daun

Tel.: 06592 9573-0

E-Mail: caritasverband@daun.caritas-westeifel.de

Homepage: www.caritas-westeifel.de

Caritasverband Westeifel e.V.

Geschäftsstelle Gerolstein

Alter Marktplatz 2

54568 Gerolstein

Tel.: 06591 94920-0

E-Mail: caritasverband@caritas-westeifel.de

Homepage: www.caritas-westeifel.de

Caritasverband Westeifel e.V.

Dienststelle Prüm

Kalvarienbergstraße 1

54595 Prüm

Tel.: 06551 97109-0

E-Mail: caritasverband@pruem.caritas-westeifel.de

Homepage: www.caritas-westeifel.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier

Sozialpädiatrisches Zentrum

Außenstelle Daun

Trierer Straße 13

54550 Daun

Tel.: 06592 17303-0

E-Mail: kontakt@spz-trier.de

Homepage: www.spz-trier.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Klinikum

Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Kinder- und Jugendpsychiatrie Trier

Stationäre Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz

Feldstraße 16

54290 Trier

Tel.: 0651 947-3340

E-Mail: sarah.nohl@mutterhaus.de

Homepage: www.mutterhaus.de

DRK Tagesklinik Daun

Rosenbergstr. 6

54550 Daun

Tel.: 06592 95884-0

E-Mail: info@drk-tk-daun.de

Homepage: www.drk-fk-daun.de

DRK-Fachklinik Bad Neuenahr

für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik

Lindenstr. 3-4

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641 754-0

E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de

Homepage: www.drk-fk-badneuenahr.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

SEKIS

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e.V.

Gartenfeldstraße 22

54295 Trier

Tel.: 0651 141180

E-Mail: kontakt@sekis-trier.de

Homepage: www.sekis-trier.de

**SPEZIFISCHE ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
MIT BESONDEREN SEELISCHEN SCHWIERIGKEITEN / ERKRANKUNGEN /
BEHINDERUNGEN**

Autismus Therapiezentrum Trier gGmbH

Betriebsstätte Daun

Alter Neunkirchener Weg 1b

54550 Daun

Tel.: 0651 60344141 (Zentrale Verwaltung, Trier-Ehrang)

E-Mail: info@autismus-trier.de

Homepage: www.autismus-trier.de

WEITERE ANGEBOTE

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Brunnenstraße 16

54568 Gerolstein

Tel.: 06591 98430

E-Mail: spbz.gerolstein@pl.rlp.de

Caritasverband Westeifel e.V.

Kinderschutzdienst

Frau Karin Knötgen

Mehrener-Straße 1

54550 Daun

Tel.: 06592 9573-0

E-Mail: k.knoetgen@caritas-westeifel.de

Homepage: www.caritas-westeifel.de

WESTERWALDKREIS

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Kreisverwaltung des Westerwaldkreises

Frau Stefanie Moch

Psychiatriekoordination des Westerwaldkreises

Abt. 4 – Soziales –

Peter-Altmeier-Platz 1

56410 Montabaur

Tel.: 02602 124-424

E-Mail: stefanie.moch@westerwaldkreis.de

Homepage: www.westerwaldkreis.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Kreisverwaltung Westerwaldkreis

Abt. 5 – Jugend und Familie

Peter-Altmeier-Platz 1

56410 Montabaur

Tel.: 02602-124-0

02602-250

Homepage: www.westerwaldkreis.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Caritasverband für den Bezirk Westerwald e.V.

Familienberatungsstelle

Philiph-Gehling-Straße 4

56410 Montabaur

Tel.: 02602 160622

Homepage: www.caritas-westerwald-rhein-lahn.de

Diakonisches Werk im Westerwaldkreis

Psychologische Beratungsstelle
Hergenrother Straße 2
56457 Westerburg
Tel.: 02663 9430-0
Homepage: www.diakonie-westerwald.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM**Heilpädagogisch-Therapeutisches****Zentrum gGmbH**

Beverwijker Ring 2
56564 Neuwied
Tel.: 02631 965629
Homepage: www.htz-neuwied.de

**NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN
UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO-
THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN**

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**DRK-Klinikum Westerwald**

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Leutzbacher Weg 21
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 88-600
Homepage: www.drk-kh-altenkirchen.de

Vitos Klinik Rehberg

Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Austr. 40
35745 Herborn
Tel.: 02772 504-0
E-Mail: info@vitos-herborn.de
Homepage: www.vitos-herborn.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN**WeKISS**

Paritätisches Zentrum
Marktplatz 6
D-56457 Westerburg
Tel.: 02663/2540
Fax: 02663/2667
E-Mail: info@wekiss.de

WEITERE ANGEBOTE**Kinderschutzdienst Westerwaldkreis**

Steinebacher Str. 11a
57627 Hachenburg
Tel.: 02662 9697460
E-Mail: ksd@lv-rlp.drk.de

Schulpsychologisches Beratungszentrum Hachenburg

Neumarkt 6
57627 Hachenburg
Tel.: 02662 94810

ProFamilia

Schwangerschaftskonfliktberatung,
Beratung in den Bereichen Sexualpädagogik, Sexualität und Behinderung,
Schwangerschaft und Geburt
Beratungsstelle Hachenburg
Steinweg 13
57627 Hachenburg
Tel.: 02662-945141

STADT WORMS

PSYCHIATRIEKOORDINATION**Stadtverwaltung Worms**

Koordinierungsstelle für Psychiatrie
Frau Sabine Steffens
Marktplatz 2
67547 Worms
Tel.: 06241 853-5700
E-Mail: sabine.steffens@worms.de
Homepage: www.worms.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG**Stadtverwaltung Worms**

Bereich 5 – Soziales, Jugend und Wohnen
5.05 Jugendhilfe und Soziale Dienste
Abteilungsleiter: Herr Hans-Jürgen Hauck
Schönauer Straße 2
67547 Worms
Tel.: 06241 853-5500
E-Mail: hans-juergen.hauck@worms.de
Homepage: www.worms.de

Bereichsleiterin: Frau Christine Ripier-Kramer
Tel.: 06241 853 -5000
E-Mail: christine.ripier-kramer@worms.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Stadtverwaltung Worms

5.09 – Erziehungsberatungsstelle

Herr Rainer Gruber

Synagogenplatz 2

67547 Worms

Tel.: 06241 853-5905

E-Mail: rainer.gruber@worms.de

Homepage: www.worms.de

Schulpsychologisches Beratungszentrum

Sternstraße 195

67063 Ludwigshafen

Tel.: 0621 510033

E-Mail: SchulpsychB.Ludwigshafen@pl.rlp.de

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Kinderzentrum

Karl-Lochner-Straße 8

67071 Ludwigshafen

Tel.: 0621 67005-0

E-Mail: kinderzentrum-ludwigshafen@t-online.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Stationäre Klinik

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Tel.: 06731 50-1604

E-Mail: kjp@rheinhessen-fachklinik-alzey.de

Homepage: www.rheinhessen-fachklinik-alzey.de

Kinderneurologische Station

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Tel.: 06731 50-1660

E-Mail: station6@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhessen-fachklinik.de

Institutsambulanz

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Tel.: 06731 50-1650

E-Mail: kjpia@rfk.landeskrankenhaus.de

Homepage: www.rheinhessen-fachklinik-alzey.de

Tagesklinik und Institutsambulanz für

Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie Worms

Von-Steuben-Str. 17

67549 Worms

Tel.: 06241 20478-0

E-Mail: s.foltys@rfk.landeskrankenhaus.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

EK Alzey/Worms

Selbsthilfegruppe betroffener Eltern und Angehöriger
von drogengefährdeten und drogenabhängigen Kindern
Herr Walter Zinke
Mainzer Straße 89
67547 Worms
Tel.: 06241 201378

„Zappelphilipp – Träumerkind“

Elterninitiative

ADS Regionalgruppe Juvemus e.V. Worms
Stephanie Petzold
Tel.: 06247 2428143

WEITERE ANGEBOTE

Mädchentherapiegruppe

„Starke Mädchen stark machen“
Essstörungsgruppe für Mädchen zwischen 14 und 18 Jahren
mit Essstörungen (binge eating) und Übergewicht
Psychosoziales Zentrum
Frau Heike Sohl
Renzstraße 3
67547 Worms
Tel.: 06241 2061-744
E-Mail: sohl@carits-worms.de

Therapiegruppe für Mädchen ab 16 Jahren

mit bulimischen und/oder anorektischen Essstörungen
Psychosoziales Zentrum
Frau Jutta Allgeier
Renzstraße 3
67547 Worms
Tel.: 06241 2061-731
E-Mail: allgeier@caritas-worms.de

Kompetenzagentur Worms

Marktplatz 10
67547 Worms
Tel.: 06241 853-5607, -5608
E-Mail: julia.lindemann@worms.de
volker.schaefer@worms.de

Jugend- und Drogenberatungsstelle

„Mit Jugend gegen Drogen e.V.“

Karmeliterstraße 2
67547 Worms
Tel.: 06241 78843
E-Mail: drobs.worms@t-online.de
Homepage: www.drogenberatung-worms.de

Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie

der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
Herr Bernd Emmerich
Schönauer Straße 2
67547 Worms
Tel.: 06241 853-5593
E-Mail: bernd.emmerich@worms.de
Homepage: www.worms.de

Weitere komplementäre Beratungs- und Hilfsangebote
sowie Einrichtungen und Dienste im Rahmen der Jugendhilfe
finden Sie auf der Homepage der Stadt Worms unter
www.worms.de >Mein Worms>Kinder, Jugend und Familie

STADT ZWEIBRÜCKEN

PSYCHIATRIEKOORDINATION

Stadtverwaltung Pirmasens

Gemeinsame Koordinierungsstelle für Psychiatrie
der Städte Pirmasens/Zweibrücken und
des Landkreises Südwestpfalz

Herr Bernhard Kaduk

Maler-Bürkel-Straße 33

66954 Pirmasens

Tel.: 06331 877-161

E-Mail: bernhardkaduk@pirmasens.de und
stadtverwaltung@zweibruecken.de

ZUSTÄNDIGES JUGENDAMT – LEITUNG

Stadtverwaltung Zweibrücken

Jugendamt

Leitung: Herr Jörg Klein

Pädagogische Leitung: Frau Petra Buchmann

Schillerstr. 4

66482 Zweibrücken

Tel.: 06332-871-0

06332-871-554

E-Mail: jugendamt@zweibruecken.de

Homepage: www.zweibruecken.de

AMBULANTE DIENSTE – ERZIEHUNGSBERATUNG

Erziehungsberatungsstelle

für Kinder, Jugendliche und Eltern
Poststraße 2
66482 Zweibrücken
Tel.: 06332 566-9980

ZUSTÄNDIGES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Reha Westpfalz

Herr Phieler
Am Rothenborn
66849 Landstuhl
Tel.: 06371 9340
E-Mail: info@reha-westpfalz.de
Homepage: www.reha-westpfalz.de

NIEDERGELASSENE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERINNEN UND -PSYCHIATER SOWIE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHO- THERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN

Entsprechende Adressen sind über die Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz am Patiententelefon unter 0261 39002-400 oder online
unter: www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder zu beziehen.

STATIONÄR – ZUSTÄNDIGE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
des Pfalzkrankenhauses (AdöR)

Stationäre Klinik und Institutsambulanz

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900-3001
Termine Institutsambulanz: -3800 oder -3899
Termine vor Aufnahme: -3888 oder -3899
E-Mail: info@pfalzinstitut.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Tagesklinik und Institutsambulanz

Klosterstraße 1a
66953 Pirmasens
Tel.: 06331 14408-3400
E-Mail: iap-ps@pfalzkrankenhaus.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

SELBSTHILFE – SELBSTHILFEGRUPPE ELTERN

Entsprechende Informationen können erfragt werden bei:

KISS Pfalz

Außenstelle Zweibrücken

c/o Städtisches Seniorenzentrum
Bleicherstraße 8 a
66482 Zweibrücken
Tel.: 06331 809-333
E-Mail: frisch@kiss-pfalz.de
Homepage: www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-pfalz

ANSCHRIFTEN DER KASSEN- ÄRZTLICHEN VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
– *Hauptverwaltung* –
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel.: 0 61 31 3 26-0
E-Mail: kontakt@kv-rhein Hessen.de
Homepage: www.kv-rlp.de

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
– *Regionalzentrum Koblenz* –
Emil-Schüller-Straße 14 - 16
56073 Koblenz
Tel.: 02 61 3 90 02-0
E-Mail: info@kvkoblenz.de
Homepage: www.kv-rlp.de

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
– *Regionalzentrum Pfalz* –
Maximilianstraße 22
67433 Neustadt
Tel.: 0 63 21 8 93-0
E-Mail: info@kv-pfalz.de
Homepage: www.kv-rlp.de

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
– *Regionalzentrum Trier* –
Balduinstraße 10 - 14
54290 Trier
Tel.: 06 51 46 03-0
E-Mail: info@kv-trier.de
Homepage: www.kv-rlp.de

LITERATURVERZEICHNIS

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.): S3-Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 01.07.2013 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043L_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf

Ausfelder, T.: Stark ohne Stoff. Alles über Drogen. Hamburg: Ellermann Verlag 2000

Bäumel, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Unter Mitarb. v. W. Kissling/G. Pitschel-Walz u. a., Berlin: Springer 2005

Bohus, M./Wolf, M.: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag 2011

Bolten, M./Möhler, E./Gontard, von A.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 17: Göttingen: Hogrefe Verlag 2013

Bruch, Hilde: Essstörungen - Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag 1995

Brunner, R./Resch, F.: Dissoziative und somatoforme Störungen. In: B Herpertz-Dahlmann/F. Resch/M. Schulte-Markwort/A. Warnke (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer Verlag 2008: 940-968

Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (B-UMF)/asylkoordination Österreich/Schweizerische Stiftung des Internationalen Sozialdienstes (SSI)/terre des hommes/United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)/ United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)/

Separated Children in Europe Programme (SCEP) (Hrsg.): Statement of Good Practice: Standards für den Umgang mit unbegleiteten Minderjährigen. Karlsruhe: Loeper Literaturverlag 2015

Bundesfachverband unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (B-UMF): Willkommen in Deutschland! Ein Wegweiser für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. (Aktuell in Deutsch, Englisch, Französisch, Dari, Arabisch, Vietnamesisch und Russisch verfügbar) www.b-umf.de/images/willkommen/willkommendeutsch-web.pdf

Bundesministerium für Familien und Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Schriftenreihe, Band 193. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag 2001

Chanen, A.M./Jovey, M./McCutcheon, L./Jackson, H.J./McGorry, P.D.: Borderline personality disorder in young people and prospective for prevention and early intervention. In: Current Psychiatry Reviews 2008, Nr. 4, S. 48-57

Chanen, A.M./McCutcheon, L.: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. In: British Journal of Psychiatry – Supplement, Jg. 54, 2013, S. 24-29

Chatoor, I: Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta 2012

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2017. Lengerich: Pabst Science Publishers 2017.

Deutscher Caritasverband, Referat Migration und Integration: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland: Rechtliche Vorgaben und deren Umsetzung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag 2013

Dickhaut, H.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz 1995

Dixius, A./Möhler E.: Stress – Traumasymptoms – Arousal – Regulation – Treatment. Manual zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder- und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge (mit DVD mit mehrsprachigen Vorlagen). www.STARTyourway.de.

Doctors, S.: Wenn Jugendliche sich selbst schneiden. Neuere Ansätze zum Verständnis und zur Behandlung. In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.): Adoleszenz – Bindung - Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta 2004

Eckhardt-Henn A.: Artifizielle Störung und Münchhausensyndrom: Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, Jg. 49, 1991, Nr. 3/4, S. 75-89

Egginton, J.: Es geschah Nebenan: Die unfassbaren Verbrechen einer Mutter. München: Heyne-Verlag 1993

Egle, U.T./Hoffmann, S.O./Joraschky, P.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer Verlag 1997

Ehrenreich, H. et al.: Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology* 1999, 142(3); S. 295-301).

Escher S./Romme M./Runte, I.: Die Stimmen und ich: Hilfen für jugendliche Stimmenhörer und ihre Eltern. Köln: BALANCE buch + medien Verlage 2014

Finsen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Einführung in die Therapie mit Psychopharmaka. Unter Mitarb. v. U. Hoffmann-Richter 14. Aufl., Psychiatrie-Verlag 2004

Fleischhaker, C./Sixt, B./Schulz, E.: DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Berlin: Springer-Verlag 2010

Fuhrmann, P./von Gontard, A.: Ratgeber: Depression und Angst bei Klein- und Vorschulkindern. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2015

Frank R. (Hrsg.): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 2005

Geda, F.: Im Meer schwimmen Krokodile. München: btb Verlag 2015
Gerlinghoff, M./Backmund, H.: Magersucht. München: dtv 2001

Graf, A.: Die Suppenkasperin. Frankfurt am Main: Fischer Verlag 1988

Groen, G./Ihle, W. /Ahle, M.E./Petermann, F.: Ratgeber: Traurigkeit, Rückzug, Depression – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2012

Grote, D.: Was tun bei psychosomatischen Erkrankungen? In: *Paediatr Paedolog* Jg. 49, 2014, S. 20-23

Hornbacher, M.: Alice im Hungerland. Frankfurt am Mainz: Campus Verlag 1999

Huppert R./Kienzle N.: Ratgeber Schizophrenie: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie). Göttingen: Hogrefe Verlag 2010

Huppert R./Kienzle N.: Schizophrenie (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie). Göttingen: Hogrefe Verlag 2010.

Janiak-Baluch, B./Lehmkuhl, G.: Somatoforme Symptome in der ambulanten pädiatrischen Versorgung. In: *Prax. Kinderpsych Kinderpsychiat*, Jg. 62, 2013, S. 654-669

Käsler-Heide, H.: Bitte hört, was ich nicht sage. Unter Mitarb. v. B. Nikodem. München: Kösel Verlag 2001

Kaess, M./Brunner, R.: Borderline personality disorder in adolescence. In: *Pediatrics* 2014, Nr. 134, S. 782-793.

Klitzing, von K./Döhnert, M./Kroll, M./Grube, M.: Psychische Störungen in der frühen Kindheit. In: Deutsches Ärzteblatt 112, 2015, S. 375-86

Klosinski, G.: Wenn Kinder Hand an sich legen. Beck'sche Reihe. München: Verlag C. H. Beck 1999

Kölch, M.: Komorbidität bei somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Monatsschr Kinderheilkd Jg. 160, 2012: 27-31

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (Hrsg.) Was tun beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern? Eine Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Mainz 1998

Langsdorff, M.: Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Frankfurt am Mainz: Fischer Verlag 2002

Lemanczyk, I.: (2015) Ins Paradies? Berlin: Horlemann Verlag 2015

Lenz, A.: (2012) Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Psychiatrie Verlag 2012

Lenz, A./Wiegand-Greife, S. (Hrsg.): Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher Göttingen: Hogrefe Verlag 2015

Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien 1996a

Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trainingsmanual. München: CIP-Medien 1996b

Linehan, M.M.: DBT Skills Training Manual. New York: The Guilford Press 2015

Lions Clubs International (Hrsg.): Erwachsen werden – Persönlichkeitsentfaltung von Jugendlichen. Lions-Quest-Programm für Kinder im Alter von 10-14 Jahren. 1998

Löchel, M.: Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen. In: Acta Paedopsychiatrica Jg. 31, 1984, S. 214-221, zit. In: Klosinski, G. s.o., S. 65 f.

Maslow, A.H.: Motivation und Persönlichkeit. Übersetzer: P. Kruntorad. Reinbek: rororo Taschenbuch 1981

Mattejat, F./Lisofsky, B.: Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. Köln: BALANCE buch + medien Verlage 2013

Mehlum, L., et al.: Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior. A randomized trial. In: Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry 2014 DOI: 10.1016/j.jaac.2014.07.003

Möhler, E.: Eltern-Säuglings-Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag 2013

Möller, C. (Hrsg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2005

National Center for Infants, Toddlers and Families: Diagnostische Klassifikation: 0-3. Berlin: Springer Verlag 1999

Noeker, M./Petermann, F.: Somatoforme Störungen. In: Monatsschr Kinderheilk, Jg. 158, 2008, S. 1013-1022

Orbach, I.: Kinder, die nicht leben wollen. Sammlung. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1997

Orth, B.: Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017

Orth, B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2016

Papousek, M./Schieche, M./Wurmser, H.: Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Verlag Hans Huber 2004

Peurifoy, Z.: Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfeprogramm. Bern: Verlag Hans Huber 2002

Pizzey, E.: Schrei leise. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag 1978

Rathus, J.H./Miller, A.: Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. In: Suicide and Life-Threatening Behavior 2002, Jg. 32, S. 146-157.

Rathus, J.H./Miller, A. DBT Skills Manual for Adolescents. New York: The Guilford Press 2015

Resch F./Brunner R.: Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung und Selbstbeschädigungserkrankungen. In: In: C. Eggers/ J.M. Fegert, J.M./F. Resch (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Berlin: Springer-Verlag 2004

Resch F.: Hilft Selbstverletzung dem verletzten Selbst? Zur Klinik und Psychodynamik der Automutilation bei Jugendlichen. In: Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Jg. 29, 1998, S. 71-85

Rijnaarts, J.: Lots Töchter, Berlin: Verlag Claassen 1988

Schilling D.: Hausarbeit zum Thema Ritzen-Schmerz gegen Schmerz, Ursachenverlauf, Bedeutung und Funktion von selbstverletzendem Verhalten. Universität Koblenz Landau, Abteilung Erziehungswissenschaft, Juni 2005

Schneider, S.: Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer-Verlag 2004

Schmeck K.: Kapitel 31: Störungen des Sozialverhaltens. In: C. Eggers/ J.M. Fegert, J.M./F. Resch (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Berlin: Springer-Verlag 2004, S. 849 – 873

Schone, R./Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag 2002

Simon, F.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. 10. Aufl. Heidelberg: Carl- Auer-Systeme 2004

Stauf E. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe: Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven in Rheinland-Pfalz. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. 2012

Streeck-Fischer, A.: Grenzgänger zum Umgang mit selbst- und fremddeskrutivem Verhalten der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 40, 1991, Nr. 3

Tietze, M.: Niemandskind. Roman. Meridiane Bd.65. Zürich: Ammann Verlag 2004

Vontobel, J./Baumann, A.: Auch mein Kind...? Zürich Pro Juvenile 2001

Weeber V.M./Gögercin, S.: Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe: Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell (Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis). Berlin: Springer Verlag 2015

Winter, S. et al.: Systematik somatoformer Störungen des Kindes- und Jugendalters. In: Prax. Kinderpsych Kinderpsychiat Jg. 62, 2013

WEB-LINKS

Allgemein

Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie

www.bkjpp.de

Kindernetzwerk

www.kindernetzwerk.de

Thema Essstörungen:

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

www.bzga.de

ANAD e.v. Beratungsstelle für Essstörungen

www.anad-pathways.de

Thema Selbstverletzung:

www.suizidforum.com

www.rotetraenen.de

www.rotelinien.de

www.weisselinien.de

www.selbstverletzung.com

Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge:

Bundesverbandes unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge

www.b-umf.de

AUTORENVERZEICHNIS

Name

Bergheim-Geyer, Eva, Dr. rer. nat. Dipl.-Biol.

Beruf

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie;

Fachärztin f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie;

Zuletzt Leitende Ärztin der DRK Fachklinik, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Dr. Eva Bergheim-Geyer verstarb am 16. September 2015.

Wir danken ihr für ihr langjähriges Engagement und möchten ihr ein ehrendes Andenken bewahren.

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Biologie mit Abschluss Diplom und Promotion an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,

Assistentin im Zoologischen Institut der Universität Mainz,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Prof. Kielholz an der Universitätsklinik Basel (Depressionsforschung);

Wissenschaftliche Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Physiologie Bad Nauheim, Studium der Medizin in Gießen,

Facharztausbildung zur Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie bei Prof. Eggers, Essen, dort auch tiefenpsychologische analytische und familientherapeutische Ausbildung, ab 01.04.1988 leitende Ärztin und Aufbau der DRK Fachklinik Bad Neuenahr, Lehrauftrag an der Universität Koblenz-Landau,

Supervisorin und Dozentin an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP)

Arbeitsschwerpunkte: Hypnotherapie, katathym-imaginative Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Familientherapie

Name

Brünger, Michael, Dr. med.

Beruf

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Adresse

Pfalzinstitut - Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdÖR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 9003001
Fax: 06349 9003099
E-Mail: michael.bruenger@pfalzkrankenhaus.de
Homepage: www.pfalzinstitut.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Medizin in Leuven, Brüssel, Essen und Düsseldorf. Familien-
therapeut,
Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie (IFKV),
Ausbildung in der Klinik für Kinder und Jugendliche im Epilepsiezentrum Kork,
Ordentliches Mitglied der Dt. Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie,
Leiter der Epilepsieambulanz für Kinder und Jugendliche in Klingenmünster,
Maßregelvollzugsleiter für psychisch kranke Rechtsbrecher im Jugendalter,
Lehrbeauftragter der Universität Koblenz-Landau,
Qualitätsmanager im Gesundheitswesen, EFQM-Validator,
seit 2001 Chefarzt im Pfalzinstitut in Klingenmünster,
Arbeitsschwerpunkte: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit
intellektueller Behinderung, Epilepsie, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstö-
rung, Schulabsentismus

Name

Dixius, Andrea, Dipl.-Psych.

Beruf

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Adresse

Klinik für KJPP Idar-Oberstein
Kinder- und Jugendzentrum
Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06781 66-1580
Fax: 06781 66-1576
E-Mail: a.dixius@io.shg-kliniken.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Psychologie an der Universität Saarbrücken.
Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, DBT Therapeutin und
DBT-A Trainerin, EMDR-Therapeutin, Psychotraumatheorie, weitere psycho-
therapeutische Verfahren, Dozentin,
1994 Fachleitung SOS Kinder u. Jugendhilfen,
Seit 1996 Psychotherapeutin SHG Kliniken für Kinder- u. Jugendpsychotherapie,
Psychotherapie u. Psychosomatik zunächst Institutsambulanz, Tagesklinik in
Saarbrücken,
seit 2011 Leitende Psychologin der stationären KJPP Idar-Oberstein,
seit 2014 leitende Psychologin der SHG Kliniken für KJPP in Kleinblittersdorf,
Saarbrücken und Idar-Oberstein.
Schwerpunkte: Erlebnistherapie, DBT-A, Psychotraumatheorie, Essstörungen,
Vernetzungsprojekte KJPP und Jugendhilfe, Psychotherapie mit minderjährigen
Flüchtlingen, Entwicklung von innovativen Therapiekonzepten, Evaluation und
Studien, Dozententätigkeit, Entwicklung des „Start-Konzepts“ (Dixius, Möhler
2016) – www.startyourway.de

Name

Eglinsky, Dietmar, Dr. med.

Beruf

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Adresse

Vitos Klinik Rheinhöhe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Kloster-Eberbach-Str. 4
65346 Eltville
Tel.: 06123 602-460
Fax.: 06123 602-563
E-Mail: dietmar.eglinsky@vitos-rheingau.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Medizin an der Universität Mainz und Frankfurt/M.,
Dissertationsarbeit: Die Familiarität des Alkoholismus. Analyse der Ergebnisse
nach ICD-10 und DSM-III-R,
Weiterbildung am Kreiskrankenhaus Zittau, Klinikum Schwerin (Pädiatrie)
sowie in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Niedersächsischen
Landeskrankenhaus Wunstorf,
Ausbildung in der Verhaltenstherapie bei der „Niedersächsischen Landesgruppe
für Kinder- und Jugendpsychiatrie“,
Seit Juni 2003 Mitarbeiter in der Institutsambulanz der Klinik „Rheinhöhe“ in
Eltville.

Name

Gehrmann, Jochen, Dr. med.

Beruf

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus

Adresse

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus
Karolina-Burger-Str. 51
67065 Ludwigshafen am Rhein
Tel.: 0621 57024222
E-Mail: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de
Homepage: www.st-marienkrankenhaus.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Dr. med. Jochen Gehrmann, Jahrgang 1961, ist sowohl Erwachsenen- als auch
Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut. Seit 2005 arbeitet er als
Chefarzt der neu gegründeten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie am St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen
am Rhein. Die Klinik besteht aus einer Institutsambulanz, zwei tagesklinischen
Stationen mit 20 Behandlungsplätzen und zwei Stationen mit 20 Betten.
Dr. Gehrmann ist Verhaltens- und Familientherapeut, Supervisor und hat
diverse Lehraufträge am Institut für Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim, der
Heidelberger Akademie für Psychotherapie und der Fakultät für Sozial- und
Rechtswissenschaften der SRH Hochschule in Heidelberg. Seine Arbeitsschwer-
punkte liegen in den Themenbereichen ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen,
Adoleszentenpsychiatrie und Versorgungsfragen in der Kinder- und Jugendpsy-
chiatry, bspw. im Bereich früher Hilfen für Kinder und Eltern nach der Geburt.
Seit 2013 beschäftigt er sich in Zusammenarbeit mit FASD Deutschland e.V.
intensiver mit dem fetalen Alkoholsyndrom.

Name

Haverkamp-Krois, Andrea Dr. med.; M. A.

Beruf

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Adresse

DRK Verbundkrankenhaus Altenkirchen-Hachenburg
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Leuzbacher Weg 21
57610 Altenkirchen
Tel.: 02681 88-7701
Fax: 02681 88-6701
E-Mail: andrea.haverkamp@drk-kh-altenkirchen.de
Homepage: www.drk-kh-altenkirchen.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

1984 – 1990 Studium der Medizin in Freiburg/Breisgau
1990 – 1997 Ausbildung zur Kinderärztin
1996 – 2002 psychotherapeutische Ausbildung mit dem Schwerpunkt
analytische Tiefenpsychologie durch das Rhein-Main Institut Frankfurt e.V.
1998 – 2002 Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater
2008 – 2016 Zertifikat Säuglings- Kleinkindpsychiatrie
2009 – 2012 Masterstudium „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“
2010 – 2012 Zertifikat Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie
Arbeitsschwerpunkte: psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen,
Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie

Name

Löchel, Michael, Dr. med. Dipl.-Psych.

Beruf

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Diplom-Psychologe,
Chefarzt i.R.

Adresse

Korrespondenz über ehemalige Klinikadresse:
Johanniter Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Am Carmen-Sylva-Garten 6-10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 39440
Fax: 02631 394444
E-Mail: info@kjp-neuwied.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Medizin und Psychologie an der Universität Heidelberg,
Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Ausbildung in tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie und Verhaltenstherapie,
Ärztlicher Verhaltenstherapeut, Inhaber des EEG-Zertifikates der Deutschen EEG-Gesellschaft und spezielle Kinder-EEG-Ausbildung, Weiterbildung in
Ärztlicher Hypnose,
1991–2014 Chefarzt des Johanniter-Zentrums für KJP Neuwied – seither i. R.,
Dozent des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Philipps-Universität Marburg (IVV) sowie des Instituts für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie Bad Dürkheim (IFKV),
Behandlungs- und Forschungsschwerpunkte: Suizidalität und Psychosen im Kindes- und Jugendalter, Legasthenie und andere Teilleistungsstörungen, Hypnosetherapie im Kindes- und Jugendalter, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie der ADHS, EEG-Diagnostik und neuropsychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Name

Mallmann, Doris, Dipl. Psych. Dr. med.

Beruf

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
Diplom-Psychologin

Adresse

Vitos Klinik Rheinhöhe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Kloster-Eberbach-Str. 4
65346 Eltville
Tel.: 06123 602-363
Fax.: 06123 602-563
E-Mail: doris.mallmann@vitos-rheingau.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Psychologie, Medizin und der Katholischen Theologie in Tübingen und Strasbourg.
Assistenzärztin am Westf. Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn. Assistenzärztin an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marl-Sinsen und Viersen.
Oberärztin am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Abtlg. für Kinder- u. Jugendpsychiatrie.
Familientherapeutin (Institut für Familientherapie Weinheim).
Abschluss der Fortbildung Hypno-systemische Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (M.E.G.).
EMDR Basistraining, Level I und II.
TQM-Auditor nach ISO 19 011 (EQ-Zert).
Dozentin am Seminar für Psychotherapeutische Weiterbildung Rhein-Main und an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie.
Seit 1999 Ärztliche Direktorin an der Klinik Rheinhöhe Eltville.

Name

Marcus, Alexander, Priv.- Doz., Dr. med.

Beruf

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Biologe

Adresse

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen
Feldstraße 16
54290 Trier
Tel.: 0651 947-2854
Fax: 0651 947-2855
E-Mail: marcus@mutterhaus.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Biologie-, Pharmakologie- und Chemiestudium an der J.W. Goethe Universität in Frankfurt.
Medizinstudium an der J.W. Goethe Universität in Frankfurt.
Weiterbildung zum Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, zuletzt am Zentralinstitut für seelische Gesundheit ZI in Mannheim.
Habilitation im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie (Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg).
Seit 1998 Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier
Arbeitsschwerpunkte: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus-Spektrum), Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, Angst-Zwangsstörung, Tic- und Tourette-Störung, Essstörung

Name

Möhler, Eva, Prof. Dr. med.

Beruf

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Chefärztin SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik

Adresse

Klinik für KJPP Idar-Oberstein
Kinder- und Jugendzentrum
Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
55743 Idar-Oberstein
Tel.: 067 81/66-1580
Fax: 067 81/66-1576
E-Mail: e.moehler@sb.shg-kliniken.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Facharztausbildung, Habilitation und apl-Professur an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.
Seit 2008 Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie der SHG Kliniken Idar-Oberstein, Merzig und Saarbrücken/Kleinblittersdorf, an letzteren Standort Aufbau einer Mutter-Kind-Station, Kleinkindambulanz und Adoleszentenstation (17-24 Jahre).
Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte: Eltern-Kind-Arbeit, Kindesmisshandlung und Posttraumatische Belastungsstörung, Resilienzförderung und kulturintegrative Stabilisierungskonzepte für schwer belastete Jugendliche (www.startyourway.de)

Name

Pollitt, Brigitte, Dr. med.

Beruf

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie – Psychotherapie
Chefärztin des Johanniter-Zentrums

Adresse

Johanniter GmbH
Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Am Carmen-Sylva-Garten 6-10
56564 Neuwied
Tel.: 02631 3944 0
Fax: 02631 3944 944
E-Mail: brigitte.pollitt@nr.johanniter-kliniken.de
Homepage: www.johanniter.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Humanmedizin in Bonn,
Weiterbildung im Fachgebiet Neurologie in der Westerwaldklinik Waldbreitbach, Psychiatrie und psychodynamische Psychotherapie im Marienhausklinikum St. Antonius in Waldbreitbach, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Verhaltenstherapie im Johanniter-Zentrum in Neuwied.
Ausbildungen in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Gruppentherapie, systemischer Familientherapie, ärztlicher Hypnotherapie.
Dissertation 2009 an der Philipps-Universität Marburg zum Thema: Wirksamkeit und Nutzen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen – Eine kontrollierte Therapiestudie an einer klinisch-repräsentativen Stichprobe“. Seit 1999 Oberärztin, seit 1. Juni 2014 Chefärztin des Johanniter-Zentrums in Neuwied. Zertifizierte forensische Gutachterin. Dozentin und Supervisorin an mehreren verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Instituten. Wissenschaftliche Kooperationen mit den Universitäten in Mainz, Homburg, Marburg und dem Karolinska-Institut in Stockholm.

Behandlungs- und Forschungsschwerpunkte: Therapieeffizienz, Suizidalität, „Neurodevelopmental diseases“ wie ADHS, Autismusspektrumsstörungen, Tourette-Syndrom, psychotische und depressive Erkrankungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen, Pharmakotherapie.

Name

Seitz-Stroh, Herbert, Dipl. Psych.

Beruf

Diplom-Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Psychologie in Gießen.

Danach wiss. Tätigkeit an der Universität Gießen.

Psychotherapeutische Weiterbildungen in Verhaltenstherapie (DGVT), tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und psychoanalytischer Familientherapie (DPV-Institut Gießen) während der stationären und ambulanten Tätigkeit als Psychologe an der Klinik (seit 1975).

Von 1987 bis 2010 leitender Psychologe der Vitos Klinik Rehberg.

Dozent und Supervisor am Seminar für psychotherapeutische Weiterbildung Rhein-Main in Frankfurt/Main.

Name

Stein, Andreas, Dr. med.

Beruf

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Arzt für Psychiatrie

Adresse

Rheinessen-Fachklinik Alzey
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel.: 06731/501600
Fax: 06731/501614
E-Mail: nfo@rfk.landeskrankenhaus.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Studium der Humanmedizin in Mainz,
Promotion am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München.
Assistenz- bzw. Oberarzt am Zentrum für Psychiatrie in Weinsberg,
dort Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Ausbildung in Verhaltens- und Familientherapie,
Seit 1999 Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Alzey
Arbeitsschwerpunkte: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung, Essstörungen, Emotionale Störungen, Psychosen.

Name

Wildermuth, Matthias, Prof. Dr. med.

Beruf

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Arzt für psychotherapeutische Medizin
Ärztlicher Direktor der Vitos Klinik Rehberg

Adresse

Vitos Klinik Rehberg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Austraße 40
35745 Herborn
Tel.: 0 27 72 504 12 12
E-Mail: info@vitos-herborn.de
Homepage: www.vitos-herborn.de

Ausbildung und Arbeitsschwerpunkte

Zunächst Studium d. Kirchenmusik, dann d. Humanmedizin in Gießen u. Marburg, erwachsenenpsychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (1986-1992), psychotherapeutische Ausbildung an der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Köln-Düsseldorf,
Erwerb des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1991) und für Psychotherapeutische Medizin (1996),
Tätigkeit als stv. lfd. Arzt des Westfälischen Therapiezentrum Marsberg (1992-1993) und des Heilpädagogisch-psychotherapeutischen Zentrums Aprath bei Wuppertal (1993-1999).
Seit 1999 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Rehberg. Neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsermächtigung liegt auch die Ermächtigung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Rahmen des Rhein-Main-Seminars Frankfurt vor.
Seit 2014 Leiter des psychodynamisch orientierten Seminars für psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung Rhein-Main e.V..

IMPRESSUM

Herausgeber

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Referat für Psychiatrie und Maßregelvollzug
Bauhofstr. 9, 55116 Mainz
www.msagd.de

Gestaltung

Andrea Wagner, Mainz; www.andreawagner-grafikdesign.de

Fotos

www.photocase.de

Titelbild (*DWerner*), S. 6 (*Miss X*), S. 33 (*raperonzolo*), S. 67 (*sol-b*),
S. 108 (*altanaka*), S. 127 (*Simon86*), S. 149 (*napri*), S. 161 (*Bernd Vonau*),
S. 164 (*momosu*), S. 336 (*Tommy Windecker*)

Druck

Druckerei K. Wolf GmbH, Ingelheim

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und -bewerbern oder Wahlhelferinnen und -helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE

Bauhofstraße 9
55116 Mainz

www.msagd.rlp.de

KINDER UND JUGENDLICHE MIT PSYCHISCHER
ERKRANKUNG IN RHEINLAND-PFALZ