

04
2026

forum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

36. Jahrgang | Heft 4/2026 | Forum Verlag | ISSN 1866-6677

Gegr. 1991 von Christian K. D. Moik



Aus dem Inhalt:

Zur Entwicklung von Identität

Suizidale Dilemmata

Gruppentherapie in der SPV-Praxis



bkjpp

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Kassel
12.-14. Nov
2026

Jahrestagung des BKJPP 2026

vom 12. bis 14. November in Kassel

Schule und mentale Gesundheit Was brauchen Kinder?

Die Jahrestagung des BKJPP e.V.

bietet ein spannendes Programm mit

- wissenschaftlichen Vorträgen
- praxisrelevanten Seminaren
- Workshops und Updates
- Fortbildungen u.a. für Praxispersonal, Abrechnung und Praxisgründung

Sie sind herzlich eingeladen!



 **bkjpp**

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Inhalt

Editorial

In eigener Sache

Annegret Brauer 2

Zur Entwicklung der männlichen Identität heute

Arne Burchartz 5

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: im Schnittpunkt zwischen Körper, Seele und Gesellschaft

Jakob Höger. 27

Suizidale Dilemmata

Appell zur Reevaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Handlungsgrundsätze

Jörg Liesegang 44

Gruppentherapie in der SPV-Praxis: eine Bereicherung für Patient:innen, Eltern und Therapeut:innen

Fabian Schneider 60

Mentale Gesundheit als Thema gendersensibler

Jugendsozialarbeit – Aktuelle Problemlagen und Bedarfe von Mädchen*

und jungen Frauen* – Kurzbericht über den BAG EJSA-Online-Fachtag 2026

Christiane Weidner. 72

Nachruf auf Dr. med. Hans Jürgen Heubach 74

Symposion 2027 –

Stiftung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 77

*Hinweise für Autor*innen* 81

Abonnement forum 83

Beitrittserklärung / Änderungsmitteilung 84

Anzeigen 85

Media Daten 94

Impressum 96

Editorial

In eigener Sache, für die Sache

Annegret Brauer

Im September traf sich die Redaktion des *forum* in Mainz in kleiner Runde. Nach seiner langjährigen Tätigkeit im Redaktionsteam wird Maik Herberhold zu unserem großen Bedauern zum Ende des Jahres die Redaktion verlassen. Er wird sich verstärkt in einem bundesweiten Projekt des BMG der Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit Long Covid bzw. ME/CFS einbringen. Wir freuen uns und danken, dass er sich dort mit Elan für die Sache und unser Fach einsetzt. Dennoch bleibt hier eine Lücke...

Maik Herberhold setzt sich seit vielen Jahren inhaltlich und berufspolitisch intensiv für die Belange psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ein. Er hat zudem einen entscheidenden Anteil an der Ausgestaltung des Berufsverbandes BKJPP e.V. in den letzten Jahrzehnten als Vorsitzender, im Vorstand und als Beauftragter des Vorstands bspw. in der APK, dafür danken wir ihm! Und er hat das *forum* auf seine Weise enorm belebt und aktiviert mit pointierten Beiträgen und Kommentaren. Ich erinnere mich an viele bereichernde Diskussionen zu verschiedensten Themen, von denen Sie als Leser:innen nichts wissen können. Es ging in der Redaktion oft neben den eigentlichen KJPP-Themen und der Heftgestaltung um soziale, gesellschaftspolitische, spirituelle bzw. religiöse Fragen.

Für das *forum* gab es in den letzten Jahren einige Veränderungen, so ist das Layout angepasst worden an das neue Logo des BKJPP, in Fachbeiträgen gibt es nun eine Zusammenfassung in deutsch und englisch mit dazugehörigen Schlüsselwörtern. Um einiges wurde hart gerungen und lebhaft diskutiert. Und es geht immer weiter, Neuerungen bedeuten nicht, dass es keine Veränderungen mehr gibt.

Das *forum* für KJPP ist als Quartalszeitschrift des Berufsverbandes BKJPP zugleich das Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der *European Union of Medical Specialists (U.E.M.S.)*. Was bedeutet das für uns als Redaktion? Auch darüber haben wir oft und auch wieder in Mainz diskutiert. Wir verstehen das *forum* im Wortsinn als Marktplatz, ein Ort des Austausches, der Begegnung und Diskussion. Das

forum erscheint im Eigenverlag, die Wege sind kurz, die Beiträge werden eingeworben, dankenswerterweise werden auch immer wieder hoch interessante Manuskripte eingesandt. Es gibt kein aufwändiges Reviewer Verfahren, daher können wir Autor:innen aus dem klinischen Alltag eine Plattform bieten, über ihre Arbeit zu berichten. Das *forum* lebt davon, dass wissenschaftlich-fundierte Beiträge aus der Praxis für die Praxis veröffentlicht werden. Das ist uns in diesem Heft nun wieder gelungen.

Arne Burchartz geht in seinem Beitrag *Zur Entwicklung der männlichen Identität heute* auf soziologische, psychoanalytische und biologische Konzepte zur Identität ein. Das Thema ist und bleibt aktuell und hoch brisant, bestimmt doch die Frage nach der Identität nicht nur die psychotherapeutische Arbeit, sondern die politischen Diskussionen. In Sachsen-Anhalt hat eine als gesichert rechtsextrem einzuschätzende Partei die Landtagswahlen gewonnen, deren Ideologie ihre Wurzeln in der Identitären Bewegung (IB) hat. Trägt vielleicht die Globalisierung mit Vereinheitlichung des Lebensstils einen Anteil an dem Wunsch nach einer eigenen Identität? Dass die Frage nach der Identität überaus komplex ist, stellt Arne Burchartz überaus spannend dar, lesenswert!

Jakob Höger stellt in dem Artikel *Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: im Schnittpunkt zwischen Körper, Seele und Gesellschaft* wiederum die Besonderheit in der Entwicklung einer Identität als Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie dar. Er stellt in einem großen Bogen den Paradigmenwechsel dar vom medizinischen Krankheitsmodell zu einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive, ein Bogen vom Medizinstudium hin zur Tätigkeit an der Schnittstelle zwischen Erfassung subjektiver Lebenswelten und Beziehungsdynamik, wunderbar plausibel und ebenfalls lesenswert!

Im nächsten Beitrag appelliert Jörg Liesegang in dem Beitrag *Suizidale Dilemmata - Appell zur Reevaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Handlungsgrundsätze* an eine neue Herangehensweise bei suizidaler Kommunikation. Er zeigt auf, welche Bedeutung die Förderung eines eigenen Willens zur

Gestaltung des eigenen Lebens und Selbstwirksamkeit haben. Diese Haltung erarbeitet er vorsichtig und hinterfragend, ihm ist die komplexe Problematik absolut bewusst, in der sich Ärzt:innen und Therapeut:innen befinden.

Und ganz praktisch berichtet Fabian Schneider von seinen Erfahrungen mit *Gruppentherapie in der SPV-Praxis: eine Bereicherung für Patient:innen, Eltern und Therapeut:innen*. Man bekommt Lust auf Gruppe, sehr praktisch und praxisnah vermittelt der Beitrag einen Eindruck von den Möglichkeiten und Chancen der Gruppentherapie in der Praxis des Autors. Mein Gedanke: lesen und nachmachen!

Sollten Sie Lust und Freude am Schreiben haben, sollten Sie sich ebenso freuen über praxisnahe Beiträge und sollten Sie eigene Ideen und Projekte haben, die Sie nicht vorenthalten möchten, dann schreiben Sie! Wir freuen uns auf und über Beiträge, Kommentare, Leserbriefe. Und last but not least braucht die Redaktion des *forum* Unterstützung, auch dazu möchten wir herzlich einladen!

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Annegret Brauer

Zur Entwicklung der männlichen Identität heute

Dipl.Päd Mag.Theol. Arne Burchartz

1. Abstract

Der Artikel skizziert zunächst zwei Identitätskonzepte und die postmodernen Schwierigkeiten mit dem Begriff der Identität. Für die psychologische Entwicklung hingegen, so der Autor, ist ein Identitätsbegriff, der in dem Austausch zwischen Individuum und Gesellschaft anzusiedeln ist, nicht verzichtbar, es gebe ein „Identitätsbedürfnis“. In einem zweiten Teil wird die männliche Identitätsbildung unter bio-psycho-sozialen Aspekten dargestellt. Zentrale Thesen sind: Männliche Identität ist in eine primäre triadische Struktur eingebettet, und sie stellt die Anforderung an den Jungen und Mann, Identifizierungen mit Mutter und Vater zu integrieren. Einseitige, aufgepfropfte Identitätsfragmente bergen in sich die Gefahr eines Totalitarismus.

Schlüsselwörter: Identität, Männlichkeit, männliche Entwicklung, Triangulierung, Vulnerabilität

Abstract

The article first outlines two concepts of identity and the postmodern difficulties with the term identity. For psychological development, however, according to the author, a concept of identity that is rooted in the exchange between the individual and society is indispensable; there is a ‘need for identity’. The second part of the article examines male identity formation from a bio-psycho-social perspective. The central theses are that male identity is embedded in a primary triadic structure and that it requires boys and men to integrate their identification with their mother and father. One-sided, grafted-on fragments of identity harbour the danger of totalitarianism.

Keywords: identity, masculinity, male development, triangulation, vulnerability

2. Ein psychoanalytisches Identitätskonzept

Über Identität nachzudenken ist wohl kaum möglich, ohne dass der Pionier des psychologisch-soziologischen Identitätsbegriffs zur Sprache kommt. Aber

bereits Erik H. Erikson hatte Schwierigkeiten mit dem Identitätsbegriff. Er räumte ein, dass es schwer ist, Identität zu definieren. Bereits im Vorwort zu „Jugend und Krise“ heißt es: das Wort (Identität) werde „zu einem Ausdruck für etwas, das ebenso unergründlich wie allgegenwärtig ist.“ (Erikson 1981, S.7). Identität sei „das subjektive Gefühl einer bekräftigenden Gleichheit und Kontinuität.“ (ibd. S. 15). Das ist aber nur die eine Hälfte der Identität. Identität hat auch eine soziale, kulturelle und historische Dimension. In seiner Bemühung um eine Begriffsbestimmung kommt Erikson zu folgender Formulierung:

Die Identitätsbildung sei ein „Prozeß, der auf allen Ebenen des seelischen Funktionierens vor sich geht, durch welches der Einzelne sich selbst im Lichte dessen beurteilt, wovon er wahrnimmt, dass es die Art ist, in der andere ihn im Vergleich zu sich selbst und zu einer für sie bedeutsamen Typologie beurteilen: während er ihre Art, ihn zu beurteilen, im Lichte dessen beurteilt, wie er sich selbst im Vergleich zu ihnen und zu Typen wahrnimmt, die für ihn relevant geworden sind.“ (ibd. S. 19). An anderer Stelle, griffiger formuliert, heißt es:

„Das Gefühl der Ich-Identität ist also die angesammelte Zuversicht des Individuums, dass der inneren Gleichheit und Kontinuität auch die Gleichheit und Kontinuität seines Wesens in den Augen anderer entspricht.“ (Erikson 1989, S. 256)

Identität bedarf also einer Alterität, mit der das Individuum in einen dynamischen Prozess wechselseitiger Wahrnehmung und Perspektivenübernahme verwoben ist. Zitat: „Wir haben es mit einem Prozess zu tun, der im Kern des Individuums „lokalisiert“ ist und doch auch im Kern einer gemeinschaftlichen Kultur“. (S. 18). Sie bedarf aber auch einer Differenz, denn „die Gleichheit und Kontinuität des Wesens“ ist ja nur dann zu wahrzunehmen, wenn es sich von der „Gleichheit und Kontinuität“ anderer Wesen unterscheidet. Identität und Differenz sind daher ein Geschwisterpaar – eines, das sich parallel zur Auflösung und Verflüssigung von Differenzen einer zunehmenden Unbeliebtheit erfreut.

Man könne, so Erikson, „nicht das persönliche Wachstum vom Wandel der Gemeinschaft trennen ... Ja, das ganze Wechselspiel zwischen dem Persönlichen und dem Sozialen, dem Entwicklungsmäßigen und dem Historischen, für das die Identitätsbildung von prototypischer Bedeutung ist, kann tatsächlich nur als eine Art von psychologischer Relativität verbegrifflicht werden.“ (Erikson 1981, S. 19)

Bohleber (2004) spricht von „Identitätsarbeit“ in einem intermediären Raum (S.231). Wenn aber das Soziale selbst unscharf wird und sich seine Grenzziehungen auflösen – was wird dann aus der Identität? (davon weiter unten mehr)

Versucht man, die Merkmale der Identität in Eriksons Werk herauszudestillieren, lässt sich etwa Folgendes zusammenfassen:

Identität ist

- die Selbstwahrnehmung („ein Gefühl“) einer Kontinuität und Kohärenz im zeit-räumlichen Kontinuum.
- ein Austauschprozess mit der Wahrnehmung des / der Anderen.
- eingebettet in eine Kultur, aus der sich die Identität speist und die wiederum aus den individuellen Identitäten gespeist wird.
- ein fortlaufender dynamischer Prozess.

Erikson betont die Ganzheit, die in die Identität einfließen muss: „eine gesunde, organische fortschreitende Wechselseitigkeit zwischen vielfältigen Funktionen und Teilen innerhalb eines Ganzen, *dessen Begrenzungen offen und fließend sind* (Hervorhebung. A.B.)“. Eine Identität, die willkürlich ausschließt, was dazugehört – also etwa ungeliebte oder verpönte Regungen, Erinnerungen, usw – führe zu einer „absolut-zu-machenden Kategorie“, der Mensch restrukturiere so „sich selbst und die Welt durch Zuhilfenahme dessen, was wir Totalismus nennen wollen“. (Erikson 1981, S. 80)

Es ist – entgegen aller Kritik, die neuerdings am Identitätsbegriff geübt wird - bemerkenswert, dass Erikson selbst erkannte, dass Identität in psychosozialer und psychosexueller Hinsicht eine gewisse Fluidität beinhaltet und dass eine Identität, die sich aus einzelnen statischen Merkmalen zusammensetzt, wie wir dies z.B. im Identitätsbegriff der identitären Bewegung beobachten können, zum „Totalismus“ führt. Politische Hinweise, wie recht Erikson mit dieser Warnung hatte, finden sich zur Genüge.

Leider ist Erikson seinen eigenen Warnungen nicht gefolgt. Er wurde 1902 geboren in Frankfurt als Sohn von Karla Abrahamsen, einer dänischen Jüdin. Er hieß Erik Abrahamsen. Als er 3 Jahre alt war, heiratete seine Mutter seinen Stiefvater, Dr. Theodor Homburger, ebenfalls Jude. Er war Mitglied einer Synagoge. Wer sein leiblicher Vater war, hat Erikson nie erfahren. Den Familiennamen Homburger reduzierte Erikson auf ein H., später ließ er ihn ganz weg. Stattdessen legte er sich zusammen mit seiner Frau, Tochter eines christlichen Geistlichen, nach der Emigration in die USA einen neuen Nach-

namen zu. Zitat: „Ich habe Eriks Sohn aus mir gemacht, es ist besser, sein eigener Erzeuger zu sein“ (Faludi S. 70). Erikson hat also gezielt seine jüdische Herkunft ausgelöscht. Es gab noch eine weitere Austilgung: Der vierte Sohn des Ehepaares, Neil, hatte das Down-Syndrom. Erikson gab das Kind ohne Wissen der Ehefrau in ein Heim. Es bestand kein Kontakt mehr zu dem Sohn, der mit 21 Jahren verstarb.

3. Ein soziologisches Identitätskonzept

Ziehen wir als zweiten Zeugen für den Identitätsbegriff George Herbert Mead und sein Werk „Geist, Identität und Gesellschaft“ heran. Da heißt es:

„Identität entwickelt sich; sie ist bei der Geburt anfänglich nicht vorhanden, entsteht aber innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses, das heißt, im jeweiligen Individuum als Ergebnis seiner Beziehungen zu diesem Prozeß als Ganzem und zu anderen Individuen innerhalb dieses Prozesses.“ Auch für Mead, dem Sozialbehavioristen, beruht Identität auf einem Austauschprozess zwischen Individuum und Gesellschaft. Allerdings gibt es für ihn Vorgänge der Erfahrung, die mit Identität nichts zu tun haben, obwohl der Mensch sie als solche rekonstruiert. Das sind Erfahrungen, die gleichsam automatisch ablaufen und zum Fluss des Lebens gehören und es erhalten, Reste des Instinkts.

Identität setzt für Mead voraus, dass der Mensch sich selbst zum Objekt nehmen kann. „Für die Identität ist es typisch, dass sie für sich selbst ein Objekt ist, und dieses Merkmal unterscheidet sich von anderen Objekten wie vom Körper“ (Mead 1975, S. 178). Da die Körpererfahrung nie ganzheitlich ist, kann sie auch nicht eine Identität als Ganzes hervorrufen.

In der Identität erscheint also gleichzeitig ein Subjekt und ein Objekt.

In dem Vorgang, wie eine Identität aus einer rationalen Selbstwahrnehmung entsteht, fließt aber immer schon die Wahrnehmung anderer Objekte ein. In dem Maße, wie die Wahrnehmung anderer die Identität (mit) bildet, korrigiert sich die Wahrnehmung von sich selbst als Objekt. Identität hat also etwas von einem Doppelgänger. Ein fortlaufender kommunikativer Prozess, der dazu führt, dass das, was ich (rational) von mir zu verstehen gebe, auch von anderen verstanden wird, vice versa. Indem ich zu anderen spreche, spreche ich auch zu mir selbst.

„Für die Identität ist es notwendig, dass die Person auf sich selbst reagiert“ (Mead 1975, S. 184) – aber eben im Lichte der Reaktionen anderer. Voraus-

setzung dafür ist eine symbolische Kommunikation, die von allen Beteiligten geteilt und verstanden wird – sei sie gestisch, sprachlich oder mimisch.

Mead räumt ein, dass es verschiedene gesellschaftlich Bereiche gibt, in denen sich die Kommunikation unterscheidet und in denen sich nur ein Teil der Identität ausdrückt. „Wir spalten uns in die verschiedensten Identitäten auf, wenn wir zu unseren Bekannten sprechen“ (ebd.). Gleichwohl sind dies lediglich Aspekte einer vollständigen Identität, die verschiedenen Gruppen in einer Gesellschaft als Ganzes entsprechen. Eine einheitliche Identität setzt einen gesellschaftlichen Prozess als Ganzes voraus: „Die Einheit und Struktur der kompletten Identität spiegelt die Einheit und Struktur des gesellschaftlichen Prozesses als Ganzes,“ (a.a.O. S.186). Mehr noch: „Die Organisation und Vereinheitlichung einer gesellschaftlichen Gruppe ist mit der Organisation und Vereinheitlichung einer jeden Identität identisch, die sich aus dem gesellschaftlichen Prozess heraus entwickelt, in den diese Gruppe eingeschaltet ist oder den sie ablaufen lässt“ (ebd.).

Eine Universalität dieses Prozesses ergibt sich (nur) daraus, dass Symbole und begriffliches Denken von allen geteilt wird.

Anzumerken ist hier, dass Mead große Mühe hat, die emotionale, die irrationale Seite der Kommunikation und der Selbstwahrnehmung zu erfassen und in sein Konzept der Identität zu integrieren.

4. Sind diese Identitätskonzepte heute noch brauchbar?

Warum zitiere ich diese inzwischen mehrere Jahrzehnte alte Konzepte von Identität?

Die Verbindung unserer eigenen Identität mit einer als mehr oder weniger homogen gedachten Gruppe scheint uns tief eingewurzelt zu sein. Vielleicht sind wir trotz gewaltiger gesellschaftlicher Umwälzungen über die Vorstellungen von Mead nicht hinausgekommen. Wenn wir von Menschen anderer Kulturen sprechen, sind wir schnell dabei, ihnen eine „andere“, eine fremde (fremdartige?) Identität zuzuschreiben. Dabei konstruieren wir Zugehörigkeiten zu einheitlichen gesellschaftlichen Gruppen, die es längst nicht mehr gibt. Die „deutsche“ Identität ist angesichts der Geschichte eine Illusion ebenso wie die „türkische“ oder die „muslimische“ oder die „christliche“. Die Auflösung der kohäsiven Potenz von Gesellschaften, Staaten und Nationen in der Postmoderne, die Ausweitung der Kommunikation in der Anonymität und oft genug an Resonanz verarmten Weite des „world wide web“ stellt auch Identitätsgewissheiten in Frage, ganz zu schweigen von der Zersplitterung einzelner

Identitäten in Fragmente, die sozial wie psychisch kaum mehr zusammengehalten werden können. Mead und Erikson sprechen von Gesellschaften, in denen noch gemeinsam geteilte Weltsichten und Werte eine Rolle spielten – das ist mit der radikalen Individualisierung postmoderner Gesellschaften mit ihren diskontinuierlichen Lebensläufen obsolet. Berufliche Karrieren, familiäre Verhältnisse, geografische und soziale Umgebungen, kulturelle, rechtliche und soziale Institutionen sind von Brüchen bis hin zu disruptiven Verwerfungen gekennzeichnet, zu schweigen von den dramatischen Verlusten durch Flucht und Migration (vgl. dazu und zum Folgenden Burchartz, 2023)

Zugleich sind wir von einer *universal* gedachten, gefühlten und gelebten Identität sozial und psychisch weit entfernt. Wir können offensichtlich unsere Identität nicht zusammenbringen mit der großen Gruppe der Menschheit überhaupt, die mehr und mehr in ihren eigenen Überlebenskampf gerät.

Besonders bedeutsam für unser Thema ist die Verflüssigung geschlechtlicher Identitäten. Dabei geht es um mehr als eine Umgestaltung von Rollenstereotypen und normativen Festlegungen, wie sie noch ein Anliegen der Aufbruchbewegung der 70er und 80er Jahre war. Niemand kann ernsthaft bestreiten, dass dieser fortdauernde Prozess für Frauen wie Männer ein libertärer Akt der Befreiung ist – auch wenn er eine oft mühevollere Umorientierung und die Überarbeitung früher Prägungen erfordert. Der Kampf gegen Entwertung, Herabsetzung und Benachteiligung von Frauen ist eine bleibende Aufgabe, ebenso wie das Ringen um eine Befreiung von Männern von einengenden Rollenkonstrukten. Die Erweiterung der Möglichkeiten, sich selbst als Frau, als Mann, als Mädchen, als Junge zu sehen und gesehen zu werden, also die individuelle und kollektive (Re-)Konstruktion des Gender eröffnet zweifellos Spielräume für die Ausgestaltung der eigenen, biologischen Kerngeschlechtlichkeit.

Der zeitgenössische Genderdiskurs geht jedoch darüber hinaus. Die binäre Geschlechtlichkeit wird von einer Strömung des radikalen Konstruktivismus überhaupt in Frage gestellt. Das geht so weit, dass auch die biologische Tatsache zweier Geschlechter als reines gesellschaftliches, herrschaftlichen Interessen dienendes Konstrukt behauptet wird. (Butler 1991, eine gute Übersicht über die Diskursentwicklung bietet: Stock 2022, S. 78ff). Gemäß neuester Rechtsprechung kann man das Geschlecht durch einen reinen Sprechakt wechseln. Jedes Jahr neu. Und die Tatsache, vormalig einem anderen Geschlecht angehört zu haben, muss amtlich ausgelöscht werden. Es gilt als „Diskriminierung“, wenn man etwa erwähnt, dass eine Transfrau einst ein Junge war. Ein zweifelhafter Versuch, biologische Tatsachen durch Sprache

auszulöschen, der an magische Omnipotenzphantasien erinnert. Was einst ein notvolles, konfliktreiches Erleben einiger Weniger („Geschlechtsinkongruenz“) war, denen zweifellos geholfen werden muss und die ggf. auf dem dornigen Weg der Transition professionelle Begleitung brauchen, wird als Befreiungsakt idealisiert samt aller inzwischen ertragreicher Assistenzsysteme. Die Folgen v.a. für Jugendliche werden inzwischen kritisch diskutiert und müssen hier nicht weiter ausgeführt werden. Bemerkenswert erscheint mir hier jedoch eines: Wie sich auch Teile der „Wissenschaft“ diesem Diskurs unkritisch unterwerfen¹. Dass es *biologisch* mehr als zwei Geschlechter gebe, ist wissenschaftlicher Unfug. Der Mensch pflanzt sich durch zwei Keimzellen fort: einer weiblichen und einer männlichen. Eine dritte wurde noch nicht gefunden. (vgl. die Biologin und Nobelpreisträgerin Nüsslein-Vollhard 2022). Und auch die Rede vom „zugewiesenen Geschlecht“ ist; wenn man von dem seltenen Phänomen der Intersexualität absieht (0,007 % der Neugeborenen), eine fragwürdige Konstruktion: wer weist es denn zu? Die Hebamme? Mutter und Vater? Oder eine anonyme überindividuelle gesellschaftliche Macht, die das „Selbstbestimmungsrecht“ des Menschen einschränken will? Welches „Selbst“ soll hier bestimmen? Hat uns Freud nicht gelehrt, dass das Ich nicht Herr im eigenen Hause ist? Um wieviel mehr gilt das für Kinder, die noch unreif und Adoleszente, die in ihrer psychischen Struktur entwicklungsbedingt erschüttert sind? Dass sich Geschlechtsidentität – wie alle Identität – im Lebenslauf in einem wechselseitigen sozialen Prozess *entwickelt* und nicht einfach zugewiesen wird – darin ist den Pionieren des Identitätsbegriffs auch heute noch zuzustimmen. Identität ist keine creatio ex nihilo, sie beruht auf biologischen Voraussetzungen und auf der Tatsache, dass der Mensch ohne andere Menschen nicht denkbar ist.

Das neoliberale Ideal – oder der Zwang? – sich ständig neu zu „erfinden“, wie es idealisierend durch psychologisierende Schriften geistert, scheint lebenslang eine unaufhörliche Anforderung an das Individuum zu sein. Die „Identitätsverunsicherung“ (Conzen 2017, S. 40ff): ein lebenslanger Begleiter? In der Vorstellung der Selbsterschaffung wird die Kategorie der Alterität vollends abgeschafft. Man braucht keinen Anderen mehr, der störende und widerständige Einfluss einer außer mir selbst liegenden sozialen Realität wird verleugnet.

1 So heißt es z.B. in einem Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ (H. 10, 2022, S. 452): „In Forschung und Politik wird mittlerweile häufig davon gesprochen, dass es sich bei Geschlecht um ein Spektrum handelt“. Solche suggestiven Formulierungen geben eine Wissenschaftlichkeit vor, die eher politisch gewollt als wissenschaftlich verifizierbar ist.

Ist der Identitätsbegriff selbst also heute überhaupt noch brauchbar? Nicht wenige Autoren stellen dies in Frage (Horx, Sloterdijk, Baumann, vgl. Salge 2017, S. 155), Hartmut Rosa (2005, S. 50) spricht von „situativer Identität“ und entkleidet damit den Begriff der zentralen Kategorie der Kontinuität.

Gleichwohl zeigt sich das Individuum dem Entzug der Identität gegenüber sperrig. In der Selbstpsychologie ist die Kohärenz des Selbst nicht allein ein zentrales Merkmal psychischer Gesundheit, sondern auch Voraussetzung für Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl und narzisstischer Stabilität. Wonach ein Mensch strebt, welche Ideale er hat, was er (in einem umfassenden, auch psychischen Sinne) vermag, wozu er begabt ist, wie er die motivationalen Systeme und seine Welterfahrung aufeinander bezieht, das ist „sein“ Selbst. Begreift man das Selbst wie Kohut (1979, S. 90ff) als eine den einzelnen psychischen Strukturen übergeordnete Instanz, so scheint es nicht nur Triebbedürfnisse und deren Überformung durch Abwehrvorgänge zu geben, sondern auch ein Bedürfnis nach innerem Zusammenhalt der Persönlichkeit – also einer „Kontinuität des Seins“ (Winnicott 1974, S. 67). Fragmentierungsvorgänge des Selbst entbinden Destruktivität, Sexualisierung, letztlich Desorganisation und Desorientierung. Wenn auch die Begriffe des Selbst und der Identität schwer zu fassen und nicht identisch sind, so ist ihre Verwandtschaft doch unverkennbar. So wie es Selbstbedürfnisse gibt, so gibt es auch Identitätsbedürfnisse, als deren wesentliche Merkmale Kontinuität, Kohärenz und (soziale) Bezogenheit zu nennen sind – was freilich innere Antagonismen nicht ausschließt.

Schließlich ist gegenwärtig allenthalben zu beobachten, dass offensichtlich das Bedürfnis nach identitätsstiftender oder -stabilisierender Zugehörigkeit zu exklusiven homogenen Gruppen wächst. Lässt sich dies nicht als eine Gegenbewegung zur postmodernen Identitätsverunsicherung begreifen? Solche Zugehörigkeiten sind oft fiktional, deshalb aber nicht weniger sozialpsychologisch wirksam. Sie stützen sich nicht allein auf die Konstruktion einheitlicher sozialer Gebilde – „das Volk“, „die Nation“, „die Leitkultur“ –, sondern auch auf deren Idealisierung; sie sind von Größenvorstellungen aufgeladen, die auf das Individuum abstrahlen und es im Sinne eines Exzeptionalismus zu etwas Besonderem und Bevorzugtem macht – „Amerika first“, „God’s own country“, „das schönste Land der Welt“ – und durch projektive Prozesse aufrecht erhalten werden.

5. Biologie

Wenden wir uns nach diesen grundlegenden Überlegungen zur Identität der Entwicklung der männlichen Identität zu. Geschlechtliche Identität ist ohne einen biologischen Körper nicht denkbar. Mussten sich noch vor 50 Jahren Eltern bei der Geburt eines Kindes von dessen Geschlecht „überraschen“ lassen („Ein Mädchen!“ - „Ein Junge!“), so lässt sich das Geschlecht heute mittels Ultraschall bereits in der 12. SSW, spätestens in der 18. SSW bestimmen. Schon vorgeburtlich also richten sich die spezifischen elterlichen Phantasien, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen, die sich um das bekannte Geschlecht ranken, auf das im Leib der Mutter heranwachsende Baby.

Das biologische Geschlecht ist durch chromosomale, endokrinologische, physiologische und organische Determinanten bestimmt (bis auf die Ausnahmen der Intersexualität, s.o.). Dabei übernimmt nach einer kurzen Phase der geschlechtlichen Indifferenz oder Bisexualität des Embryos (ca. 6-7 Wochen) v.a. die Bildung von Androgenen, allen voran das Testosteron die Organisierung der männlichen Entwicklung. Es ist also nicht vor allem das Y-Chromosom mit seinen ca. 20 Genen für die Ausbildung der Maskulinität verantwortlich, sondern die von ihm angeregte Hormonproduktion. Die Entwicklung der Hoden beeinflusst die Gehirnentwicklung, die endokrinologischen Vorgänge sind für die Ausbildung der Genitalien, der Prostata, der Samenproduktion usw. verantwortlich. Auch die stärkere Muskulatur, das Körperbild, im Gehirn² angelegte Verhaltensweisen wie erhöhte Aggressivität, Risikobereitschaft, Bewegungsdrang, Neigung zum Rivalisieren, eine schärfere Wahrnehmungsbereitschaft der (äußeren) Objektwelt werden durch das Testosteron gesteuert. Die bekannten Geschlechtsunterschiede wie Impulsivität, dominantes Verhalten, Neigung zur Externalisierung, Drang zur Eroberung und Beherrschung (auch des eigenen Körpers) lassen sich auf hormonellen Einfluss zurückführen.

6. Identität – bio-psycho-sozial gedacht

Ist also alles Testosteron?

Das wäre zu kurz gegriffen. Das menschliche Gehirn ist vor allem ein plastisches Organ, das sich lebenslang unter dem Einfluss von Umwelt- und v.a. Beziehungserfahrungen *und deren psychische Verarbeitung* verändert – bis ins hohe Alter. Selbst der Testosteronspiegel verändert sich durch lebens-

2 Vgl. hierzu Hüther 2008

geschichtliche Erfahrungen – sehr markant z.B. bei werdenden Vätern, die durch den Einfluss hormoneller Veränderungen fürsorglicher, empathischer, aber auch verwundbarer werden. Immer verschränkt sich die Biologie mit der Psyche und mit der sozialen Dimension des menschlichen Daseins. Wenn wir der Kultur eine organisierende Potenz zumessen, jeweils erwünschte und sozial funktionale Verhaltensweisen zu evozieren, so prägt dies nicht allein die Psyche des Individuums, sondern auch die Modifikation und Moderierung biologisch angelegter Dispositionen. Und immer hat der Mensch die Möglichkeit, aus prägenden Einflüssen durch eigene psychische Aktivität eine eigene Persönlichkeit zu gestalten, das gilt auch für die geschlechtsspezifische Identitätsentwicklung. „Das, was der Junge aus seiner Anatomie *macht*, ist ausschlaggebend für das Schicksal seiner Männlichkeit.“ (Diamond 2009, S 168).

Die körperliche Dimension der männlichen Geschlechtsidentität geht von vornherein eine prägende Verbindung ein mit elterlichen Bedeutungsgebungen, mit psychischen Identitätsbildern, die zweifellos von sozialen Erwartungen und Zuschreibungen, aber auch von Unsicherheiten und Brüchen geprägt sind.

Anders als beim Mädchen liegen beim Jungen die primären Geschlechtsorgane außen, sie sind sichtbar und damit auch ungeschützt. In der Säuglingszeit beginnt der kleine Junge erst mehr oder weniger zufällig, später mit gezielter Motorik seinen Penis zu entdecken und erkunden. (vgl. Tyson & Tyson 2001, S. 281ff.). Ein interessantes Organ, das sich vergrößern und verkleinern kann, mit dem zu spielen Lust bereitet, das sich aber auch ziemlich unabhängig gebärden kann. In diesen frühen Aneignungen des Körpers bildet sich ein erstes Körperselbst heraus, das in eine Kerngeschlechtsidentität mündet, die weitgehend auf Körpererfahrungen beruht: „ich bin ein Junge“ – was immer das für die sozio-psychologische Ausprägung, das Gender, heißt.

Was es aber *psychisch* bedeutet, „ein Junge zu sein“, ist nicht unabhängig von der Art und Weise der primären Beziehungen. Wie die Mutter ihr männliches Baby *sieht* – sowohl mit den Augen wie mit dem Herzen – , ob sich in ihren Blick ihre eigenen Erfahrungen mit dem Vater, mit Brüdern, Männern einmischen, welche inneren Bilder von Männlichkeit sie hat, teilt sich dem Baby mit. Erscheint im „Glanz im Auge der Mutter“ Stolz und Freude über ihren kleinen Jungen, oder ist der Blick getrübt von bedrängenden Erfahrungen, Angst oder gar traumatischen Reminiszenzen?

7. Vulnerabilität

Es ist bekannt, dass Jungen und Männer in vielen Lebensbereichen einem höheren Risiko ausgesetzt sind als Frauen und Mädchen. Dabei ist anzunehmen, dass sich die körperliche Konstitution und die sozialen Rollenmuster miteinander verschränken.

Nur wenige Beispiele: Lebenserwartung Männer: 78,5 Jahre; Frauen 83,2 Jahre;³ Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2023: Männer 57,8 %; Frauen 42,2 %⁴; nach der Homepage von ADHS Deutschland e.V. sind Jungen etwa viermal häufiger von ADHS betroffen als Mädchen⁵. Nimmt man die geschlechtsspezifischen Krebsarten heraus, sind Männer bei allen Krebsarten häufiger betroffen⁶. Kriminalitätsrisiko: Im Jahr 2023 wurden in Deutschland rund 536.200 Männer und 120.700 Frauen rechtskräftig verurteilt; der Männeranteil betrug also circa 82 Prozent⁷. „Junge Frauen schneiden bei Schul- und Hochschulabschlüssen durchschnittlich besser ab als junge Männer. 2023 waren 55 Prozent der Abiturienten in Deutschland Frauen, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden am Donnerstag mitteilte. Frauen fielen auch weniger bei Prüfungen durch und waren bei Hochschulabschlüssen erfolgreicher.“⁸ (Näheres und ausführlicher: Dammasch 2008).

Lässt sich diese Vulnerabilität zurückverfolgen zu ihren Anfängen?

Die Annahme von Sigmund Freud, Jungen phantasieren anfänglich, dass auch Frauen einen Penis haben (diese unbewusste Annahme lässt sich eine Zeitlang durch die Anschauung erstaunlich wenig stören), lässt sich zwanglos an Kindern beobachten.⁹ Wenig lässt sich auch die Phantasie des Jungen stören, dass er trotz des Besitzes des Penis ebenso ein Baby gebären kann wie die Mutter. Mit der Wahrnehmung des Geschlechtsunterschiedes jedoch stellt

3 <https://www.zeit.de/gesundheit/2025-10/lebenserwartung-sterblichkeit-maenner-frauen-deutschland-2025-gxe>

4 <https://herzmedizin.de/fuer-patienten-und-interessierte/vorsorge/risikofaktoren/herzkrankheiten-risiko-maenner-frauen>

5 <https://adhs-deutschland.de/adhs-adhs-ads/haeufigkeit>

6 <https://www.onko-portal.de/basis-informationen-krebs/allgemeine-informationen/krebshaeufigkeit-die-aktuellen-daten.html>

7 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1068769/umfrage/rechtskraeftig-verurteilte-personen-in-deutschland-nach-geschlecht/>

8 <https://www.spiegel.de/start/bildung-junge-frauen-uebertreffen-maenner-bei-abitur-und-hochschulabschluss-a-3d0e7c76-e8a0-4423-b0e8-d57b9d16ff5c>

9 Ebenso kann es einem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen, dass auch Mädchen die entsprechende Phantasie haben, Männer hätten eine Scheide.

gemäß Freud der Junge bei der Mutter v.a. einen Mangel feststellt: Sie verfügt über keinen Penis. Das führt zu der kindlichen Theorie, dieser wurde ihr genommen, sie sei also kastriert. Die Möglichkeit der Kastration evoziert beim Jungen frühe Kastrationsängste, die wiederum kompensiert werden durch den phallisch-genitalen Stolz, etwas zu haben, was die Mutter nicht hat, mithin zu der Phantasie einer phallischen Größe – die aber, weil latent bedroht, (über-)betont, aber auch geschützt werden muss. Geht also von der Mutter eine Kastrationsdrohung aus, so doch auch eine Anziehungskraft, sehnt sich doch der Junge nach der schützenden, nährenden und fürsorglichen Intimität mit der frühen Mutter. Diese Dichotomie in der frühen Identifikation mit der Mutter erzeugt eine innere Spannung, einen inneren Konflikt. Dieser wird in der weiteren Entwicklung verschärft durch das ödipale Begehren, die Mutter als Sexualobjekt exklusiv besitzen zu wollen, ein Begehren, dem der Vater entgegensteht. Gleichsam zwingend gesellt sich demnach zu dem Begehren der Beseitigungswunsch gegenüber dem Vater.

Entscheidend für die Ausprägung der männlichen Identität ist nun zweierlei:

Zum einen das väterliche Nein, die Botschaft des Vaters, dass der Junge die Mutter nicht besitzen kann, weil sie dem Vater gehört. Das väterliche Nein enthält einen wesentlichen Schub der männlichen Identitätsentwicklung, denn es verbietet zwar das innerfamiliäre, das inzestuöse Liebesobjekt, gibt aber alle anderen frei: „Du kannst, darfst und sollst aus allen möglichen Liebesobjekten dasjenige wählen, das am besten zu dir passt“. Freilich, das sei hier erwähnt, wird die Objektwahl nicht völlig frei sein von den frühen Erfahrungen und Identifizierungen mit den primären Liebesobjekten. Zum anderen ist damit ein Vorgang der Identifizierung mit dem Vater eingeleitet. Zur Rivalität gesellt sich der Wunsch, so zu *sein* wie der Vater, also ein Mann zu sein, der eben diese Freiheit der Objektwahl hat, und der überdies ja auch größer, stärker und mit einem zeugungsfähigen Penis ausgestattet ist.

Bleibt nun dem Jungen diese ödipale Begrenzung versagt, persistiert nicht allein ein unerfüllbares Begehren, sondern auch die frühe Kastrationsangst durch das Weibliche. Es entsteht die Angst, gleichsam mit der Mutter zu verschmelzen, von ihr verschlungen zu werden und in ihr zu verschwinden; die Mutterimago, das innere Bild von der Mutter gewinnt hexenhafte Züge. Dieses Motiv taucht auch in Märchen und Mythen auf, so z.B. in „Hänsel und Gretel“. Die fragile männliche Identität muss dann geschützt werden durch Demonstrationen hyperphallischer Größe, durch Abwendung vom Weiblichen, auch durch Verdrängung oder Abspaltung all dessen, was mit

Weiblichkeit assoziiert wird: Passivität, die Fähigkeit zur Empathie, Fürsorglichkeit, Rezeptivität, emotionale Reziprozität, das Eingehen gefühlsbetonter Beziehungen usw. Unter diesen inneren Bedingungen gerät Männlichkeit als Negativ-Folie all dessen, was von der Weiblichkeit gefürchtet wird, Mann sein heißt dann, vor allem nicht Frau zu sein; männlich wird man dann, indem man sich von allem Weiblichen abgrenzt; ein *positiver* Gehalt von Männlichkeit bleibt unterentwickelt. Jungen und Männer, denen ein präsentes väterliches Objekt in der Entwicklung fehlt, sind demnach ständig auf der Flucht, ständig in Bewegung, unablässig damit beschäftigt, ihre Größe, Stärke, Unabhängigkeit zu unterstreichen – unter Verleugnung ihrer anaklitischen Bedürfnisse (vgl. Dammasch 2008). Aber es ist eine gefährdete, eine instabile Größe. Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf einen (externalisierenden) männlichen Lebensstil, der den typischen zivilisatorischen Erkrankungen der Männer Vorschub leistet.

Untergründig jedoch persistiert eine Vatersehnsucht. Der Hang vieler Männer, sich starke Führungspersönlichkeiten zu wünschen und sich ihnen anzuschließen, aber auch der Wunsch, sich rivalisierend an ihnen zu messen, mag eine seiner Quellen in dieser Vatersehnsucht haben.

Es gibt aber auch eine wachsende Anzahl männlicher Jugendlicher und junger Erwachsener, die sich – vielleicht in Abgrenzung von einem hyperphallischen Männlichkeitsbild – grundsätzlich nicht männlich identifizieren wollen: sei es, dass sie eine Transition anstreben, sei es, dass sie sich als geschlechtsneutral, pansexuell oder asexuell definieren oder die Binarität des Geschlechts ablehnen. Sicherlich sind die unbewussten Motive dafür sehr vielfältig, inwieweit eine fehlende Väterlichkeit eine Rolle spielt, lässt sich vermuten, aus der klinischen Arbeit jedenfalls gibt es darauf Hinweise. Manifestiert sich hier eine Ausweichbewegung, eine Vermeidung oder gar Verleugnung männlicher Identität?

Das väterliche Gesetz, das auch die Werte der Kultur vermittelt, wird bekanntlich identifikatorisch verinnerlicht und bildet den Kern des Gewissens und begründet das Schuldgefühl. Die (innere) Stimme des Vaters erhebt sich dann, wenn das Gewissen beißt und zwickt, verstößt man gegen dessen Normen. Auch an dieser Stelle macht sich das Fehlen einer zugewandten und liebevoll eingrenzenden Väterlichkeit bemerkbar: das Gewissen, das Über-Ich ist schwach ausgeprägt und instabil. Die Moral passt sich dann äußeren Führerpersönlichkeiten an, mit Folgen, die wir aus der deutschen Geschichte nur allzu gut kennen.

Das Fehlen einer zugewandten Väterlichkeit¹⁰ hat aber auch eine weitere Folge. Das Ausgeliefert-Sein an inzestuöse Wünsche und Bindungen, aber auch womöglich das Begehren *durch die Mutter* führt unweigerlich zu der Wahrnehmung, dass der Junge zu klein, zu unreif und genital mangelhaft ausgestattet ist, um tatsächlich als Sexualpartner die Mutter zu befriedigen. Die Wahrnehmung, kleiner und unfähiger zu sein, als es dem Größenselbst entspricht, erzeugt eine Differenz zwischen Ich-Ideal und realem Ich. Diese Differenz ist ursächlich für Scham, ein unerträglicher Affekt, der wiederum verdrängt und gegenbesetzt werden muss. Andrew P. Morrison, ein amerikanischer Selbstpsychologe, hat diesen Kreislauf wie folgt beschrieben:

„Ein „Kind, das die Verbindung zu einem idealisierten Elternteil entbehren musste, (wird) idealhungrig und (sucht) unablässig nach einer Person oder Gruppe, der er sich anschließen könnte um sich selbst vollständig fühlen zu können und ganz besonders, um die Gefühle des Sichschämens untertauchen zu lassen...Scham scheint dann im warmen Nest der Zugehörigkeit zu verschwinden und taucht erst dann wieder auf, wenn die idealisierte Gruppe, Club, Institution oder Person nicht die Ideale des Suchenden erfüllt. Dann bricht die Scham erneut ein und die Suche nach einem neuen Helden beginnt von neuem“ (zit. nach Wurmser, 1997, S. XVII).

8. Identifizierung und Triangulierung

Diese triebtheoretische Betrachtung der Entwicklung der männlichen Identität¹¹ hat in der psychoanalytischen Theoriebildung zu der Vorstellung eines Wechsels der Identifizierungen geführt. Der Junge müsse sich, um einer männlichen Identität willen, von der Mutter „entidentifizieren“ und eine „Gegenidentifizierung“ mit dem Vater vornehmen. (Greenson 1993 [1968], Stoller 1968). Abgesehen von der Frage, wie denn dieser Vorgang der Entidentifizierung aussehen soll – eine Identifizierung kann man ja nicht einfach entsorgen – führt diese Vorstellung letztlich wieder zu einem Männlichkeitskonzept, das durch die Ablehnung des Weiblichen charakterisiert ist (Freud: „männ-

10 Über die vielfältigen Aspekte der Vaterschaft, ihrer äußeren und inneren Bedingungen, ihrer Entwicklung müsste ein eigener Artikel geschrieben werden. Aus der Fülle der Literatur weise ich hier auf zwei wichtige Werke hin: Dammasch, F., Metzger H.-G. (Hrsg.) (2006). Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsele Diamond, M.J. (2010). *Söhne und Väter. Eine Beziehung im lebenslangen Wandel*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsele

11 An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die hier skizzierte Männlichkeitsentwicklung kulturspezifisch ist (vgl. Heinemann 2010).

licher Protest“) und den *Gehalt* des Männlichen, mit dem sich der Junge zu identifizieren hat, lediglich negativ konstruiert (vgl. Diamond 2010b).

In diese Debatte schaltet(e) sich das Konzept der Triangulierung ein. Beginnend mit Ernst Abelin (1971) – er sprach noch von „Triangulation“ – und in Anlehnung an die Entwicklungspsychologie Margret Mahlers (Mahler et.al. 1982) besagt diese Vorstellung im Kern, dass sich der Junge aus einer frühen Symbiose mit der Mutter lösen müsse und im Vater ein „Drittes“ findet, eine Beziehung, die es ihm erlaubt, sich von der Mutter zu entfernen ohne sie aufgeben zu müssen (vgl. Hopf 2014, S. 88ff; vgl. Garstick 2019, S. 26ff). Damit gewinnt der Vater auch präödipl eine Bedeutung. Triangulierung ist nicht nur für den Jungen wichtig, sondern – mit anderer Konnotation – auch für das Mädchen.¹² Zunächst sah es so aus, als trete der Vater als „Dritter“ auf den Plan, um die primäre Dyade zu erweitern zu einer Triade, die einen neuen Entwicklungsraum eröffne. Diese Sichtweise lässt außer Acht, dass es bereits eine eigenständige Beziehung des Säuglings zum Vater, also eine frühe Vater-Kind Dyade gibt. (Blos 1990, Aigner 2004) Sie lässt auch fragen, ob die Dyade überhaupt als das Primäre in der psychischen Struktur angesehen werden kann. (Bürgin 1998, Lang 2011, Grieser 2011). Vielmehr ist die Triade bereits biologisch angelegt: aus einer weiblichen und einer männlichen Keimzelle entsteht etwas Drittes. Der Dritte ist also stets repräsentiert, selbst wenn er (als Vater) psychisch oder auch physisch fehlt. Die Triade ist dann geprägt durch eine Leerstelle, der Dritte ist durch seine Abwesenheit anwesend, und es kann kaum ein Zweifel bestehen, dass gerade diese Leerstelle psychisch prägend ist.

Innerhalb der primären Triade spielt sich also die Entwicklung der Männlichkeit ab. Es ist daher nicht sinnvoll, eine Dichotomie zwischen weiblicher und männlicher Identifikation anzunehmen, vielmehr ist mit Übergängen und Mischverhältnissen zu rechnen. Schließlich ist die Sexualität nicht ohne den Anderen denkbar – darauf hat Laplanche mit seiner allgemeinen Verführungstheorie hingewiesen (Laplanche 1988). Von der elterlichen erotischen Liebe geht für das Kind eine Botschaft aus, die es zu „entziffern“ gilt. Weil aber dieser Vorgang nie vollständig gelingt, bleibt ein rätselhafter Überschuss, das (verdrängte) sexuelle Unbewusste. Es ist nicht gleichgültig, welcher Art diese Botschaften sind, sie enthalten eben auch die kulturell geprägten Botschaften

12 Wer sich mit dem Triangulierungskonzept und seiner umfassenden Bedeutung näher auseinandersetzen will, dem sei folgendes Werk empfohlen: Dammasch, F., Katzenbach, D., Ruth, J. (Hrsg.) (2008). Triangulierung. Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel

der Eltern über das männliche Sexuale. Aus der Binarität der Keimzellen lässt sich nicht unmittelbar eine Dichotomie von Männlichkeit und Weiblichkeit ableiten – wie auch immer man sie definiert.

„...weder im psychologischen noch im biologischen Sinne (wird) eine reine Männlichkeit oder Weiblichkeit gefunden. Jede Einzelperson weist vielmehr eine Vermengung ihres biologischen Geschlechtscharakters mit biologischen Zügen des anderen Geschlechts und eine Vereinigung von Aktivität und Passivität auf, sowohl insofern diese psychischen Charakterzüge von den biologischen abhängen als auch insoweit sie unabhängig von ihnen sind (Freud 1905d, S 121)

Offensichtlich ist die Geschlechterpolarität einem soziokulturellen Prozess geschuldet, der eine strukturierende Funktion hat. Die Zuschreibung bestimmter Eigenschaften überwiegend an ein Körpergeschlecht, begleitet von Ge- und Verboten wird natürlich im Lauf der Entwicklung vom Individuum übernommen – aber auch bearbeitet. Zunächst geben sie dem Kind Sicherheit und Orientierung. „Aufgrund dieses frühen Sicherheitsgefühls können die Verluste des Jungen, die mit seiner Loslösung aus dem Orbit der Mutter einhergehen, den nuancenreicheren, flexibleren und komplexeren lebenslangen Genderidealen weichen.“ (Diamond, 2017, S. 46).

9. Die „uranfängliche Unvollständigkeit“

Damit gewinnt die Untersuchung der Vulnerabilität des Jungen (und Mannes) eine neue Dimension. Diamond (2017) geht von einer „uranfänglichen Verwundbarkeit und Unvollständigkeit“ aus, „die einzigartige, mit fortwährendem Konflikt, mit Verwirrung und psychischen Arbeitsanforderungen verbundene Schwierigkeiten aufwerfen.“ (Diamond 2017, S. 48).

Zunächst ist hier von der anthropologischen Grundkonstante zu sprechen, die dem menschlichen Säugling zu eigen ist: die fundamentale Abhängigkeit von einer nährenden und existenzsichernden Mutter, ohne die der kleine Mensch hilflos und nicht überlebensfähig ist. Diese gleichen Bedingungen für beide Geschlechter – aus einer Frau geboren, von einer Frau abhängig – bedeuten jedoch für Mädchen und Jungen Verschiedenes.

Bereits in den „rätselhaften Botschaften“ über die Sexualität, die der Säugling von den Eltern empfängt und die ihm die lebenslange Aufgabe stellen, sie zu entziffern (Laplanche), ist eine Differenzierung der Geschlechter enthalten. Wenn unsere Annahme plausibel ist, dass geschlechtliche Identität im Sinne von Gender sich stets im Austausch mit dem Anderen entwickelt, so

nimmt sie hier ihren Anfang – oder besser, wird hier weitergegeben. Aber es kommt noch eine psycho-physische Aktivität des Individuums hinzu. Mit der Muttermilch resp. der Nahrung, die die Mutter gibt, nimmt der Säugling ja nicht allein eine zu verdauende Materie auf. Im Vorgang des Stillens erfährt das Kind die Mutter, es erfährt ihren Körper, ihre Bewegungen, ihre Stimme und ihre Stimmung, ihre Blicke, ihre Emotionen usw. Psychisch gesehen *ist* die stillende Brust die Mutter oder allgemeiner: Das Mütterliche.¹³ Dies ist ein ganz elementarer Vorgang: eine Inkorporation des Objekts. Der früheste Modus, wie ein Mensch von einem Anderen etwas bekommen kann, ist die Inkorporation. In einem reiferen Stadium, wenn sich das innere Bild der Mutter differenziert, ist dieser Vorgang weniger total und wird von der Identifizierung abgelöst. Die Identifizierung ist ebenfalls ein Vorgang, wie man etwas von einem anderen bekommen kann, nun aber auf einer psychischen Ebene, somatische Vorgänge werden „psychisiert“, es wird nicht mehr die „ganze Mutter“ einverleibt, sondern Aspekte der Mutter in die psychische Organisation via Repräsentanzenbildung eingegliedert. Die Identifizierung schafft eine psychische Verbindung zur Mutter, diese ist so lebensnotwendig wie die Inkorporation. Bevor also der Junge im ödipalen Dreieck die Mutter besitzen will, will er präödiplal so *sein* wie die Mutter, wenn anders er die Mutter innerlich verliert. Es bildet sich also im Jungen in dieser Identifikation eine primäre Mütterlichkeit heraus.

Diese hier skizzierten Vorgänge lassen sich mutatis mutandis auch auf den Vater übertragen. Zwar reicht der Vater dem Kind nicht die Brust, aber er hat ebenfalls, wenn es gut geht, eine nährenden, schützenden, lebenserhaltenden Funktion – anders jedoch als die Mutter. In den Armen des Vaters erfährt der Säugling eine andere Körperlichkeit, eine andere Stimme, andere Emotionen. Väter pflegen mit ihren Kindern eine eher herausfordernde Körperlichkeit, eine bewegungsbetonte, wenn der Vater mit seinem Kind durch den Park läuft, eine wilde und lustvolle, wenn der Vater sein Kind hochwirft und sicher wieder auffängt, oder wenn er es schützend birgt: „er fasst ihn sicher, er hält ihn warm“, wie es Goethe im „Erlkönig“ beschreibt. Auch in diesen inkorporativen, später identifikatorischen Vorgängen wird der Vater zu einer prägenden inneren Gestalt der sich entfaltenden Psyche. Die „primäre Dyade“ mit dem Vater ist ebenso identitätsbildend wie diejenige mit der Mutter.

13 Wenn dieser Vorgang auseinandergerissen wird, wenn etwa die Pflegeperson sich ausschließlich auf die Ernährung reduziert und alle eigenen emotionalen Regungen unterdrückt oder abspaltet, entsteht eine katastrophale Situation, die schlimmstenfalls in eine anaklitische Depression mündet, wie sie René Spitz beschrieben hat (Spitz 1996).

10. Triadische Identität

Nun lässt sich kritisch fragen, ob sich diese frühen identifikatorischen Vorgänge lediglich im Raum zweier Dyaden abspielen. Erinnern wir uns an die rätselhaften Botschaften nach Laplanche. Mutter und Vater kommen nicht getrennt vor, sondern als sexuelles Paar.¹⁴ Die Identifikation des Kindes ist stets auch eine Identifikation mit dem Elternpaar – wie immer dieses aussehen mag, eine Identifikation also mit einer Verbindung. Die Mutter gibt es nicht ohne den Vater, den Vater gibt es nicht ohne die Mutter. Im Inneren der Mutter begegnet das Kind der väterlichen Imago – vice versa. Damit aber ist die primäre Identifikation eine *triadische*.

Wenn diese Überlegungen plausibel sind, wirkt die Forderung an den Jungen, sich von der Mutter zu „entidentifizieren“, einigermaßen künstlich und einseitig. Freilich muss der Junge spätestens dann, wenn der Geschlechtsunterschied repräsentiert ist, diese triadische Identifikation modifizieren. Irgendwann wird der Junge abgestillt. Es bleibt die Sehnsucht nach der frühen Mutter, der Wunsch, nach dem Verlust der Mutterbrust zu ihr zurückzukehren. Dem steht nun die Wahrnehmung im Weg, dass er (anders als das Mädchen) nicht so sein kann wie die Mutter. Er kann nicht empfangen, er kann nicht gebären, er kann nicht stillen, er kann jedoch, wenn der väterliche Aspekt der Identifikation stabil genug verankert ist, wahrnehmen, dass er eindringen, zeugen, schützen kann. An dieser Stelle der männlichen Identitätsentwicklung ist es, wie dargestellt, ganz entscheidend, dass der Junge einen Vater hat, der ihm über diesen Verlust hinweghilft, der seine Angst, von der ersehnten nährenden, omnipotenten Mutter verschlungen und vernichtet zu werden, relativiert und der seinen phallischen Stolz bestätigt, ohne jedoch das Mütterliche zu entwerten oder eine Abkehr von der mütterlichen Identifikation zu erzwingen. Damit wäre die Grundlage geschaffen, auch den ödipalen Konflikt und die damit einhergehende männlichen Identitätsbildung zu bewältigen, ohne das Mütterlich-Weibliche in sich abzulehnen und hyperphalisch gegenzubesetzen.

Die hier skizzierte Vorstellung über die frühe männliche Identitätsbildung bestätigt die hellsichtige Erkenntnis von Sigmund Freud, dass dem Menschen eine konstitutionelle Bisexualität inhärent ist. Freud verfügte noch nicht über eine detaillierte Information über die biologische Entwicklung eines männlichen Embryos, auch kannte er die von ihm vermuteten „chemischen Stoffe“

14 In der Psyche des Kindes ranken sich stets mehr oder weniger unbewusste Phantasien um die Urszene (vgl. Metzger 2017, S. 270ff)

noch nicht, die diesen Prozess steuern: die Hormone. Aber er war ein genialer Beobachter der unbewussten psychischen Manifestationen, die ihn zu dieser Erkenntnis führten. Inzwischen ist diese Vorstellung nicht allein durch biologische und physiologische Forschung, nicht zuletzt durch die Hirnforschung bestätigt, sondern auch durch die Genderforschung. Eine starre Dichotomie der Geschlechter hält sich zwar hartnäckig und wird zäh verteidigt, muss aber als Versuch einer Komplexitätsreduktion angesehen werden. Es fällt den meisten Menschen in ihrer Alltagserfahrung leichter, Eindeutigkeiten zu schaffen, was eine Frau und was ein Mann ist – wie immer diese Bilder gesellschaftlich-kulturell geprägt und tradiert werden. Es dürfte jedoch für die Identitätsentwicklung von Jungen und Männern weitaus hilfreicher sein, auf diesem Gebiet gewisse Ambiguitäten nicht nur zu ertragen, sondern eine besondere Chance darin zu sehen. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten, Junge und Mann zu sein, und es schafft innere und äußere Freiheit und wohl auch eine gesündere Lebensbewältigung, das Weibliche im Mann anzuerkennen und zu schätzen. Es könne dazu führen, dass sich Männer mehr für Gleichberechtigung einsetzen, sich mehr in Care-Berufen engagieren und überhaupt eine reife Fürsorglichkeit herausbilden. Das würde nicht nur einer integrierten Identitätsbildung männlicher Nachkommen helfen (vgl. Aigner 2009), sondern im besten Fall auch das männliche Herrschafts-, Macht- und Unterwerfungsstreben relativieren, das unsere kulturelle Entwicklung mehr und mehr in eine Sackgasse führt.

11. Totalismus oder Ambiguität?

Wie also kann in einer Zeit der Individualisierung und Fragmentierung sich eine männliche Identität herausbilden?

Es gibt ein tief verankertes psychisches Bedürfnis nach Kohärenz, darauf hat Heinz Kohut, wie oben beschrieben, hingewiesen. Kohärenz ist nicht gleich Identität, aber das Streben nach Kohärenz ist ein wesentlicher Motor der Identitätsbildung. Unser Ich widersetzt sich der beliebigen Verfügbarkeit des Identitätserlebens in immer wechselnden gesellschaftlichen An- oder Überforderungen, es widersetzt sich der Verbiegbarkeit, in widersprüchlichen Segmenten des gesellschaftlichen Lebens jedem Herren zu dienen, es widersetzt sich schlimmstenfalls durch die Dysfunktionalität psychopathologischer oder psychosomatischer Symptombildung. Dass Männer hier besonders anfällig sind, muss als Warnung dienen. Männliche Identität bildet sich, wie gezeigt, von Anfang an in einem Austausch zwischen dem Individuum und den Anderen, der gesellschaftlich-kulturellen Umgebung. Es liegt nahe, den

Ambiguitäten dieses lebendigen Prozesses zu entfliehen und sich etwa aufgepfropften rigiden Forderungen zu unterwerfen, wie ein Mann zu sein hat (solche fordernden Vorstellungen grassieren inzwischen mannigfach in sozialen Medien). Dann entsteht Totalismus - an dieser Erkenntnis Eriksons kommen wir auch heute nicht vorbei. Der Totalismus ist tyrannisch, er richtet sich im Inneren durch ein rigides Ich-Ideal ein. Es ist von größter Dringlichkeit, solchen Entwicklungen auf pädagogischer und psychologisch-psychotherapeutischer Ebene zu begegnen. Jungen und Männer müssen sich von solchen Zuschreibungen befreien – und man muss ihnen dabei helfen. Eine nicht-totalitäre Identität ist eine lebenslange Anforderung an den Menschen und hat viel mit Integrität und Authentizität zu tun. Ich bin überzeugt, dass Männer an Lebensqualität gewinnen, wenn sie sich dieser Anforderung stellen.

Literatur

- Abelin, E.L. (1971). The Role of the Father in the separation-Individuation Process. In: McDevitt, J.B. und Settlage, C.F. (Hrsg.). *Separation-Individuation: Essays in Honor of Margret S. Mahler*. New York: International Universities Press, Inc. S. 229-253
- Aigner, J.C. (2004). Der frühe dyadische Vater. Zur Bedeutung der frühen Vaterbeziehung für die Entwicklung von Kindern. *AKJP* 122, 187-220
- Aigner, J.C. (2009). „Public Fathers“. Überlegungen zu Männern in der öffentlichen Erziehung (und in der öffentlichen Repräsentation). In: Dammasch, F., Metzger H.-G., Teising M. (Hrsg.). *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel. S. 53-64
- Blos, P. (1990). *Sohn und Vater. Diesseits und jenseits des Ödipuskomplexes*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bohleber, W. (2004). Adoleszenz, Identität und Trauma. In: Streek-Fischer, A. (Hrsg.). *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart: Klett Cotta, S. 229-242.
- Burchartz, A. (2023). Adoleszente Identitätsbildung in Zeiten des Selbstoptimierungszwanges. In: Teising, M., Burchartz, A.: *Die Illusion grenzenloser Verfügbarkeit. Über die Bedeutung von Grenzen in Psyche und Gesellschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Bürgin, D. (1998). Psychoanalytische Ansätze zum Verständnis der frühen Eltern-Kind-Triade. In: von Klitzing, K. (Hg.). *Psychotherapie in der Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 15-31
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Conzen, P. (2017). *Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Damasch, F., Metzger H.-G. (Hrsg.) (2006). *Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Damasch, F. (2008). Die Krise der Jungen. Statistische, sozialpsychologische und psychoanalytische Aspekte. In: Ders. (Hrsg.). *Jungen in der Krise. Das schwache Geschlecht? Psychoanalytische Überlegungen*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, S. 9-28

- Dammasch, F. (2008). Vaterlose Jungen zwischen Größenphantasien und Verfolgungsangst. In: Ders. (Hrsg.). *Jungen in der Krise. Das schwache Geschlecht? Psychoanalytische Überlegungen*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, S. 127-143
- Dammasch, F., Katzenbach, D., Ruth, J. (Hrsg.) (2008). *Triangulierung. Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Diamond, M.J. (2009). Das Unbehagen an der Männlichkeit. Die Internalisierung der „Mutter“ im Mann – ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung einer gesunden männlichen Geschlechtsidentität. In: Dammasch, F., Metzger H.-G., Teising M. (Hrsg.). *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel. S. 161-199
- Diamond, M.J. (2010). *Söhne und Väter. Eine Beziehung im lebenslangen Wandel*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Diamond, M.J. (2010b). Enträtselte Maskulinität. Die Ursprünge der männlichen Geschlechtsidentität und die Veränderung männlicher Ich-Ideale im Lebenszyklus. *AKJP* 147, 331-366
- Diamond, M.J. (2017). Männlichkeit – ein schwer zu fassender Begriff. Uranfängliche Verwundbarkeit, Mangel und die Herausforderungen der männlichen Entwicklung. In: Metzger, H.-G., Dammasch, F. (Hg.). *Männlichkeit, Sexualität, Aggression. Zur Psychoanalyse männlicher Identität und Vaterschaft*. Gießen: Psychosozial, S. 35-90
- Erikson, H. E. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. Dt: *Jugend und Krise*. 1981. Übersetzt von Marianne von Eckardt-Jaffé. Frankfurt/M., Berlin, Wien: Klett-Cotta im Ullstein-Taschenbuch.
- Erikson, E.H. (1989). *Childhood and Society*. Dt: *Kindheit und Gesellschaft*. 1971. Übersetzt von Marianne von Eckardt-Jaffé. 14. Aufl. 2005. Stuttgart: Klett-Cotta
- Faludi, S. (2018). *Die Perlenohrringe meines Vaters. Geschichte einer Neuerfindung*. München: dtv
- Freud, S. (1905d). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW. V, S. 27-145. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Garstick, E. (2019). *Väter in der psychodynamischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Die Triangulierung und das väterliche Prinzip*. Stuttgart: Kohlhammer
- Greenson, R.R. (1993 [1968]). Die Beendigung der Identifizierung mit der Mutter und ihre besondere Bedeutung für den Jungen. In: Ders. *Psychoanalytische Erkundungen*. (S. 257-264). Stuttgart: Klett-Cotta
- Grieser, J. (2011). *Architektur des psychischen Raumes. Die Funktion des Dritten*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Heinemann, E. (2010). Wie wird der Mann zum Mann? Ethnopschoanalytische Reflexionen über Bisexualität und Ödipalität in der männlichen Entwicklung. *AKJP* 147, 367-387
- Hopf, H. (2014). *Die Psychoanalyse des Jungen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hüther, G. (2008). Das schwache Geschlecht und sein Gehirn. In: Dammasch, F.. (Hrsg.): *Jungen in der Krise. Das schwache Geschlecht? Psychoanalytische Überlegungen*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, S. 29-38

- Kohut, H. (1979 [1977]). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Lang, H. (2011). *Die strukturelle Triade und die Entstehung früher Störungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Laplanche, J. (1988). *Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze*. Tübingen: edition diskord
- Mahler, S.M., Pine F. und Bergmann, A. (1982). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Mead, G.H. (1975 [1934]). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Zweite Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Metzger, H.-G. (2017). Künstliche Befruchtungen, neue Sexualitäten und die Bedeutung der heterosexuellen Urszene. In: Metzger, H.-G., Dammasch, F. (Hg.). *Männlichkeit, Sexualität, Aggression. Zur Psychoanalyse männlicher Identität und Vaterschaft*. Gießen: Psychosozial, S. 261-276
- Nüsslein-Vollhard, C. (2022). Viele Geschlechter? Das ist Unfug. Emma 5, 2022, 16-18
- Rosa H. (2005). *Beschleunigung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Salge, H. (2017). Zwischen Selbstoptimierung und Verweigerung – Spätadoleszenz im Zeitalter der Transparenz, Digitalisierung und Beschleunigung. In: Psychoanalytisches Institut Stuttgart e.V. (Hrsg): *Vorträge 2013-2015*, S. 153-169. Stuttgart: Eigenverlag
- Spitz, R. (1996 [1965]). *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. 11.Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta
- Stock, K. (2022). *Material Girls. Warum die Wirklichkeit für den Feminismus unerlässlich ist*. Berlin: Tiamat
- Stoller, R.J. (1968). *Sex and Gender, Vol.1: On the Development of Masculinity and Femininity*. London: Hogarth Press
- Tyson, P., Tyson, R.L. (2001 [1990]). *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Winnicott, D.W. (1974 [1965]). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler
- Wurmser, L. (1997). *Die Maske der Scham*. 3., erw. Aufl. Springer: Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Budapest; Honkong; London; Mailand; Paris; Santa Clara; Singapur; Tokio

Autor:

Arne Burchartz

Goppeltstr. 12

74613 Öhringen

arne.burchartz@gmx.de

Interessenkonflikte: keine

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: im Schnittpunkt zwischen Körper, Seele und Gesellschaft

Jakob Höger

„Man muß die Menschheit lieben, um in das
eigenthümliche Wesen jedes einzudringen;
es darf einem keiner zu gering, keiner zu häß-
lich seyn, erst dann kann man sie verstehen“

Georg Büchner „Lenz“ (1835)

Zusammenfassung:

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt innerhalb der Medizin eine Sonderstellung ein. Sie bewegt sich nicht nur im Spannungsfeld zwischen einer rational-naturwissenschaftlichen und einer biographisch-hermeneutischen Orientierung, sie zeichnet sich theoretisch zusätzlich durch das Zusammenspiel neurobiologischer Dispositionen und psychosozialer Entwicklungsaspekte aus.

Im vorliegenden Text geht es um die vielfältigen Herausforderungen, welche die jungen Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bewältigen müssen und inwiefern dabei die im Medizinstudium erworbenen Kenntnisse und Grundhaltungen förderlich oder auch hinderlich sein können.

Schlüsselwörter:

Präparierkurs, Tabubrüche, Sozialisierung der Schuld, Medizinisches Modell, Paradigmenwechsel, Entwicklungspsychiatrie, Entwicklungspsychopathologie, Psychodynamik

Child and adolescent psychiatry and psychotherapy: At the intersection of body, mind, and society

Summary:

Child and adolescent psychiatry hold a unique position within medicine. It operates not only in the tension between a rational-scientific and a biographical-hermeneutic approach but is also theoretically characterized by

the interplay of neurobiological dispositions and psychosocial developmental aspects.

This text focuses on the diverse challenges that young doctors must overcome on their way to becoming specialists in child and adolescent psychiatry and psychotherapy, and the extent to which the knowledge and fundamental attitudes acquired during medical school can be either beneficial or hindering in this process.

Key Words:

Dissection course, taboo breaches, **socialization of guilt**, medical model, paradigm shift, developmental psychiatry, developmental psychopathology, *psychodynamics*

Einleitung

Unvoreingenommen und wohlwollend sollen und möchten wir den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern gegenüberreten, die bei uns Rat suchen. Dabei achten wir selbstkritisch darauf, sie nicht im gewohnten alltäglichen Sinne zu richten und zu kategorisieren.¹ Wir hoffen vielmehr, ein wenig von der Not der jungen Menschen und ihrer Familien zu verstehen.

Unsere ureigenste Aufgabe als Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es weiter, neben den seelischen und sozialen Aspekten mögliche somatische Faktoren im Auge zu behalten. Mit den Worten von Hubertus Tellenbach: der Psychiater ist das »Methoden-chamäleon« unter den Medizinern.² Im Studium stehen erst einmal die naturwissenschaftlichen Grundlagen ganz im Vordergrund.

Das Studium der Humanmedizin und der ärztliche Alltag – gespickt mit Grenzsituationen und Tabubrüchen

Mitte des 19. Jahrhunderts nahm das moderne Krankheitsmodell endgültig Form an. Mit der Wende von der *Humoralpathologie* zur *Solidarpathologie* wurden Krankheiten nicht mehr als Dyskrasie, d.h. als Ungleichgewicht der vier Körpersäfte interpretiert. Die Beschwerden eines Patienten und die erhobenen Befunde wurden jetzt vielmehr als Anzeichen für eine räumlich lokalisierbare Störung gewertet – idealtypisch für einen Prozess mit definierter Ursache und Entstehungsgeschichte und daraus resultierenden Symptomen. Für Patienten ist es nicht nur angstmindernd, wenn das Bedrohliche einen

1 Loch 1981, 158

2 Tellenbach 1975, 138

Namen erhält, dieses Modell ermöglicht vor allem auch Vorhersagen. Es sind nicht zuletzt die Prognose und die Art der Therapie, die den Patienten brennend interessieren.

Dem naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell entsprechend stehen im ersten Abschnitt des Medizinstudiums die Anatomie, die Physiologie und die Biochemie im Vordergrund. „Das Kernstück des anatomischen Unterrichts ist der *Präparierkurs*. Einführende Veranstaltungen, in denen die Körperspende und der Umgang mit dem toten Körper erläutert werden, erlauben heutigen Studenten eine behutsame erste Kontaktaufnahme mit „ihrem“ Leichnam“³. In den 1960er und 70er Jahren hatte noch gegolten: „Im Seziersaal zeigt sich, ob der junge Student tauglich für seine künftige Arbeit ist.“⁴ „Wer nicht stur auswendig lernen oder Grauererregendes ertragen konnte, hatte im Medizinstudium nichts zu suchen.“⁵

In einer Entwicklungsphase, in der noch vieles im Fluss und die persönliche Identität noch keineswegs gefestigt ist, sezieren 6 bis 8 Studierende gemeinsam einen enthaarten und fixierten Leichnam. Dieser Präparierkurs ist nicht nur eine Belastungs- und Bewährungsprobe – der Präpkurs ist auch eine *Initiation*⁵, d.h. die prospektive Aufnahme und Einbindung der Studierenden in die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Dazu die Medizinsoziologin Susanne Egbert:

„Das konkrete praktische Arbeiten an der Leiche wird flankiert von unscheinbaren, aber nichtsdestotrotz wichtigen Begleitumständen, die eine große Rolle bei der Sozialisation spielen ... Zum ersten Mal empfinden die Studierenden, dass sie eine Sonderstellung einnehmen: sie dürfen exklusiv den Präpariersaal betreten, Angehörige anderer Fakultäten haben keinen Zugang. Der Kittel, das eigene Präparierbesteck und das Durchführen des Waschrituals, welches an die Chirurgie erinnert, tragen das ihrige dazu bei, dass sich unbewusst eine Identifizierung mit dem Arztberuf einstellt.

Als besonders wichtiger Punkt ist das Erlernen der medizinischen Fachsprache anzuführen, dass das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen und zur antizipierten Gruppe stärkt. Das Erwerben der medizinischen Sprache vermittelt Sicherheit und Gruppenzugehörigkeit.“⁶

3 Eggers et al. 2007

4 Glaser 1967, 130

5 Vgl. Schomburg-Scherff 2005, 245

6 Egbert 2005, 81

In kulturgeschichtlicher Hinsicht ist der Zugriff der neuzeitlichen Medizin auf den toten Körper freilich deutlich mehr als eine Grenzverletzung, er ist ein *archaischer Tabubruch*, ein Verstoß gegen uralte, heilige Verbote bzw. Meidungsgebote: Dies zum einen im Hinblick auf die Totenfürsorge, wo bestimmte Maßnahmen ergriffen werden müssen, um den Verstorbenen sicher in das Totenreich zu überführen; zum anderen müssen sich die Lebenden durch die Einhaltung tradierter Vorschriften vor den Toten schützen, da diese sonst wiederkehren und sich an den Lebenden in verschiedenster Form rächen könnten.⁷

Im praktischen Alltag verletzen Ärztinnen und Ärzte später fortlaufend *konventionelle Tabus*, d.h. ungeschriebene, kulturell tief verankerte gesellschaftliche Regeln, die bestimmte Gesprächsthemen und Handlungen aus Gründen der Scham oder der Moral verbieten. Sie setzen sich über Kommunikationstabus („Darüber spricht man nicht“), Zeigetabus („Man entblößt sich nicht“) und vor allem Berührungstabus („Das berührt man nicht“) hinweg.⁸

Im Seziersaal haben die Studierenden Gelegenheit mit einer Grenzsituation und einem absoluten Tabubruch umzugehen. Dies illustriert der Film «Tisch N°6» aus dem Jahr 1998 in eindrucksvoller Weise. Er begleitet vier Studierende der Medizin im Präpkurs und dokumentiert u.a. anhand von Träumen vor allem auch ihr verborgenes emotionales Erleben.

Zu Beginn des Kurses überwiegen Scheu und Beklommenheit und für kurze Zeit auch Ekel und Übelkeit. Bereits nach wenigen Tagen ist der Leichnam für viele jedoch schon primär „das Präparat“ – zumal die fortlaufenden Testate einen immensen Druck erzeugen.

Vor allem die jungen Frauen unter den Studierenden haben sich gleichwohl den Blick für die Person des Toten bewahrt, aber auch die Sensibilität für den Verstoß gegen kulturgeschichtliche Tabus. So hatte eine Studentin das Gefühl, sie müsste den Toten für die Nacht zudecken: „Wie [zum] Schlafen gehen. Das hatte so etwas Fürsorgliches. Und dann war’s wieder plötzlich die Leiche.“ – Eine andere Studentin berichtete, dass sie hauptsächlich „von den Messern [träume], vom Schneiden. In den Träumen vom Präpen ist die Betonung immer ganz stark auf die Messer gelegt. Dass ich was mit den Messern machen muss oder dass ich mich damit verteidigen muss. Ich hab’ zum Beispiel einmal geträumt, ich fahre die Leiche aus dem Saal ‘raus in den Aufzug und ich

7 Bauer 2005

8 Vgl. Schröder 2010

weiß, die Leiche liegt unter dem Tuch und hat ein Messer und ich habe auch ein Messer und meins ist größer und ich muss es eben schaffen, zuerst auf die Leiche zustechen, bevor sie auf mich sticht. Und ich war ganz ruhig und stand in dem Aufzug und habe gewartet, bis die Leiche jetzt irgendwann auftaucht und das Messer erhebt und ich dann zustechen kann.“

Bei der Phantasie, den Leichnam fürsorglich für die Nacht zuzudecken, deutet sich die durch den Sezierkurs implizit intendierte Fähigkeit an, „mit der Mehrdeutigkeit des Leichnams umzugehen, der ja gleichzeitig ‚Materie‘ und ‚Person‘ ist.“⁹

In dem Traum mit den Messern und dem Schneiden kommt der oben thematisierte Verstoß gegen ein archaisches Tabu zum Ausdruck; mit solch einem Tabu versehene Handlungen sollten streng gemieden werden, da sie ungeahnte Gefahren heraufbeschwören können. Der Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich schrieb dazu:

„Noch kein menschlich Gezeugter und Geborener ist vor die Leiche eines Mannes oder einer Frau getreten, gar mit der Absicht, Hand an sie zu legen, ohne daß das Unheimliche zugegen war: die Angst vor dem Zorn des Gottes oder der Götter, vor einer Rache für sein Tun, die ihn selbst zum Toten macht.“¹⁰

Im Präparierkurs ist nun ganz wesentlich, dass der einzelne Student und die einzelne Studentin Teil einer Gruppe sind. Dadurch wird der ‚Zorn der Götter‘, dadurch wird die Schuld bei dem Bruch des archaischen Tabus auf viele Schultern verteilt.

Die Psychologin Hannelore Schwaiger, die sich damals eben auf ihr medizinisches Staatsexamen vorbereitet hat, und der Soziologe Heinrich Bollinger haben Anfang der 1980er Jahre die Folgen des archaischen Tabubruchs für die ärztliche berufliche Tätigkeit freilich als konstruktiv gewertet:

„Das ‚heimliche Curriculum‘ des Anatomiekurses hat zum Ziel, dem angehenden Arzt (und der angehenden Ärztin) beizubringen, mit zivilisatorischen Selbstverständlichkeiten, vor allem mit Scham-, Ekel- und Distanzgrenzen und Aggressionstabus anders und neu umzugehen. Die strategische Bedeutung des Anatomiekurses liegt u.E. darin, daß solche zivilisatorischen Selbstverständlichkeiten zunächst zerstört werden

9 Winkermann 2013, 41

10 Mitscherlich 1973, 257

(Entgrenzung) und dann differenziert, den Anforderungen des Berufs entsprechend, neu strukturiert werden“(Herv. J.H.).¹¹

Mit anderen Worten: Nach dem Kurs der makroskopischen Anatomie ist die Medizinstudentin eine andere, ist der Medizinstudent ein anderer. Wenn alles gut geht, haben sie gelernt, tiefe Verunsicherungen zu bewältigen und sie haben sich eine vergegenständlichende, distanzierende Einstellung zum menschlichen Körper aneignet.

Nach dem Physikum und der Ersten Ärztlichen Prüfung warten auf die Studierenden andere Herausforderungen. So ist im „Kloppkurs“, wie der Untersuchungskurs in der Inneren Medizin salopp genannt wird, die Krankheitsanamnese und die körperliche Untersuchung von Patienten und Patientinnen Thema. Neben dem Erwerb fachlicher Fertigkeiten geht es dabei um die ungewohnte Situation, einem fremden Menschen so nahe zu kommen wie sonst nur der Freundin oder dem Freund. Beispielsweise bei der Perkussion und Auskultation von Herz und Lunge.

Ärzte und Ärztinnen sind «Berufsberührer par excellence». „Das spitzt sich zu bei der Durchschreitung von Körperöffnungen (Anus, Vagina, Mundhöhle), oft mit Untersuchungsinstrumenten. Die Ärzteschaft und das Pflegepersonal sind quasi ausnahmberechtigt in geeigneter Weise, taktvoll in diese Intimbereiche vorzudringen.“ Ist es nun auch taktvoll, wenn ein Urologe bei der Digitalen Rektalen Untersuchung zum Ertasten der Prostata dies „rasch, überrumpelnd, mit oder ohne Ankündigung“ tut? Werden „die darin enthaltene Submission, Penetration, die symbolisch sexuelle Komponente, Peinlichkeit, Schmerz, Ekel alle überwunden durch die betonte Rationalität der Arztrolle und das Ausnahmereglement für Intimität berührende Untersuchungssituationen“¹²?

Tatsächlich zähle die Fähigkeit zum „beherzten Zupacken“ – so Mannebach in seinen „Reflexionen über den ‚Guten Arzt‘“ – zu den handwerklichen Basiskompetenzen des Arztes. Dabei gelte generell, dass zwischen Arzt und Patient „ein interpersonelles Arrangement zur Abwehr von Angst (besteht), wobei der Patient seine Angst zeigen und benennen darf, der Arzt dagegen nicht.“¹³

11 Schwaiger und Bollinger 1981, 28

12 Kuhlmeier & Rosemeier 2005, 14/12

13 Mannebach 2001, 87/86

Kleiner Exkurs: Ärztliches Handeln zwischen Wissenschaft und Kunst

Anfang der 1990er Jahre konstatierte der Philosoph Hans-Georg Gadamer: „Es wäre begrüßenswert, wenn man sich der Unterschiede bewußt würde, die zwischen wissenschaftlicher Medizin und eigentlicher Heilkunst bestehen. ... Offenkundig läßt sich das eine, das Wissen im Allgemeinen, lernen, das andere läßt sich nicht lernen, sondern muß durch eigene Erfahrung und durch eigene Urteilsbildung langsam reifen.“¹⁴

Die Brüder Dreyfuß haben für den weiten Weg vom Novizen bis zum Experten ein Stufen-Modell vorgeschlagen.¹⁵ Angewandt auf die Medizin können diese Stufen den folgenden Aus- und Weiterbildungsabschnitten zugeordnet werden¹⁶:

(5) Fachärzt*in	„Expert“
(4) Fortgeschrittene Weiterbildung	„Proficient“
(3) Frühe Weiterbildung	„Competent“
(2) Studierende im praktischen Jahr	„Advanced beginner“
(1) Anfänger* in	„Novice“

In ihrem Aufsatz „Vom Neuling zum Experten“ betonen die Brüder Dreyfuß, dass „die beiden höchsten Stufen des Könnens ... durch ein rasches, flüssiges und anteilnehmendes Verhalten [gekennzeichnet sind], das mit dem langsamen, distanzierten Überlegen beim Problem-Lösen kaum signifikante Ähnlichkeiten aufweist.“ Sie beschreiben den Übergang zur Gewandtheit (Proficiency) also als einen *qualitativen* Wandel, gewissermaßen als Schritt vom linearen zum divergenten Denken.

Eine ärztliche Tätigkeit, welche Wissen, klinische Fertigkeiten und klinische Erfahrung einsetzt, um Patienten optimal zu betreuen, kann aber als „*ärztliche Kunst*“ definiert werden. „Dabei muss eine einfühlsame menschliche Beziehung zum Patienten aufgebaut werden („to take care“) und das klinische Denken mit den 3 Säulen der evidenzbasierten Medizin verbunden werden (wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Kompetenz und Erfahrung, Werte und Erwartungen der Patienten).“¹⁷

14 Gadamer 1991, 644

15 Dreyfus & Dreyfus 1987, 51. Vgl. Dreyfus & Dreyfus 1980

16 Vgl. Breckwoldt & Gruber 2022

17 Bassetti et al. 2024, 1407

Herausforderungen auf dem Weg zum Facharzt und zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Geprägt durch die Grenzsituationen im Präpkurs und gewappnet mit einem naturwissenschaftlichen Wissensfundus treten die approbierten Ärztinnen und Ärzte im Alter von Mitte/Ende 20 ihre Facharztausbildung an. Dabei dürfte ihnen aufgrund ihrer bisherigen beruflichen Sozialisation das klassische Modell der Entwicklungspsychiatrie wie es Josef Feldner, Konsiliararzt an der Heilpädagogischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien, Mitte der 1950er Jahre konzeptualisierte, zunächst näher liegen als das aktuelle systemische Modell der Entwicklungspsychopathologie.

Josef Feldner schrieb: „... für die Symptomgestaltung [ist] von entscheidender Bedeutung in welcher Phase der Gehirnreifung ein anlagemäßig vorhandener Defekt erkennbar wird, oder in der ein krankhaftes Geschehen hereinbricht. Daher kann die Kinderpsychiatrie auf eine genetische [d.h. eine entwicklungsgeschichtliche] Betrachtung des kindlichen Gehirnes und seiner Funktionen nicht verzichten. Dieser Notwendigkeit wurde in der Bezeichnung *Entwicklungspsychiatrie* Rechnung getragen.“¹⁸

Der Tübinger Ordinarius Reinhart Lempp hat 1967 – im Jahr bevor die Kinder- und Jugendpsychiatrie vom Deutschen Ärztetag als eigenständiges Fachgebiet anerkannt wurde – „*Eine Pathologie der Psychischen Entwicklung*“ veröffentlicht. Darin benennt er als die drei hauptsächlichen ursächlichen Faktoren ‘die Erbfaktoren, die psychisch exogenen und alle organisch exogenen Einflüsse.’ Dabei sei es unabdingbar, „dass man sich jedes Mal, an jeder Stelle und in jedem Einzelfall vergegenwärtigt, dass nur die Verflechtung aller drei Faktoren, hineingestellt in die Dimension der Zeit und Entwicklung, ein einigermaßen wirklichkeitsentsprechendes Bild abgeben kann.“¹⁹

Im Vergleich zu Feldner hat Lempp also neben den biologischen Faktoren neuen Milieufaktor beim Ursachenbündel benannt.²⁰

Zu Beginn ihrer Weiterbildung kommen die Sichtweisen von Feldner und Lempp den Ärztinnen und Ärzten eher entgegen als die unten näher definierte Entwicklungspsychopathologie. Denn: Ähnlich wie in der klassischen Organmedizin erschließt ein neutraler Untersucher die kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder aus Symptomen und objektiven Befunden.

18 Feldner 1955, III

19 Lempp 1967, 13

20 Vgl. Lempp 1990, bes. 328

Werfen wir an dieser Stelle einen Blick auf die Geschichte und traditionelle Denkmodelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieser Blick kann uns zeigen, dass manche Ideen nicht immer ganz neu sind und vor allem, dass es stets darauf ankommt, dass der Untersucher „sich seines Denkansatzes bewusst sein [sollte], um davon abstrahieren und so vorurteilsfrei wie möglich vorgehen zu können.“²¹

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich erst im Laufe des 20. Jahrhunderts allmählich als eigenständiges Fachgebiet etablieren und von der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinderheilkunde und Neuropädiatrie emanzipieren können. Insbesondere im ambulanten Bereich hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute enge Berührungspunkte mit der Heilpädagogik und Sozialpädagogik bewahrt. Dabei haben die Entwicklungspsychologie und die Testpsychologie einen immer höheren Stellenwert erhalten.

Die Entstehungsgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie spiegelt dabei wie ein sensibler Seismograf auch die jeweiligen gesellschaftlichen und politischen Veränderungen wider. So führte der Übergang vom Agrar- zum Industriestaat ab Ende des 19. Jahrhunderts und die damit verbundenen gesellschaftlichen Umwälzungen im „Deutschen Reich“ zu brennenden sozialen Problemen gerade bei Kindern und Jugendlichen in den Städten. Emil Sioli beschrieb 1907 in seinem Referat vor der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, dass sich die Beobachtungsstation in der Frankfurter „Städtischen Heil- und Pflegeanstalt für Irre und Epileptische“ allmählich aus einem praktischen Bedürfnis heraus entwickelt habe. Seit 1900 seien 40 Knaben und 29 Mädchen aufgenommen worden. Mehr als die Hälfte seien degenerativ veranlagt und mit abnormen Trieben behaftet gewesen, wobei am tiefsten der Hang zum Stehlen wurze. Nur 12 davon seien nach eingetretener Besserung der Fürsorgeerziehung überwiesen, die übrigen seien als nicht erziehungsfähig eingestuft worden.²²

In Tübingen wurde 1919/1920 eine klinische ‚Sonderabteilung für nervenkranken und anomale Kinder‘ eröffnet, die 1934 in Klinisches Jugendheim umbenannt wurde. Bis 1923 wurden bei 30 Betten 460 Kinder aufgenommen. Bei der Hälfte findet sich eine neurologisch-somatische Diagnose, wobei die damals grassierende Spanische Grippe die Hauptrolle spielte. Werner Villinger, der Leiter im damaligen Zeitraum, betonte, dass der begutachtende Psychiater gerade bei der Diagnose einer „echten, rein oder vorwiegend konstitu-

21 Tölle & Windgassen 2014, 7

22 Sioli 1907, 123

tionellen Psychopathie“ eine große Verantwortung trage, handle es sich doch „um nicht weniger als eine Entscheidung fürs Leben, wenn man einen solchen jugendlichen Psychopathen der Fürsorgeerziehung bedürftig erklärt“.²³

Robert Gaupp, der langjährige Ordinarius der Tübinger Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten, und Werner Villinger vertraten ganz ähnlich wie Paul Schröder, der spätere erste Vorsitzende der 1940 in Wien gegründeten Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik, das Postulat einer erblichen Veranlagung für haltlose und gemütlose Psychopathien, die unausweichlich zu dissozialem Verhalten führe. D. h. diese Kinder und Jugendlichen wurden als nicht erziehbar und nicht therapierbar eingestuft.²⁴

In Berlin standen zu dieser Zeit der Psychiatrie-Professor Franz Kramer und die Wohlfahrtspflegerin Ruth von der Leyen für ein ganz anderes Psychopathie-Konzept. Sie waren federführend im Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen und betreuten gemeinsam die 1921 eröffnete psychiatrische Kinderbeobachtungsstation mit 12 Plätzen an der Charité. 1934 konnten sie als „Nicht-Arier“ eben noch ihre Langzeitstudie über »Entwicklungsverläufe „anethischer, gemüthloser“ psychopathischer Kinder« veröffentlichen. Zum einen kritisierten sie die unscharfen Grenzen des Psychopathiebegriffs, der einfach eine Vielzahl von Verhaltensweisen umfasse, deren gemeinsamer Nenner allein die gesellschaftliche Unerwünschtheit gewesen sei; zum anderen gingen sie von einer „unendlichen Verflochtenheit von Anlage, Erlebnis und Umwelt im Leben jeden Kindes“ aus. „Die Anlage bedingt nur die Möglichkeit, unter bestimmten äußeren Bedingungen in ein brutal-egoistisches Verhalten zu verfallen.“ Sie plädierten daher für eine streng individualisierte Herangehensweise.²⁵

Es scheint fast als hätten Kramer und von der Leyen – und damit sind wir wieder in der jüngeren Gegenwart – das von dem Psychiater und Psychosomatiker George Engel in den 1970er Jahren ausformulierte biopsychosoziale Modell vorweggenommen.²⁶ Davor hatte der amerikanische Psychologe Thomas Achenbach in seiner 1974 erschienenen Monographie bereits den Begriff der „Developmental psychopathology“ geprägt. Er formulierte darin „the need to view childhood psychopathology as separate and distinct from adult psychopathology.“ Achenbach inaugurierte für die Kinder- und Jugend-

23 Villinger 1923, 146/47

24 Vgl. Fangerau & Oommen-Halbach 2024

25 Fuchs & Rose 2017, 187–208. Schepker & Fangerau 2017, 132 und 149. Kölch 2002

26 Engel 1977

psychiatrie ein metapsychologisches Konzept, das sich grundlegend von der deskriptiv-phänomenologischen Psychopathologie unterscheidet.

Der Heidelberger Ordinarius Franz Resch hat die Grundidee jüngst prägnant zusammengefasst:

„Das entwicklungspsychopathologische Modell richtet den Fokus immer auf ein Individuum-Umwelt-System *im Zeitverlauf* und erfasst die Entwicklungsrisiken und protektiven Faktoren vor dem Hintergrund des Wechselspiels zwischen Vulnerabilitäten und Resilienzfaktoren“ (Herv. J.H.)²⁷

Von diesem Modell muss das Konzept alterstypischer Manifestationen einzelner Störungen strikt unterschieden werden. In die ICD-11 hat es als „Developmental presentations“ Eingang gefunden. Die entwicklungsbedingten Erscheinungsformen beziehen sich stets auf einen bestimmten *Zeitraum*.²⁸

Die *Entwicklungspsychopathologie* hat sich nun in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts neben dem klassischen medizinischen Krankheitsmodell für die überwiegende Zahl psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen als interdisziplinäre Sichtweise etabliert. Man findet sie aktuell denn auch in der Weiterbildungsordnung für das „Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ in der Rubrik „kognitive und Methodenkompetenzen“ an prominenter Stelle.

Die beschriebenen Modelle und Konzepte sind für die vom Studium her somatisch orientierten Mediziner zunächst völlig fremd und ungewohnt. Die angehenden Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie befinden sich damit in Teilbereichen auf dem Niveau der Novizen.

Von noch weit größerer Relevanz ist: Die jungen Ärztinnen und Ärzte müssen sich in die Kunst der Anamnese- und Befunderhebung gänzlich neu einüben, denn nun geht es nicht mehr um fassbare Krankheitserreger und Krankheitsentitäten oder objektivierbare und messbare Funktionsstörungen. Jetzt geht es um die Erfassung subjektiver Lebenswelten und um Beziehungsdynamik. Zum Beispiel kann beim Ansatz der Verhaltenshermeneutik ein Symptom sinnvoll auf einen familiären Kontext bezogen werden.²⁹ Tiefenhermeneutisches Verstehen sucht demgegenüber nach der zwischenmenschlichen Bedeutung und den lebensgeschichtlichen Hintergründen einzelner Auffälligkeiten.

27 Resch 2024, 80

28 World Health Organization 2024

29 Vgl. Resch 2024, 77

Mit die größte Herausforderung für die angehenden Fachärzte und Fachärztinnen ist nun aber, mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern in einen echten Dialog zu treten. Sie sind damit selbst Teil des diagnostischen und therapeutischen Prozesses. Die in der Weiterbildungsordnung enthaltene Selbsterfahrung wird damit unabdingbar.

Resümee

Im ersten Teil dieses Textes ging es zentral um den Präparierkurs, der für die angehenden Mediziner nicht nur eine Belastungs- und Bewährungsprobe ist, sondern in kultureller und soziologischer Hinsicht vor allem eine *Initiation*, d.h. die prospektive Aufnahme der Studierenden in die ärztliche Profession. Jede Berufsgruppe hat ihre eigenen Initiationsriten und ihre Insignien. So gibt es z.B. in den christlichen Kirchen für die offizielle Einführung eines Pfarrers in sein Amt feste Riten: In der Evangelischen Kirche hält der neue Pfarrer im Rahmen der Ordination im Talar seine „Antrittspredigt“; in der Katholischen Kirche legt der neue Pfarrer im Rahmen der Investitur das Glaubensbekenntnis ab und leistet den Treueid gegenüber dem Diözesanbischof. Auch wenn es für Juristen keinen Initiationsritus im klassischen Sinne gibt, bedeutet doch das erste Staatsexamen den Eintritt in die Welt der Rechtswissenschaften, denn es wandelt die Studierenden zu Rechtsreferendaren; das zweite Staatsexamen ist dann ihre eigentliche Feuertaufe und beispielsweise das Tragen einer Robe vor Gericht eines ihrer Insignien.

Für die *Initiation* der Studierenden der Medizin ist der Präparierkurs von entscheidender Bedeutung, weil die Studierenden mit der Sektion eines Leichnams ein archaisches Tabu brechen, nämlich das Gebot, dass Verstorbene sicher in das Reich der Toten überführt werden. Dieser Tabubruch müsste eigentlich ein „entsetzliches Schuldgefühl“ (S. Freud) zur Folge haben. Um solcherart Schuldgefühle zu kupieren, hat die Tübinger Medizinische Fakultät bei ihrer Gründung Ende des 15. Jahrhunderts beim päpstlichen Stuhl um eine Genehmigung zur Leichenzergliederung nachgesucht.³⁰ Der berühmte Spruch im historischen Anatomischen Theater der Universität Padua (erbaut 1594) ist demgegenüber ein positiv gewendetes ethisches Credo zur Abwendung moralischer Bedenken: „Hic est locus ubi mors gaudet succurrere vitae“ („Dies ist der Ort, an dem der Tod sich freut, dem Leben zu helfen“).

Der oben referierte »Alptraum mit den Messern und vom Schneiden« zeigt, dass der *Präparierkurs* trotz den heutigen guten Einführungen seine Brisanz

30 Mörike 1988, 15

keineswegs verloren hat. Der Kurs ist für die jungen Studierenden nach wie vor ein psychischer Drahtseilakt. Einerseits ist ein Ausblenden der Gefühlsebene und eine Distanzierung unabdingbar, um den Leichnam als „Lernobjekt“ zu sehen und sich die anatomischen Strukturen anzueignen, andererseits brechen sich aber offensichtlich unbewusste Schuldgefühle in Alpträumen Bahn.³¹ So schilderte denn auch Carola Noëlle Hauck, die Autorin und Regisseurin von «Tisch N°6», dass sie sich früher, während ihres Präpkurses zehn Jahre zuvor unbeschwert, ja fast übermütig gefühlt habe. Während der Vorbereitungen zu dem Film hätten dann jedoch Alpträume angefangen und sie habe für etwa drei Jahre kein Fleisch essen können.³²

Ich selbst hatte im Präparierkurs folgenden Traum: Eben als ich das Skalpell zum Schnitt ansetze, schlägt die Leiche die Augen auf mit den Worten: „Aber ich bin doch dein Vater.“ Jetzt viele Jahre später denke ich an „Totem und Tabu“ von Sigmund Freud und nehme an, dass in diesem durch den Präpkurs ausgelösten Traum meine normale Ambivalenz, meine „im Unbewußten versteckte Feindseligkeit hinter zärtlicher Liebe“³³ meinem Vater gegenüber zum Ausdruck kam. In anderen Worten: Natürlich reagiert jeder und reagiert jede je nach eigener Charakterstruktur und Sensibilität auf die Herausforderungen im Präparierkurs.

Wie können nun die jungen Studierenden der Medizin den spezifischen Belastungen im Präpkurs standhalten und arbeitsfähig bleiben? Ich denke, zum einen durch eine reflexartige, autoplastische Coping-Reaktion in Form der emotionalen Distanzierung, zum anderen scheint hier vor allem der von dem Psychoanalytiker Peter Blos beschriebene Modus der „*Sozialisierung der Schuld*“ auf der Gruppenebene unabdingbar. Dieser psychosoziale Abwehrmechanismus exkulpiert, indem alle Verantwortung auf die medizinischen Autoritäten übertragen und eine mögliche Schuld an die Gruppe delegiert wird.³⁴

Im zweiten Teil des vorliegenden Textes geht es darum, dass die angehenden Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie grundsätzlich umdenken müssen. Es geht also um einen *Paradigmenwechsel* vom medizinischen Krankheitsmodell zu einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive und vom Abarbeiten einer Checkliste zu einer Diagnos-

31 Vgl. Linkert 1989 und Linkert 1993

32 Interview 1998/1999 der UNIKUM-Redaktion mit Carola Hauck

33 Freud 1912, 351

34 Blos 1983, 74

tik und Therapie im Dialog.³⁵ Wenn die Ärztinnen und Ärzte endlich ihre Facharzturkunde in Händen halten, haben sie mindestens 11 Jahre Studium und Weiterbildung hinter sich und sind zwischen Anfang und Mitte 30 Jahre alt. Der Entwicklungsgedanke ist ihnen in seinen verschiedenen Varianten zur Selbstverständlichkeit geworden, und wenn alles gut zusammenpasst denken sie psychodynamisch.

Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen wir uns stets vor Augen führen, was wir bei einer primär naturwissenschaftlichen Orientierung verdrängen würden, nämlich die Grenzen der Machbarkeit und Berechenbarkeit bei der Behandlung psychischer Krankheitsprozesse. Wenn wir davon ausgehen, dass psychische Störungen stets komplexe Beziehungsstörungen sind, dann geht es nicht nur in der Therapie, sondern bereits in der Diagnostik um das Einschwingen auf das Gegenüber und eine „dialogische Teilhabe“ am Leid des anderen. Thea Schönfelder, die erste Frau, die in Deutschland auf einen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie berufen wurde, schrieb dazu: „Empathie, Einfühlung: Ist das ein Sich-Hinein-Versetzen in den anderen? Ist es nicht vielmehr so, dass ich den anderen vorübergehend in mich aufnehme, (mich auf) ihn einlasse? Daraus kann (therapeutische) Wirkung entstehen – keine Einwirkung auf den anderen, sondern Mitwirkung an einem gemeinsamen Prozess“.³⁶

Insofern können wir den eingangs zitierten Satz aus Georg Büchners Lenz wie folgt abwandeln: »Man muß den Menschen in gewisser Weise lieben, um mit dem eigentümlichen Wesen jedes einzelnen in Berührung zu kommen, ohne ihn sofort zu bewerten oder in Kategorien zu pressen; erst dann kann man verstehen«.

35 Vgl. Hoff 2024, 334

36 Schönfelder 1991, 55

Literatur:

- Bassetti, S., Hirsch, M. C., & Battegay, E. (2024) Klinisches Denken, ärztliche Kunst und Artificial Intelligence. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 149(23), 1401-1410.
- Bauer, A.W. (2005) „De sedibus et causis morborum“. Der Zugriff der neuzeitlichen Medizin auf den toten Körper als Erkenntnismethode und Grenzverletzung. In: *Würzburger medizinhistorische Mitteilungen* 24, S. 162-179.
- Blos, P.A. (1983 [Org.1962]) Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart Klett-Cotta.
- Breckwoldt, J., & Gruber, H. (2022). Lebenslanges Lernen in der Notfallmedizin – „Continuous professional development“. *Notfall- + Rettungsmedizin*, 25(5), 299-304.
- Dreyfus, H.L. & S.E. Dreyfus (1987). In fünf Schritten vom Neuling zum Experten. In: Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Mutz, M. (1987). Künstliche Intelligenz: von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition. Reinbek Rowohlt, S.37-80
- Dreyfus, S.E., & Dreyfus, H.L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition (No. ORC802).
- Egbert, S. (2005). Aspekte der Sozialisation zum Arzt: Eine empirische Studie über Auswirkungen der praktischen Makroanatomie auf Medizinstudierende und deren Einstellung zu Sterben und Tod. Dissertation Justus-Liebig-Universität Gießen
- Eggers, R., König, P., Busch, L. C. & Westermann, J. (2007) Anatomie als Wissensbasis. *Dtsch Arztebl*,104(18)
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fangerau H, Oommen-Halbach A (2024) *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland*. In: Fegert, J. et al. (2024) *Lehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*, Berlin, Heidelberg Springer, S. 759-772
- Feldner, J. (1955). *Entwicklungspsychiatrie des Kindes*. Aufbau und Zerfall der Persönlichkeit. Wien Springer-Verlag, S. III
- Freud, S (1912) Totem und Tabu. SA Bd. IX, Frankfurt/Main S. Fischer, S. 351
- Fuchs P, Rose W (2017) Kollektives Vergessen. Die Diagnose Psychopathie und der Umgang mit dem schwierigen Kind im Verständnis von Franz Kramer und Ruth von der Leyen. In: Fangerau H et al. (Hrsg.) *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit*. S.187–208
- Gadamer, H.-G. (1991) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Reprint in *EHK* 10/2003, 644-649
- Glaser, H. (1967) *Das Denken in der Medizin: eine Einführung*. Berlin Duncker & Humblot.
- Hoff, P. (2024) Psychopathologie: operationalisiertes Werkzeug oder „Denkstil“? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 18(4), 332-340.
- Interview 1998/1999 der UNIKUM-Redaktion mit Carola Hauck, Autorin und Regisseurin von *Tisch N°6* <http://www.tisch-no6.de/interview.html>

- Kölch M (2002) Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Diss. med., FU Berlin <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/6534>
- Kuhlmey, A. & H.P. Rosemeier (2005) Tabu und Verletzlichkeit in Medizin und Pflege. In: Kuhlmey, A. (Ed.). Tabus in Medizin und Pflege. Frankfurt/Main Peter Lang
- Lempp, R. (1967). Eine Pathologie der Psychischen Entwicklung. Bern Hans Huber
- Lempp, R (1990). Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft. Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 39 S. 325-330
- Linkert, C. (1989) 75 Träume von Medizinstudenten während des Präparierkurses. Med. Dissertation Universität Frankfurt/Main.
- Linkert, C. (1993) „Die Initiation der Medizinstudenten“ in Ethnopschoanalyse 3, S. 135143.
- Loch, W. (1981) Haltungen und Ziele des Beraters. In: Ders.: Perspektiven der Psychoanalyse. Stuttgart Hirzel. S. 151-165
- Mannebach, H. (2001). Reflexionen über den „Guten Arzt“. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9, 85-94.
- Mitscherlich, A. (1973) [Org.1963]. Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München Piper.
- Mörke, K.D. (1988) Geschichte der Tübinger Anatomie. Stuttgart Franz Steiner Verlag.
- Resch, F. (2024) Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter. In: Fegert, J. et al. (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Berlin Springer, 69-81
- Schomburg-Scherff, S.M. (2005) Nachwort in A. van Gennep Übergangsriten (Org. 1908) Frankfurt/New York Campus Verlag
- Schepker, K, Fangerau, H (2017) Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken. In Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Zur Geschichte ihrer Konsolidierung Berlin, Heidelberg Springer, 17-186
- Schönfelder, T (1991). Begegnung mit dem therapeutisch Unmöglichen. In: Lehmkuhl, U (Hrsg.) Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin Heidelberg Springer, S. 54-57
- Schröder, H. (2010) Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Witt, C. (Ed.). (2010). Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht: Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen KVC-Verlag
- Schwaiger, H. und H. Bollinger (1981) Der Anatomiekurs – aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums. In: Bollinger, H. et al. Medizinerwelten: die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. Frankfurt/Main Zeitzeichen-Verlag
- Sioli, E. (1907) Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 9, 123.

- Tellenbach, H. (1975) Die Begründung psychiatrischer Erfahrung und psychiatrischer Methoden in philosophischen Konzeptionen vom Wesen des Menschen In: HG Gadamer, P. Vogler (Hrsg.): Neue Anthropologie, VI. Stuttgart dtv Thieme, 138-181
- Tölle, R., Windgassen, K. unter Mitarbeit von R. du Bois und R. Lempp (2014) Psychiatrie. Springer-Lehrbuch
- Villinger, W (1923) Die Kinder-Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis epidemica und zur sozialen Psychiatrie. Z Kinderforschung, Bd. 28, 128–160
- World Health Organization (2024) Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://www.drugsandalcohol.ie/41519/1/WHO_Clinical_descriptions_and_diagnostic_requirements_ICD-11.pdf
- Winkelmann, A. (2013) Zur Legitimation der Verwendung menschlicher Leichen (Habilitationsschrift)

Autor

Dr. med. Jakob Höger
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Dornäckerweg 41, 72070 Tübingen
dr.hoeger@t-online.de

Interessenkonflikte: Keine.

Suizidale Dilemmata

Appell zur Reevaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Handlungsgrundsätze bei suizidaler Kommunikation bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Entwicklungsstrauma

Jörg Liesegang

Einleitung

Kinder- und jugendpsychiatrische Akutstationen versuchen mit ihrem Mittel der Akutaufnahme in Situationen mit suizidalen Themen bei Kindern und Jugendlichen zu helfen. Bei akuten Handlungsabsichten und bei Reorientierungszuständen nach Suizidversuchen ergeben diese Maßnahmen oft Sinn. Bei chronischer Kommunikation von suizidalen Themen wird die Maßnahme der Akutaufnahme in eine stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie oft zum Beginn einer dysfunktionalen Schleife einer Hospitalisierung. Ziel dieses Aufsatzes ist es, kinder- und jugendpsychiatrische Handlungsgrundsätze bei akuter und chronischer suizidaler Kommunikation zu hinterfragen. Der Aufsatz ist ein Appell, keine einfachen Lösungen zu suchen und stets den komplexen Nöten und Risiken bei suizidalen Themen in der Einzelsituation gerecht zu werden, um eine nachhaltig gesunde Entwicklung zu fördern.

Konstruierte Fallbeispiele

Fallbeispiel A:

Ein 16-jähriger Jugendlicher ist seit 6 Wochen bei einer depressiven Episode in einer Tagesklinik. An einem Freitagnachmittag äußerte er im Gespräch mit der Psychotherapeutin eine „Suizidalität von 8 von 10“. Zum Schutz wird er über das Wochenende auf die Akutstation aufgenommen. Am Samstag in der Visite besteht er auf Entlassung. In der Visite äußert er, dass er in den letzten Wochen keine suizidalen Handlungsabsichten mehr hatte, die tagesklinische Therapie habe ihm geholfen, dass er auch über seine „dunklen Gedanken“ mehr reden könne. Die Akutaufnahme am Tag zuvor habe ihn wütend gemacht, er habe das Gefühl, dass man ihm nicht zugehört habe. Er habe sich nicht getraut zu protestieren, weil er die Therapeutin und die Oberärztin nicht verärgern wollte. Auch vertraue er den Fachleuten, dass „sie schon wissen,

was sie tun.“ Er freue sich sehr in der Visite gehört zu werden und wolle das Thema am Montag dringend mit der Therapeutin auf der Tagesklinik nachbesprechen. Er wurde schnellstmöglich mit großem Selbstwirksamkeitserleben entlassen, um die tagesklinische Behandlung nach dem Wochenende fortzusetzen.

Fallbeispiel B:

Eine 15-jähriges Jugendliche wohnt seit fast 2 Jahren abwechselnd auf der Straße, bei Bekannten, und immer wieder bei der Mutter. Aus mehr als 6 Jugendhilfeeinrichtungen ist sie in den letzten zwei Jahren entlassen worden. Durch einen Ex-Partner der Mutter, als auch durch erwachsene Männer auf der Straße hat sie sexuelle Gewalt erfahren. Massive Eskalationen und Gewaltvorfälle von ihr gegenüber anderen Jugendlichen oder Personal haben den Verbleib in einer Jugendhilfeeinrichtung stets beendet. Die Kommunikation der Mutter gegenüber der Jugendlichen ist überwiegend von Ablehnung, Vorwürfen und Abwertung geprägt. Seit ca. einem Jahr ist sie immer wieder mit akuten Suizidideen, Gedanken und zweimal auch nach Suizidversuchen durch Tabletteningestion auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Akutstation gewesen. Aktuell ist sie kaum länger als 2 bis 3 Tage am Stück nicht auf der Akutstation, sie wird aktuell immer wieder bei fehlender Absprachefähigkeit bezüglich Suizidhandlungen aufgenommen bzw. nicht entlassen. Quasi im Ausschlussverfahren mangels anderer Möglichkeiten ist der offizielle Wohnort von der Jugendlichen wieder bei der Mutter.

Die Akutaufnahme als eine mögliche Maßnahme bei dem Thema Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Kinder und Jugendliche, welche sich nicht klar von suizidalen Gedanken und Handlungen distanzieren können, lösen bei allen Erwachsenen, welche mit dieser fehlenden Absprachefähigkeit konfrontiert sind, einen Handlungsdruck aus. Nach Leitlinie (DGKJP, 2016, S. 36-37) wird die stationäre Behandlung bei allen nicht einschätzbaren „mittelgradigen bis schweren Formen der Suizidalität“ empfohlen. Mögliche Konflikte zwischen „berechtigten Autonomiewünschen“ und Sicherungsnotwendigkeit werden beschrieben. Die juristischen Anforderungen an die Aufsichtspflicht sei so hoch, dass im Zweifel der sicherste Weg angebracht sei.

Um Missverständnisse vorzubeugen ist klar zu erwähnen, dass die Not und der Hilfebedarf bei Suizidalität im Kindes- und Jugendalter riesig sind. Kinder und Jugendliche haben eine unvergleichbar lange Möglichkeit des Lebens und

Erlebens vor sich. Jede auch noch so schwere Pathologie und jeder Leidensdruck hat die Chance der Heilung und Entwicklung. Gerade bei drängenden suizidalen Handlungsabsichten oder in der Reorientierungsphase nach einem Suizidversuch ist eine Therapiephase in Form einer vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Akutmaßnahme notwendig und sinnvoll.

Thema dieses Aufsatzes sind solche Kinder und Jugendliche, welche in einer komplextraumatischen Entwicklung (Schmidt u.a., 2010) gefangen sind, im Rahmen dessen immer wieder suizidale Themen kommuniziert werden. Oft sind in diesen Situationen Zustände von handlungsnaher Suizidalität und chronischer suizidaler Kommunikation überlappend und nur schwer abgrenzbar. Wörter wie „suizidale Drohung“ (DGKJP, 2016, S. 8) oder „demonstrativ“ werden an dieser Stelle bewusst nicht genutzt, da der Autor eine vorschnelle oder einseitige Bewertung von suizidaler Kommunikation ausdrücklich vermeiden möchte. Es soll die Frage gestellt werden, welche Maßnahmen möglicherweise in diesen komplexen Entwicklungssituationen am ehesten nachhaltig das gewünschte Ziel einer gesunden mentalen Entwicklung fördern können. Auch soll es Überlegungen dazu geben, wer in dem sozialen Gesamtsystem aus Blickwinkel der gesunden psychischen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bei suizidaler Kommunikation einen konstruktiven Beitrag leisten kann.

Mögliche Nebenwirkung einer Akutaufnahme

Die Ausgangssituation von vielen Kindern- und Jugendlichen mit suizidalen Themen ist komplex und von einer längeren pathologischen Entwicklung mit Schwierigkeiten in den Systemen Freizeit, Schule und Familie verbunden. Die Kinder und Jugendlichen haben oft familiäre Situationen der Abwertung und subjektiven Übersehen-werdens erlebt. Suizidale Gedanken scheinen u.a. durch zwei Konstrukte besonders oft in suizidale Handlungen überzugehen: dem Gefühl anderen zur Last zu fallen und das Gefühl allein und isoliert zu sein (Joiner, 2006).

Die Situation einer Akutstation kann wie folgt beschrieben werden: die Kinder und Jugendlichen sind zusammen, sie finden Menschen, welche sie aus fachlicher Perspektive verstehen wollen und Gleichaltrige, die sie, oft mit einem ähnlichen biografischen Hintergrund, verstehen können. Darüber hinaus gibt es ein Krankenhaus nur, weil es Kranke gibt. Ohne Kranke gäbe es das Gesamtkonstrukt der Station nicht, die Mitarbeitenden wären einfach gesagt arbeitslos. Auch wenn dieser elementare Sinn nie explizit gesagt werden wird,

so muss anerkannt werden, dass eine psychiatrische Akutstation dafür da ist, Situationen auszuhalten, welche andere Menschen überfordern würden.

Diese Beschreibung der Rahmenbedingungen einer Akutstation können wir mit den zwei Risiko-Konstrukten (Joiner, 2006) bei Suizidalität abgleichen. Das subjektive Gefühl „anderen zur Last zu fallen“ stößt auf eine Station, welche es überhaupt nur gibt, weil es Krankheit gibt. Aus dem Gefühl andere zu überfordern, wird das Gefühl an einem Ort zu sein, in welchem die Menschen (Personal und Mitpatienten) genau wissen, was sie in einer solchen Situation tun können. Anstatt eine Last in der Familie zu sein, sind die Kinder und Jugendlichen zu dem zentralen sinnstiftenden Subjekt auf Station geworden. Es ist wichtig für alle Beteiligte anzuerkennen, dass diese Situation „am richtigen Ort zu sein“ einen ungewollten Magnetismus auslösen kann und es den betroffenen Kindern und Jugendlichen schwer machen kann, sich von dieser haltgebenden Situation der Station wieder zu verabschieden.

Aus dem Gefühl „allein“ zu sein, kann auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station der Eindruck entstehen, dass Hilfe jederzeit verfügbar sein kann und muss. Dieser, in der Akutsituation richtige Anspruch der stets präsenten Hilfe ist jedoch nur schwer auf einer mittelfristigen Zeitachse durchhaltbar. Fähigkeiten der Selbstregulierung bzw. Ablenkung können in einem Akutsetting leicht verlernt werden.

Darüber hinaus kann jede Akutaufnahme mit einer Zwangsmaßnahme einhergehen. Das, was aus fachlicher Sicht als die einzig mögliche Verantwortungsübernahme erscheint, wird eventuell aus Sicht des Kindes oder Jugendlichen (und aus Sicht der Eltern) zu einer Entmündigung und Verdeutlichung einer Hilflosigkeit. Diese Überlegung mündet keinesfalls in eine automatische Ablehnung oder Kritik einer stationären Akutaufnahme. Die Überlegungen können jedoch helfen, die Bedingungen und die Kommunikation in einer Akutaufnahme so zu verändern, dass die Nebenwirkungen möglichst klein bleiben.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang die Studienergebnisse, dass die Suizidraten auf offenen Stationen gleich hoch sind wie auf geschlossenen Stationen. Eine erhöhte Sicherheit scheint das Konzept einer geschlossenen Tür also zumindest im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie im Durchschnitt nicht zu geben (Huber et al., 2016). Zwangsmaßnahmen scheinen nach einer schwedischen Studie statistisch in einem Zusammenhang zu einer höheren Suizidrate zu stehen (Grossmann, 2026), allerdings sind solche rein statistischen Aussagen kritisch zu betrachten, da es unklar bleibt, ob die Personen, welche so

krank waren bzw. so kranke Dinge getan haben, dass die Gesellschaft keine anderen Hilfsmöglichkeit als eine psychiatrische Zwangsbehandlung hatte, eben an sich ein höheres Suizidrisiko im Verlauf haben.

Suizidale Kommunikation als Symptom im psychopathologischen Themenkomplex Suizidalität

Das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gängige System, einen psychopathologischen Befund zu erheben (CASCAP-2, Döpfner u.a., 2023), benennt zum Thema Suizidalität die beiden Symptomenkomplexe Suizidgedanken und Suizidale Handlungen. Wichtig in dieser Unterscheidung ist, dass nicht jeder Suizidgedanke eine Handlung nach sich zieht, gleichzeitig sind Suizidgedanken immer Warnzeichen, da eine Suizidhandlung kaum ohne vorherigen Suizidgedanken vorstellbar ist. Die Leitlinie empfiehlt ein individuelles und gründliches diagnostisches Vorgehen unter besonderer Berücksichtigung der Umfelddiagnostik und dem strukturierten Abfragen von bekannten suizidalen Risikofaktoren, auch unter Verwendung von für das Kindes- und Jugendalter adaptierten Checklisten, um in der Akutsituation keine Faktoren zu vergessen¹ (DGKJP, 2016).

Im Alltag mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen nimmt der Umgang mit suizidaler Kommunikation einen besonderen Raum ein. Für die Kinder und Jugendlichen selbst als auch für die versorgenden und besorgten Erwachsenen im Umfeld kann oft eine definitive Distanzierung zu Suizidideen und deren Äußerung nur schwer erreicht werden. Die suizidale Kommunikation erscheint den Beteiligten oft als ein dysfunktionaler Weg, um beispielsweise im Kontakt bleiben zu können. Schlüssige Konzepte wie DBT-A (Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente, Fleischhacker u.a., 2011), welche eine suizidale Kommunikation konkret als Problem anspricht, werden zunehmend umgesetzt, jedoch gibt es eine große Gruppe von Jugendlichen, welche sich auch in einem Akt der dysfunktionalen Autonomie den Bedingungen einer Einschränkung der suizidalen Kommunikation nicht unterordnen wollen oder können.

An dieser Stelle sei ausdrücklich vor einfachen Lösungen gewarnt. Dieser Text ist keinesfalls als Appell zu verstehen, suizidale Kommunikation allgemein zuzulassen. Wir Erwachsene müssen uns spätestens dann Gedanken machen,

1 Das von P. Plener übersetzte SIT BIG (Self-injurious thoughts and behaviors interview: German) war am 04.03.26 unter https://nocklab.fas.harvard.edu/sites/g/files/omnuum9586/files/nocklab/files/sitbi_shortform_german.pdf frei verfügbar.

wenn aus der von den Erwachsenen nach einer suizidalen Kommunikation eingeleiteten Konsequenz einer akutpsychiatrischen Aufnahme ein dysfunktionaler Teufelskreis wird, welcher verhindert, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen in einer ambulanten Familien- oder Hilfesituation ankommen, oder aus der Psychiatrie herauskommen. Unter Berücksichtigung von Aspekten der bindungs- und traumapädagogischen Arbeit erweitert sich der Handlungsspielraum der Erwachsenen bei suizidaler Kommunikation, ohne das Ziel der gesunden Entwicklung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen aus den Augen zu verlieren (Gahleitner, 2021 und Fachverband Traumapädagogik, 2025).

Suizidpräventionsstrategien benennen die Arbeit mit Bindung als großen Wirkfaktor. Ziel ist die Verlagerung von Bindungsarbeit weg von der Akutstation hin zu dem ambulanten Setting. Bindung ist also nicht mehr lediglich die Auswirkung der suizidalen Kommunikation, sondern wird im Vorfeld im Hilfesystem verbindlich gemeinsam gestaltet. Hier können auch ambulante intensive Behandlungsangebote der Psychiatrischen Institutsambulanzen Teil des Hilfesystems werden, um gemeinsam mit den hochbelasteten Betroffenen, Familien und Jugendhilfesystemen einen sicheren Rahmen zu bilden (DG-PPN, 2026).

Der individuelle Wille als Schutz bei suizidalen Handlungsideen

Versucht man im Einzelfall mit den von Suizidalität betroffenen Kindern und Jugendlichen in einer Art Mikroanalyse die Entscheidungsprozesse rund um eine Suizidhandlung oder eine sehr zu einer Handlung drängenden Suizididee zu besprechen, können oft Momente des „davor“ bzw. Momente mit der Möglichkeit des „Abbiegens“ von der suizidalen „Handlungsrutsche“ gefunden werden. In den meisten Momenten sind die Kinder und Jugendlichen zu diesem Zeitpunkt allein. Niemand kann in ihren Kopf hineinschauen. Sie allein, mit ihrer Wahrnehmung und ihrem Willen können die Situation als Notfall erkennen und daraus mit ihrem Willen den Schritt zur Unterbrechung der suizidalen Handlungskette und/ oder hin zu einer Hilfe machen.

Dies bedeutet, dass ein möglichst selbständiger Wille, welcher nicht aus Trotz oder Dysfunktionalität im Agieren ist, sondern möglichst gesund eigenverantwortlich ist, der einzige Schutz von den betroffenen Kindern und Jugendlichen ist, welcher wirklich 24 Stunden am Tag und jeden Tag schützen kann. Kein noch so allumfassendes, die Menschenwürde achtendes, externes Sicherungssystem kann diese Art von Schutz bieten.

Diesen Gedanken steht das Konzept beiseite, dass es Phasen des kranken Willens gibt, in welchen die interne Motivation auf eine Selbstschädigung bis zu Selbsttötung abzielt. An dieser Stelle werden die beiden Konzepte bewusst als sich ergänzende gemeinsame Konzepte und nicht als Widerspruch oder Konfrontation beschrieben. Die scheinbar konkurrierenden Konzepte des schützenden und kranken Willens sind genau das Dilemma, welches verhindert, das Menschen mit einer komplexen suizidalen Thematik sich klar und eindeutig von einer Suizidalität distanzieren können.

In dieser Situation nur der Handlungsempfehlung „Sicherung“ mit einer psychiatrischen Akutaufnahme zu folgen, würde jedoch bedeuten, den Willen der Kinder und Jugendlichen lediglich außer Kraft zu setzen. Erneut bittet der Autor bei diesem heiklen Thema keine voreiligen Schlüsse zu ziehen. Eine Verantwortungsübernahme mit einer stationären Akutaufnahme in einer Situation mit suizidalen Themen ist oft eine Entscheidung gegen den Willen der Kinder und Jugendlichen. Sie ist oft sinnvoll und Ausdruck davon, dass wir als Erwachsene die Not verstehen und uns versuchen, darum zu kümmern. In manchen Situationen der Komplextraumatisierung kann jedoch die Überlegung nötig sein, ob das ärztliche Handeln mit einer Handlung gegen den Willen der Kinder oder Jugendlichen nachhaltig mehr Schaden anrichtet, als Heilung zu fördern und somit gegen die ärztliche Maxime des „*primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“ (Hippokratischer Eid: „Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“)² verstößt.

Diese diffizile Unterscheidung ist ein gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozess, in welchem die Betroffenen, die Familien oder Sorgeberechtigten, die Helfenden der Jugendhilfe mit den ambulanten psychiatrischen Fachkräften gemeinsam entwickeln, welche Maßnahme aktuell sinnvoll ist. Die offene und wertschätzende Kommunikation und die Benennung von Ängsten und Sorgen aller Beteiligten sind Modell, Therapieinhalt und Werkzeug der Entscheidungsfindung.

2 am 03.04.26 unter https://flexikon.doccheck.com/de/Primum_non_nocere aufrufbar

Das „Hegen und Pflegen“ des individuellen Willens von Kindern und Jugendlichen im Klinikalltag

Wenn wir uns als Therapeutinnen und Therapeuten um die Not der Kinder und Jugendlichen kümmern, müssen wir dieses vorsichtig und nachhaltig tun. Die Wahrscheinlichkeit einer heilsamen, psychisch gesunden Entwicklung muss höher werden. Welche Auswirkungen könnte es haben, wenn wir den Willen der Kinder und Jugendlichen mit einer Akutaufnahme außer Kraft gesetzt haben? Wie kann ich dieses als Therapeutin oder Therapeut kommunizieren und erklären? Kann ich früh Eigenverantwortung zurückgeben? Zum Beispiel mit einer gemeinsamen Gestaltung der Bedingungen der Akutaufnahme: Welche Sichtkontrollen brauchst du? Welche Besuchskontakte sind sinnvoll? Wie soll das Schutzkonzept aussehen?

Manchmal bieten Vergleiche von somatischen Situationen gute Handlungs-ideen für psychiatrische Situationen. Einer modernen Therapie eines Knochenbruchs folgend können im übertragenden Sinne folgende Fragen gestellt werden: Wieviel Ruhigstellung ist nötig? Bedarf es einer größeren Ruhephase, eines Gipses, einer durch Schienung assistierten Beweglichkeit? Bedarf es der Physiotherapie, der Belastung? Wie kann eine Versteifung oder ein Muskelabbau verhindert werden?

Wird der Wille der Kinder und Jugendlichen bei Suizidalität als krank beschrieben und in Form einer Verantwortungsübernahme bzw. Zwangsmaßnahme durch die Therapeutinnen und Therapeuten einer Klinik bei Drang zur Selbstverletzung oder Selbsttötung außer Kraft gesetzt, muss gleichzeitig gedacht werden, wie dieser Wille wieder bemächtigt und gekräftigt wird. Welche Wirk- und Handlungsfelder benötigt ein Wille, um gesund zu werden? Der Wille ist ein sich entwickelndes Organ, welches auch verkümmern und traumatisiert werden kann. Eine akutpsychiatrische Maßnahme ist eine Schutzmaßnahme und wird an sich aber den Willen nicht heilen oder suizidale Themen „wegtherapieren“. Hier bedarf es Konzepte der klaren Orientierung der Mitarbeitenden und der Betroffenen, in welcher Phase man sich gerade befindet und die drängende Gewissheit, dass mit jedem weiteren Tag Akutaufenthalt der Wille potenziell Schaden nehmen könnte, ähnlich einer älteren Person mit Schenkelhalsfraktur, welche nicht aus dem Bett mobilisiert wird.

So wichtig diese Überlegungen zu der Entwicklung eines freien Willens sind, besteht natürlich folgendes Spannungsfeld: der Wille benötigt einen überlebenden und lebenden Körper. Immer wieder also der Appell, kritische An-

merkungen nicht als einfache Botschaft gegen die Mittel der psychiatrische Akutaufnahme zu verstehen. Wichtig ist die bewusste Betrachtung der aktuellen Auswirkungen unserer Handlungen und die gemeinsame Gestaltung von gesundheitsfördernden Entwicklungsbedingungen, zusammen mit den Betroffenen, Familien, Sorgeberechtigten, Professionellen der Jugendhilfe und Schule.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht ein „gesundes Draußen“ um ein Heilungsförderndes Krankenhaus („Dringen“) sein zu können

Die von suizidaler Kommunikation betroffenen Kinder oder Jugendlichen benötigen dringend andere Bereiche und Themen im Alltag außer ihrer eigenen Psychopathologie, in welchen sie Kontrolle ausüben und Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können. Allzu oft befinden sich das System der betroffenen Kinder und Jugendlichen in einem Zustand des bloßen Reagierens. Ängste, Befürchtungen und kurzfristige Schutzgedanken bestimmen das Handeln. Wenn diese Ängste und die Schutzmaßnahmen an sich jedoch eine gesunde Entwicklung hemmen bzw. unwahrscheinlicher machen, dann müssen neue Handlungsräume entwickelt werden. Dieses kann in der Klinik nicht mit den Kindern und Jugendlichen allein passieren. Das Gesamtsystem muss sich selbst reflektieren und mit Milde, Orientierung und dem Willen für Neuanfänge ins Arbeiten kommen.

Auf Eltern-Ebene besteht bei komplexen Traumatisierungen oft eine Situation der Nichtpräsenz oder eine Phase des Durchhaltens bzw. Überlebens eigener psychischer Störungen. Die Eltern, welche angesichts der eigenen Schwierigkeiten die Kraft oder den Auftrag in sich finden weiter Eltern zu sein, ernten in den Notsituationen oft moralisierende und kritisierende Kommentare aus dem Hilfesystem, anstatt für ihre über die eigenen Grenzen gehende Anstrengungen Anerkennung und empathische Kontaktangebote zu bekommen. Hier bedarf es eine Besinnung der Hilfesysteme, welche Auswirkung die Kommunikation der Ergebnisse der fachlichen Situationsanalyse auf die Betroffenen hat.³

3 Ein fachlich korrekt beschriebener Begriff wie Bindungsstörung kann bei einer Mutter beispielsweise schlichtweg auslösen, dass man ihr sagt, dass sie eine schlechte Mutter ist. Das Wort Bindungsstörung könnte auch mit der Perspektive der Anstrengung der Mutter erklärt werden, mit dem Erfragen der eigenen Gründen der Mutter für den wahrscheinlichen Überlebensmodus, in welchem sie versuchte für ein Kind präsent zu sein mit Anerkennung der riesigen Anstrengungen des bisherigen Alltages.

Ähnliches gilt für die Arbeit mit den Jugendhilfesystemen. Viele Eltern, Mitarbeitende in Jugendämtern und Jugendhilfesystemen fühlen sich von den Kliniken und von der Gesellschaft allein gelassen. Komplexe Hilfeverläufe mit einer immer stärkeren Gruppenunfähigkeit und dem Bedarf nach enger Begleitung und Zusammenarbeit häufen sich. Kein Einzelort wird hier eine Zaubерlösung oder Reparatur anbieten können. Die Klinik kann weder familiäre, soziale, oder pädagogische Funktionen übernehmen, bzw. dysfunktionale Verläufe sind vorprogrammiert, wenn die Jugendlichen diese familiären, sozialen oder pädagogischen Funktionen in der Klinik suchen. Gleichzeitig dürfen die Professionellen der Psychiatrie die Professionellen anderer Systeme in Schule, Jugendhilfe und ambulanter Psychotherapie nicht mit psychiatrischen Fragen allein lassen.

Menschen mit einer komplexen Traumatisierung machen eventuell die Erfahrung, dass die Situation der Akutaufnahme eine für sie ertragbare Situation ist. Die professionellen Menschen der Psychiatrie ertragen sie. Durch die eigene suizidale Kommunikation wird eine überfordernde Situation beherrschbar. Die jungen Menschen können über die suizidale Kommunikation selbstwirksam steuern. Menschen mit einer komplexen Traumatisierung können sich eventuell auf Station besser orientieren als in ihrer außerklinischen Wirklichkeit, sie spüren bei aller Machtübernahme durch die Klinik eventuell auch eine Verbindlichkeit, welche sie in anderen Systemen so nicht mehr spüren. Auch hier zeigt sich ein Dilemma, wenn die Machtübernahme der Psychiatrie mit der Fürsorgemöglichkeit der Familie, Schule und Jugendhilfe verwechselt zu werden droht.

Eine einseitige Verantwortung der Psychiatrie für das Thema Suizidalität reduziert das Thema lediglich auf den Aspekt psychische Krankheit und Therapie. Wir als Gemeinschaftswesen haben aber auch eine Verantwortung, unser eigenes Leben zu beschützen. Ein Selbstmord zerstört nicht nur das eigene Leben. Das Leid der Überlebenden erlaubt es uns als Gemeinschaft, dem Einzelwesen eine suizidale Handlung zu verbieten. Die Vermittlung von dieser gegenseitigen Verantwortung kann nicht nur in der Psychiatrie- oder Therapie-Welt passieren. Wir dürfen uns gegenseitig darauf besinnen, dass Heilung und das persönliche Heil nicht ausschließlich auf dem Spielfeld der Psychiatrie stattfinden kann.⁴ In einem Thomas Morus zugeschriebenen Text

4 Erschreckend ist in diesem Zusammenhang die analoge Entwicklung. Dachte früher eine Kirche oder Religion, sie sei der alleinig selig machende Weg, scheint es aktuell die Psychiatrie und vor allem die psychiatrische Sprache zu sein, mit welcher alleinige Erklärung und Heilung für die Psyche gesucht wird.

heißt es, dass der Autor sich nicht zu viele Sorgen machen möchte, „um dieses sich breit machende Etwas, das sich ‚Ich‘ nennt.“⁵, außerhalb der Psychiatrie kann man hier die Perspektive auf die gemeinschaftliche Verantwortung richten und von dem Glück vermitteln, welches aus Solidarität und gegenseitiger Rücksichtnahme entspringt? Und das bei voller Würdigung der Wichtigkeit der Fortschritte und Erfolge der Psychotherapie und Psychiatrie. Die hier gewünschte Rückgabe der Verantwortung für das Leben an die Einzelperson selbst und an die unmittelbar Fürsorgenden ist ein gemeinschaftlicher Prozess in gegenseitigem Einverständnis. Es bedarf hochindividueller und gegenseitiger Aushandlungen. Es geht nicht um ein entweder oder, sondern um neue Handlungsideen, um aus einer Situation mit suizidaler Kommunikation mit einer festgefahrenen bzw. erlernten Hilflosigkeit gesund herauszukommen.

Eventuell wird mit der suizidalen Kommunikation eine Sinnfrage des Zusammenlebens und gegenseitigen Stützens und Aushaltens gestellt, welche nicht allein psychiatrisch beantwortet werden kann. Aufgabe der Psychiatrie könnte es hier sein, nicht auf die suizidale Kommunikation eine Antwort zu liefern, sondern nach den mit der suizidalen Kommunikation eigentlich gestellten Fragen zu suchen. Gibt es Fragen oder Bedürfnisse wertvoll gefunden zu werden, gehalten zu werden, geschützt zu werden, verstanden zu werden, zugehört zu werden oder einfach nur gesehen zu werden? Zusammen können wir versuchen zu entwickeln, welche Fragen durch die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit der suizidalen Kommunikation gestellt wurden, welche Bedürfnisse vorliegen und wer sie im Gesamtsystem am besten mit Worten oder Handlungen beantworten kann.

Notwendigkeit der Arbeit im Gesamtsystem

Wie selbstkritisch werden Themen der Machtausübung und Autoritätslücken der Gesellschaft in und mit der Psychiatrie diskutiert? Welche Sehnsucht gibt es in der Gesellschaft nach Orten, welche auch die schwierigsten Situationen einfach regeln können? Wie sehr hat die Konzentration auf Spezialisierung und Zuständigkeit davon abgelenkt, dass wir auch primär erst einmal selbst für unser Leben und unsere Angehörigen zuständig sind? Welchen Raum haben die Begriffe Milde, Orientierung und Wille zu Neuanfängen in einer modernen Psychiatrie und in der Gesellschaft? Basieren sie auf einer Evidenz oder sind sie sozial-romantische Worthülsen?

5 Schenke mir Sinn für Humor. Abrufbar am 04.03.26 unter <https://www.kirche-im-swr.de/beitraege/?id=23754>.

Milde beschreibt eine Haltung, dass die Symptome der Kinder und Jugendlichen keine Angriffe auf die Erwachsenen sind. Wir befinden uns nicht in einem Streit, welchen wir gewinnen können. So sehr wir die suizidale Kommunikation als Bedrohung empfinden, die betroffenen Kinder und Jugendliche fühlen sich wahrscheinlich in ihrer subjektiven Situation der Überwältigung, Perspektivlosigkeit und gefühlten Abwertung mindestens ebenso bedroht. Wir sitzen in sehr ähnlichen Booten.

Milde bedeutet auch eine Milde uns selbst als Therapeuten gegenüber. Angesichts der fürchterlichen Handlungsperspektive eines vollendeten Suizides dürfen wir nicht durch Verhärtung und Erstarrung konstruktive therapeutische Entwicklungsprozesse im Keim ersticken (Britten, 2022). Psychische Entwicklung benötigt Freiräume mit Handlungsoptionen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die aktive Entscheidung gegen eine Suizidhandlung und für einen Hilferuf muss im tatsächlichen Alltag geübt werden. Diese Entscheidungsfähigkeit droht in übergestülpten Zwangskontexten wie einer geschlossenen Unterbringung auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Akutmaßnahme zu verkümmern.

Orientierung beschreibt einerseits die eigene Fachlichkeit der Therapeuten in den kurzfristigen und langfristigen Folgen des eigenen Handelns. Und Orientierung beschreibt die Wahrnehmung und Einordnung der eigenen Handlungsmöglichkeiten von allen Beteiligten im Gesamtsystem. Unendlich vorsichtig möchte ich folgende Perspektive in das Gesamtbild einfügen. Ein vollendeter Suizid ist eine schreckliche und reale Möglichkeit in einer pathologischen Entwicklung eines jeden Menschen. Keinem Arzt auf einer Kinderonkologie würde es einfallen versagt zu haben, wenn ein Kind an einer Krebserkrankung verstirbt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint ein vollendeter Suizid als ein Versagen der Systeme wahrgenommen zu werden.

Dieser Gedanke muss vorsichtig und langsam gedacht werden. Eine psychopathologische Entwicklung mit suizidalen Inhalten ist einzigartig und es ist selbstverständlich, dass wir alles versuchen, eine Suizidhandlung jetzt und in Zukunft zu verhindern. Alle Kinder und Jugendliche haben das Recht auf eine maximale Unterstützung und auf eine externe Verantwortungsübernahme im Sonderfall. Und sie haben das Recht auf Vertrauen und Entwicklungsspielraum für eine gesunde psychische Entwicklung.

Der Wille zu Neuanfängen beschreibt hier diesen Entwicklungsspielraum. Bei allem fachlichen und mitmenschlichen Engagement müssen wir anerkennen, dass eine völlige Verhinderung einer suizidalen Handlung nicht möglich ist

und ein solcher Zustand der Komplettsicherung dem Kind auch jede gesunde Entwicklungschance nehmen würde. Dies wird ergänzt durch die Erkenntnis, dass Maßnahmen, welche eine Suizidhandlung erschweren, wie Zäune an Brücken zu bauen, tatsächlich präventiv wirksam sind (NICE, 2019). Überraschend ist dieses Dilemma der Aussagen nicht, die Entwicklung von einem Kind hin zu einem selbstverantwortlichen Erwachsenen wird immer von Fürsorge und Schutz und von Loslassen und Selbstwirksamkeitserfahrungen geprägt sein.

Diese Art von Balance zwischen Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeitsmöglichkeiten ist nur im System möglich. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann mit sehr orientierten und kurzen Akutinterventionen Klarheit und Sicherheit schaffen. Gleichzeitig bedarf es ohne lange Wartezeit erreichbare ambulante, tagesklinische und stationäre Psychotherapiephasen, welche je nach Bedarf zeitig greifen können. Aus Perspektive der Jugendlichen ist diese kürzere Zeitachse ein Ausdruck des Kümmerns und Ernstnehmens: Fragen müssen aus Sicht einer kindlich-jugendlichen Entwicklung dann beantwortet werden, wann sie gestellt werden.

Dafür bedarf es einer intensiven Arbeit zwischen und mit den Systemen. Ein gemeinsames Verständnis von den verschiedenen Möglichkeiten der Systeme ist möglich, damit nicht nur eine Akutstation, sondern auch Familien oder Jugendhilfeeinrichtungen ein guter und sicherer Entwicklungsort für Menschen mit suizidaler Kommunikation bei komplexer Traumatisierung sein können (Gahleitner, 2021 und Fachverband Traumapädagogik, 2025).

Zusammenfassungen

- Das Thema Suizidalität im Kindes- und Jugendalter stellt alle Beteiligten in den Systemen vor riesigen Themen der Verantwortung.
- Die Hoffnung auf eine übergeordnete Institution des Schutzes und Heilung ist riesig.
- Oft ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Akutaufnahme die Antwort des Hilfesystems auf das Thema Suizidalität.
- Gerade bei akut drängenden Suizidhandlungsplänen und in der Reorientierungsphase nach einem verhinderten oder tatsächlichem Suizidversuch kann der Schutz, welchen eine Akutaufnahme bietet sehr sinnvoll sein.
- Eine kinder- und jugendpsychiatrische Akutaufnahme kann auch Nebenwirkungen haben und einer gesunden psychischen Entwicklung im Wege stehen.

- Das Gefühl „anderen zur Last zu fallen“ und „allein-gelassen zu werden“ sind zwei der größten Motivationen, welche das Kippen von Suizidgedanken in eine Handlungswirklichkeit bedingen. Beide Gefühle werden eventuell in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station dysfunktional bedient und verhindern eine Gesundung weg von dem Symptom Suizidalität.
- Das Symptom Suizidalität entwickelt sich in manchen Fällen der suizidalen Kommunikation zu einem dysfunktionalen Weg, z.B. um nicht allein gelassen zu werden.
- Aufgabe der Psychiatrie könnte es sein, nicht auf die suizidale Kommunikation eine Antwort zu liefern, sondern gemeinsam nach den mit der suizidalen Kommunikation eigentlich gestellten Fragen zu suchen und diese Fragen mit dem Gesamtsystem zu teilen.
- Das Einzige, was allen Menschen in jeder Lebenslage zur Seite steht ist der eigene Wille. Keine Familie, keine Klinik kann diese Art von 100% Begleitung oder Schutz auf Dauer bieten oder übernehmen.
- Der menschliche Wille als einziger Garant dafür, dass auf dem Weg von einer Suizididee nicht eine Suizidhandlung folgt, muss gehegt und gepflegt werden.
- Erst gesunde außerklinische Systeme, in welchen sich Kinder und Jugendliche gewollt und begleitet fühlen, ermöglichen ein heilsames Krankenhausmilieu und können Hospitalisierungseffekte vermindern.
- Das Thema Suizidalität im komplexen Rahmen der Entwicklung des Selbst der Kinder und Jugendlichen kann nur mit hoher Verantwortung und Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen in den Systemen Familie, Schule, Psychiatrie, Psychotherapie und Jugendhilfe (u.a.) zusammen gesund bearbeitet werden.

Literatur

Britten, Uwe (2022) Interview mit Dr. phil. Tobias Teismann, Psychologischer Psychotherapeut an der Ruhr-Universität Bochum: „Präventiv sein, ohne hellsehen zu können“. Deutsches Ärzteblatt. Am 22.08.26 unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/interview-mit-dr-phil-tobias-teismann-psychologischer-psychotherapeut-an-der-ruhr-universitaet-bochum-praeventiv-sein-ohne-hellsehen-zu-koennen-feb02328-17d3-4fdc-b3fd-5d7b-0583f25e> einsehbar.

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al.: Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016. Am 24.08.26 einsehbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-031.html>
- DGPPN (2026) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Am 24.08.26 einsehbar unter [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3f1ae8d577cba07f282db7760716c1bd7c915969/2026-07-23_DGPPN-Stellungnahme Ref.Entwurf Suizidpräventionsgesetz.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3f1ae8d577cba07f282db7760716c1bd7c915969/2026-07-23_DGPPN-Stellungnahme%20Ref.Entwurf%20Suizidpr%C3%A4ventionsgesetz.pdf)
- Döpfner, Manfred; Berner, Walter; Breuer, Dieter; Flechtner, Henning; Lehmkuhl, Gerd; Steinhausen, Hans-Christoph. (2023). Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-2). Hogrefe, Göttingen.
- Fachverband Traumapädagogik und Schweizer Fachverband Traumapädagogik. (2025). STANDARDS für Traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. 2. Auflage. Am 04.03.26 lesbar unter https://fachverband-traumapaedagogik.org/wp-content/uploads/2025/05/standards_KJH_final_02.pdf
- Fleischhaker, Christian; Sixt, Barbara; Schulz, Eberhard. (2011). DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Gahleitner, Silke Birgitta. (2021). Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Psychiatrie Verlag, Köln.
- Grossmann, L., Johansson, F., Fazel, S., Kuja-Halkola, R., Bråstad, B., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Runeson, B., Lichtenstein, P., Chang, Z., Larsson, H., Brikell, I., D'Onofrio, B., Pingel, R., Rück, C., & Wallert, J. (2026). Suicide after involuntary psychiatric care: A nationwide cohort study in Sweden. *The Lancet Regional Health – Europe*, 60, 101504.
- Huber, Christian G.; Schneeberger, Andres R.; Kowalinski, Eva; Fröhlich, Daniela; von Felten, Stefanie; Walter, Marc; Zinkler, Martin; Beine, Karl; Heinz, Andreas; Borgwardt, Stefan and Lang, Undine E. (2016) Suicide Risk and Absconding in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15-year Naturalistic Observational Study. *The Lancet Psychiatry* (2016) | DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30168-7
- Joiner, Thomas. (2006). Why People Die by Suicide. Harvard University Press
- NICE, (2019). Suicide prevention. Quality standard. Reference number: QS189. Published: 10 September 2019. Abrufbar am 03.04.2026 unter <https://www.nice.org.uk/guidance/qs189>
- Resch, Franz et al. (1999). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Schmid, Marc; Fegert, Jörg M.; Petermann, Franz. *Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra*. Published Online: 22 Jan (2010). Kindheit und Entwicklung Vol. 19, No. 1. DOI: <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000008>

Kontakt des Autors

Dr. med. Jörg Liesegang
Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie
Systemischer Supervisor
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergs. 79, 10365 Berlin
E-Mail: j.liesegang@keh-berlin.de

Danksagung

Der Autor dankt Frau Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, Goethe Universität Frankfurt für wertvolle Anmerkungen zu einer Erstversion dieses Artikels.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt

Gruppentherapie in der SPV-Praxis: eine Bereicherung für Patient:innen, Eltern und Therapeut:innen¹

Fabian Schneider

„Gruppen sind wesentlich für unsere Entwicklung, wir alle sammeln wichtige Erfahrungen in Kinder- und Jugendgruppen und Schulklassen. Gruppen sind auch im Erwachsenenalter hochrelevante Systeme. Niemand von uns kommt um sie herum. Sei es im Arbeitsalltag, in der Freizeit oder im Bildungsbereich, sei es in Seminaren zur persönlichen Weiterentwicklung oder im gesellschaftlichen Engagement. Es ist „in unserem Alltag schwierig, nicht Teil einer Gruppe zu sein“ (Caby 2002). Für König und Schattenhofer (2016) ist die Gruppe eine „Grundform des sozialen Lebens“.“

Carmen Unterholzer (Unterholzer und Gröger 2022, S.18)

„Wir gehen davon aus, dass Gruppen nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern aufgrund ihres großen Potentials, das wissenschaftlich zunehmend fassbarer wird (vgl. Burlingame et al. 2004, 2013), eine positive Zukunft haben werden und bei der Behandlung vieler Störungsbilder bzw. in vielen Anwendungsbereichen noch sehr an Bedeutung gewinnen werden.“

Strauss und Mattke (2018, S.3)

Zur aktuellen Situation der ambulanten Gruppentherapie

Durch die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (Richtlinien-Verfahren) am 1.7.2017 wurde Gruppentherapie mit zahlreichen Privilegien ausgestattet. Sie wird nicht nur deutlich besser bezahlt als Einzeltherapie, es entfällt auch das aufwändige Antragsverfahren, solange überwiegend Gruppentherapie beantragt wird. Die Kombination von Gruppen- mit Einzeltherapie in einer Praxis, aber auch in zwei Praxen vom gleichen Therapieverfahren

1 Der Einfachheit der Formulierung zuliebe habe ich in diesem Artikel im Singular die weibliche Form benutzt. Alle männlichen Leser mögen sich bitte mit angesprochen fühlen!

ist möglich. Zwei Therapeutinnen aus zwei Praxen können eine gemeinsame Gruppe anbieten und größere Räume außerhalb der Praxis können für Gruppen genutzt werden.

Trotz dieser attraktiven Rahmenbedingungen fristet Gruppentherapie in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie immer noch ein Schattendasein, ganz im Gegensatz zum stationären Setting, wo Gruppentherapie zum Standard zählt. Die Zahlen der KV Nordrhein für die ersten drei Quartale in 2025 ergaben Folgendes: bei den Kinder- und Jugendlichentherapeut:innen waren 4% der abgerechneten Psychotherapiezeffern Gruppentherapiezeffern, bei den Erwachsenentherapeut:innen waren es immerhin 12%. Hier stellt sich die Frage, warum trotz der attraktiven Bedingungen nur so wenige niedergelassene Psychotherapeut:innen Gruppentherapie anbieten. Interessanterweise war die Hochphase der Gruppentherapie im deutschsprachigen Raum in den 1960er- bis 1980er-Jahren.

Aus der SPV gibt es eine gute Nachricht zur Gruppentherapie: Immerhin rechneten 39%, nämlich 35 der 90 SPV-Praxen im Gebiet der KV Nordrhein 2025 die Gruppenziffer 14311 ab. Außerdem rechneten vier SPV-Praxen die Gruppenziffern der Richtlinien-Psychotherapie ab. Doch auch hier ist noch deutlich Luft nach oben, denn aus meiner Sicht könnte jede SPV-Praxis mindestens eine Gruppentherapie anbieten. In meiner kleinen SPV-Praxis (ein Arzt, 52 Wochenstunden SPV-Mitarbeiter:innen) ist die Situation wie folgt: aktuell haben wir zwei Gruppen, eine von einem SPV-Mitarbeiter und eine von mir. Eine Mitarbeiterin, die eine Gruppe anbot, ist aktuell im Erziehungsurlaub. Zwei jüngere SPV-Mitarbeiter:innen wollen perspektivisch Gruppen anbieten.

Was spricht für das „Kompetenztreibhaus Gruppentherapie“?

Es gibt zahlreiche Argumente, die für ambulante Gruppentherapie sprechen: ihre Wirkfaktoren, die Förderung von Kontakt in Zeiten zunehmender Vereinzelung, ökonomische Vorteile für das Gesundheitssystem, finanzielle Vorteile für niedergelassene Psychotherapeut:innen, die Erhöhung der Anzahl von Therapieplätzen in Zeiten des Therapieplatzmangels und last but not least berichten praktizierende Gruppentherapeut:innen, dass ihnen Gruppentherapie mehr Spaß macht und sie überzeugt von ihrer Wirksamkeit sind.

Die Wirksamkeit der Gruppentherapie ist für viele Störungsbilder belegt. Beispielsweise fanden Barkowski et al. (2016) in ihrer Übersicht über meta-analytische Studien, die Primarstudien zum Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie zusammenfassten, sowohl störungsspezifisch als auch störungsübergreifend eine vergleichbare Wirksamkeit beider Formate.

Zu den Wirkfaktoren: In der Gruppentherapie kommen Wirkfaktoren zum Tragen, die in der Einzeltherapie nicht wirken. Irwin Yalom hat diese Wirkfaktoren erstmals umfassend beschrieben (Yalom 2021, S. 23). Genannt seien hier auszugsweise:

- Perspektivenvielfalt
- Solidarität, Wir-Gefühl: die Erfahrung, nicht allein mit seinen Problemen zu sein
- Entstigmatisierung (auch andere mit ähnlichen Problemen sind in der Gruppe)
- interpersonales Lernen (in verschiedenen Dimensionen)
- Selbstwirksamkeit: Gruppenmitglieder geben anderen Ratschläge und erfahren sich als kompetent (Rollenwechsel)
- vereinzelte Menschen kommen wieder in Kontakt mit anderen
- Training sozialer Kompetenzen
- Gruppenkohäsion
- Jugendliche haben nicht selten bessere Tipps/Ideen zur Problemlösung als deutlich ältere Therapeut*innen, da sie die Lebensrealität ihrer Altersgenossen viel besser kennen
- Abbau sozialer Ängste
- Die Gruppendynamik kann als Herausforderung erlebt, aber auch therapeutisch genutzt werden.

Zur Förderung von Kontakt in Zeiten der Vereinzelung: Neueren Medienberichten zufolge ist Einsamkeit ein nennenswertes Thema in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen. Ob dies tatsächlich ein neues Phänomen ist, unter anderem durch die zunehmende Digitalisierung bedingt, oder ob das Thema lediglich erst jetzt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist, sei dahingestellt. Gruppentherapie bietet jedenfalls für alle, die unter Einsamkeit leiden, eine große Chance, aus der Isolation herauszutreten, soziale und kommunikative Kompetenzen einzuüben, in gegenseitigen Austausch zu treten und neue Kontakte zu knüpfen.

Zur Erhöhung der Anzahl von Psychotherapieplätzen: Es liegt auf der Hand, dass in Zeiten langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz das Angebot an Therapieplätzen erhöht wird, wenn in zwei Stunden beispielsweise sechs Patient:innen in einer Gruppe anstatt zwei Patient:innen in einer Einzeltherapie behandelt werden können.

Zu den Aussagen praktizierender Gruppentherapeut:innen: Wie auch in den Interviews unseres Podcasts „Die transformative Kraft der Gruppe“³ für Gruppentherapeut:innen (Näheres dazu am Ende des Artikels) deutlich wird, berichten Gruppentherapeut:innen, dass sie die Gruppe als eine willkommene Abwechslung zum Einzelsetting empfinden und Gruppentherapie sehr gerne praktizieren. Nicht selten wird die Gruppe als das „Highlight der Woche“ bezeichnet. Abgesehen davon sind sie überzeugt von der Wirksamkeit und den Vorteilen der Gruppentherapie für ihre Patient:innen.

Natürlich gibt es auch Patient:innen, die in einer Einzeltherapie behandelt werden sollten oder zumindest zunächst einer Einzeltherapie bedürfen. Meiner Erfahrung nach übersteigt aber die Anzahl der Patient:innen, die gruppentherapeutisch behandelt werden könnten, das vorhandene Angebot an Gruppentherapieplätzen bei weitem. Und: viele mit Einzeltherapie anbehandelte Patient:innen profitieren im weiteren Verlauf von einer Gruppentherapie. In meiner Gruppe habe ich im Anschluss an Einzeltherapie Patient:innen mit Traumafolge-Symptomen, persistierenden Suizidgedanken, chronifizierten psychosomatischen Symptomen, Panikattacken, Zwängen und einen unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten behandelt, der keinen Kontakt mehr zu seiner Familie hatte.

Kommentare von Patient:innen

Folgendes schrieben Patient:innen im Abschlussfeedback zum Ende der Therapie in meiner Gruppe auf die Frage: „Was aus der Gruppentherapie hat dir am besten geholfen?“:

- „Die Tipps zur Stressregulierung
- Die Atemübungen und dass man mit anderen Menschen über verschiedene Dinge reden kann
- Meinung von anderen über das eigene Problem zu hören
- einfach die Möglichkeit, sich auszureden und die Körperübungen
- ich habe mich wieder mit alten Freunden getroffen

3 Verfügbar unter: <https://www.carl-auer.de/magazin/sounds-of-science> oder in Spotify, etc.

- die Gruppengespräche
- dass ich mich austauschen konnte“

Eine Patientin mit einer ausgeprägten Traumafolge-Symptomatik und einem generalisierten Schamgefühl konnte ich nach einjähriger Einzeltherapie durch hartnäckige Überzeugungsarbeit dazu bringen, einen Schnuppertermin in meiner Gruppe wahrzunehmen. Sie besuchte anschließend ein weiteres Jahr die Gruppentherapie. Zum Schluss äußerte sie, dass sie damals nicht gedacht hätte, dass ihr die Gruppe so gut helfen würde. Dieses Beispiel zeigt, dass es sich bei manchen Patient:innen lohnt, einen anfänglichen Widerstand gegen die Gruppentherapie zu überwinden. Allerdings ist eine grundlegende Bereitschaft zum Austausch in der Gruppe erforderlich.

Zur Wirtschaftlichkeit in der SPV-Praxis

Um dem Mythos, dass wöchentliche Gruppen- oder Einzeltherapie in der SPV-Praxis nicht wirtschaftlich sei, zu begegnen, lege ich hier ökonomische Zahlen eines meiner Mitarbeiter offen, der seit 1,5 Jahren außerhalb der Schulferien wöchentlich eine zweistündige Gruppentherapie - abgerechnet über die 14311 - mit zusätzlich einem Bezugspersonengespräch pro Woche anbietet, also drei Stunden seiner wöchentlichen Arbeitszeit für Psychotherapie verplant. Er befindet sich im dritten Ausbildungsjahr seiner VT-Ausbildung. Aufgrund unseres Umsatzbeteiligungsmodells werden die Quartalsumsätze der Mitarbeiter:innen über die Praxissoftware erfasst. Bei einer Wochenarbeitszeit von 16 Stunden machte er 2025 einen Jahresumsatz von 87.034,26 Euro mit durchschnittlich 59 Patient:innen pro Quartal, bei denen die 88895 abgerechnet wurde. Davon entfielen 4.138,77 Euro auf Privatpatient:innen, der Rest des Umsatzes wurde durch gesetzlich Versicherte generiert. Der Mitarbeiter hat eine Umsatzbeteiligung von 47% und verdiente damit durchschnittlich ein Brutto-Monatsgehalt von 6.509 Euro auf eine 38h-Woche gerechnet (die Modalitäten meines Umsatzbeteiligungsmodells hatte ich in einem Artikel im BKJPP-Forum 1/2025 dargestellt). Wie man sieht, kann ein Mitarbeiter, der drei von 16 Wochenstunden Psychotherapie anbietet (in diesem Fall Gruppentherapie) einen guten Umsatz erwirtschaften, wenn die Gesamtzahl der behandelten Fälle entsprechend hoch ist.

Sollte die Kinder- und Jugendpsychiaterin selbst eine Gruppe anbieten, ist die Abrechnung nach dem Richtlinienverfahren mittels PTV1 und PTV2 (ohne Gutachterverfahren) am wirtschaftlichsten. Für niedergelassene Psychotherapeut:innen ist Gruppentherapie generell wirtschaftlicher als Einzeltherapie. Bei gleichem Zeitaufwand lassen sich in der Richtlinientherapie

mit einer sechsköpfigen Gruppe im Quartal im Vergleich zur Einzeltherapie 1465 Euro mehr erwirtschaften. Sollten Fragen zur Wirtschaftlichkeit bestehen, können Sie mich gerne für eine kurze Beratung kontaktieren.

Zur Akquise von Patient:innen

Natürlicherweise ist es schwieriger, mehrere Patient:innen zu finden, die am gleichen Tag zur gleichen Zeit an einer Gruppentherapie teilnehmen können, als eine einzelne Patientin zu einem bestimmten Termin. Desiree Beumers, eine niedergelassene Psychotherapeutin aus Bergisch Gladbach, die sechs (!) Gruppentherapien pro Woche macht und genug Patient:innen dafür findet, berichtete in der 2. Folge unseres Podcast „Die transformative Kraft der Gruppe“, dass es bei der Akquise wesentlich auf die Überzeugung und Haltung der Gruppentherapeutin ankommt. Wenn Gruppentherapie als die Therapie der ersten Wahl angeboten wird, steigt die Bereitschaft der Patient:innen, daran teilzunehmen. Außerdem hat es sich aus meiner Sicht bewährt, eine störungsübergreifende, halboffene Gruppe anzubieten, da es ambulant schwieriger ist, eine störungsspezifische, geschlossene Gruppe zu füllen. Denn für letztere muss man alle 10 bis 15 Sitzungen (je nach Dauer der geschlossenen Gruppe) eine bestimmte Anzahl von Patient:innen mit einem gemeinsamen Störungsbild finden - ein schwieriges Unterfangen, es sei denn man ist mit entsprechenden Zuweiser:innen gut vernetzt. Meine Erfahrung zeigt, dass gerade Patient:innen mit unterschiedlichen Problemen besonders gut voneinander profitieren, da sie sich effektiv gegenseitig beraten können. Es gibt aber auch Patient:innen, die meist von störungsspezifischen Gruppen besser profitieren, wie beispielsweise solche mit Anorexie, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen oder Suchterkrankungen. Um die Hemmschwelle vor einer Gruppentherapie abzubauen, hat es sich bewährt, ein paar Einzelsitzungen vorab anzubieten, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen, und einen Schnuppertermin in der Gruppe, um Ängsten vorzubeugen. Generell gilt: je überzeugter die Therapeutin selbst von der Gruppentherapie ist und wenn die Gruppentherapie als Standard anstatt als Sonderfall angeboten wird, desto größer ist die Akzeptanz bei den Patient:innen.

Zur therapeutischen Haltung

Die therapeutische Haltung spielt in der Gruppentherapie eine wesentliche Rolle. Sie ist unter anderem abhängig von der Frage, was die Gruppentherapeutin mit ihrer Gruppe erreichen möchte, und welche Klientel sie behandelt. Wenn in Gruppen starke Konflikte entstehen und die Therapeutin sich

abstinent verhält, kann dies die Teilnehmer:innen belasten. Andererseits bieten stark manualisierte Gruppen wenig Raum für die Interaktion der Teilnehmer:innen. Für die von mir praktizierte störungsübergreifende, halboffene Gruppe hat sich die Haltung der interaktiven Co-Regulation bewährt, die aus der Bindungsforschung stammt (Schneider 2025, S. 67-70). Hierbei geht es zunächst darum, ein Gefühl der Sicherheit für alle Gruppenteilnehmer:innen zu etablieren, damit diese die Bereitschaft entwickeln, sich mit ihren Problemen und Gefühlen in der Gruppe zu öffnen und mitzuteilen. Dies impliziert zunächst eine führende Rolle der Gruppentherapeutin. Gleichzeitig ist es aber ein Ziel, den Dialog und die Autonomie der Gruppe zu fördern durch eine Anregung der Interaktion und der Gruppenkohäsion.

Daniel Bohm (2022, S. 32-33) schreibt zum Dialog Folgendes:

„>Dialog< kommt von dem griechischen Wort dialogos. Logos heisst >das Wort< oder auch >Wortbedeutung, Wortsinn<. Und dia heisst >durch< - nicht >zwei<. Ein Dialog kann von einer beliebigen Anzahl von Leuten geführt werden, nicht nur von zweien. Sogar ein einzelner kann einen gewissen Dialog mit sich selbst pflegen. Wesentlich ist, dass der Geist des Dialogs vorhanden ist. Die Vorstellung oder das Bild, das diese Ableitung nahelegt, ist das eines freien Sinnflusses, der unter uns, durch uns hindurch und zwischen uns fließt. Das macht einen Sinnstrom innerhalb der ganzen Gruppe möglich, aus dem vielleicht ein neues Verständnis entspringen kann. Diese Einsicht ist etwas Neues, das zu Beginn möglicherweise gar nicht vorhanden war. Sie ist etwas Kreatives. Und dieser untereinander geteilte Sinn ist der >Leim< oder >Zement>, der Menschen und Gesellschaften zusammenhält.“

Zur Gruppendynamik

König (in: Strauß und Mattke 2018, S.25 und S. 27, 28) beschreibt gruppendynamische Grundlagen von Gruppenpsychotherapie:

„Die Besonderheit der Gruppe gegenüber der einzeltherapeutischen Situation besteht darin, dass nicht nur eine Beziehung für die therapeutische Arbeit zur Verfügung steht (die zu einem Therapeuten), sondern multiple Beziehungen, die zudem noch strukturell differenziert sind in den Leiter einerseits, die anderen Gruppenmitglieder andererseits. Damit entsteht eine Analogie zur familiären Rollendifferenzierung von Eltern (Leiter) und Geschwistern (Gruppenmitglieder). (...) Nach diesem Verständnis ist Gruppe als soziales System nicht linear von außen steuerbar, sondern verarbeitet

Einflüsse oder Interventionen ihrer Umwelt autonom, d.h. nach ihren je eigenen Modalitäten. Sie tut dies zwar innerhalb eines gegebenen Rahmens von kulturellen sozialen Mustern und Normen, bildet dabei aber durch die vielfältigen inneren Abstimmungsprozesse zwischen ihren Mitgliedern eine spezifische Dynamik in der Verarbeitung von Umwelteinflüssen aus. Gerade darin liegen das Eigenleben und das Entwicklungspotential einer Gruppe, aber eben auch ihre Eigenwilligkeit und partielle Unberechenbarkeit. [...] Bei einer Gruppengröße von fünf Personen gibt es zehn mögliche Zweierbeziehungen, bei zehn Personen schon 45. Berücksichtigt man auch die Wechselseitigkeit von Beziehungen (die Beziehung von A zu B ist eine andere als die Beziehung von B zu A) und die unterschiedlichen Kombinationen von Dyaden, Triaden etc., so liegt in einer Fünfergruppe die Zahl aller möglichen Beziehungen bei 75, bei zehn Mitgliedern schon über 5000.“

Das Gruppegeschehen lässt sich nur bedingt von der Gruppentherapeutin steuern, denn jede Gruppe ist ein autopoietisches System mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und Dynamiken. Diese Einsicht ist zentral und entlastend für jede Gruppentherapeutin. Möglicherweise ist der Respekt vor der Gruppendynamik einer der Gründe, warum trotz attraktiver Rahmenbedingungen so wenige niedergelassene Psychotherapeut:innen Gruppentherapie anbieten. Dabei wird meines Erachtens zu sehr auf die negativen Ausprägungsformen von Gruppendynamiken fokussiert, anstatt die vielen positiven Erfahrungen und Möglichkeiten von Gruppendynamiken zu bedenken. Denn wenn eine Gruppe gut läuft, muss die Gruppentherapeutin diese nur moderieren und profitiert von der Energie der Gruppe. Natürlich kann es in einer Gruppe zeitweise zu herausfordernden Dynamiken kommen wie auch in der Einzeltherapie. Diese therapeutisch zu nutzen ist, wie auch in der Einzeltherapie, Erfahrungs- und Übungssache. Eine hilfreiche Methode zum Verständnis von Gruppendynamiken ist die Theorie der Rangdynamik von Raoul Schindler (Spaller und Tippe 2024). Hierzu wird es in Bälde eine Podcast-Folge geben.

Wie immer in der Psychotherapie empfiehlt es sich, an einer Supervision und wenn möglich auch an einem Qualitätszirkel teilzunehmen. Dies dient der Stärkung der Therapeutin, dem Austausch und der Qualitätssicherung. Letztes Jahr haben wir in Köln einen Qualitätszirkel für praktizierende Gruppentherapeut:innen gegründet.

Aus meiner Sicht ist es für die Gruppentherapeutin das Salz in der Suppe, zu sehen, wie sich Beziehungen zwischen Teilnehmer:innen positiv entwickeln, sie sich gegenseitig unterstützen, Erfolgserlebnisse haben oder gar Freund-

schaften entstehen. Diese Kraft der Gruppe gibt auch der Therapeutin Energie und macht den Therapieprozess spannend.

Zur Methodik

Neben den vier zugelassenen Verfahren der Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, analytischen Psychotherapie und systemischen Therapie gibt es zahlreiche Methoden, die in der Gruppentherapie praktiziert werden können. Zu nennen sind hier auszugsweise: angewandte Improvisation, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körperpsychotherapie, Ego-State-Therapie⁴, lösungsfokussierte Therapie, Hypnotherapie, EMDR, Skillstraining für Borderlinepatient:innen, Schematherapie, Akzeptanz und Commitment Therapie, soziales Kompetenztraining und eine Vielzahl anderer störungsspezifischer Gruppentherapiemethoden. Hierzu gibt es zahlreiche Bücher und Manuale.

Wichtig ist es aus meiner Sicht, die Eltern (und auch die Geschwister) in die Gruppentherapie mit einzubeziehen. Dies kann durch begleitende Eltern- und Familiengespräche oder in Form einer monatlichen Elterngruppe erfolgen. Tut man dies nicht, ist es deutlich schwieriger, Patient:innen in Krisensituationen zu stabilisieren. Als Systemiker halte ich grundsätzlich die Arbeit mit der gesamten Familie für wichtig.

Sonderform Multifamilientherapie

Multifamilientherapie (MFT) oder Multifamilienarbeit (MFA) wird in Deutschland seit den 90er Jahren vorwiegend in Institutionen praktiziert. Dr. Maud Rix und Katja Scholz vom Multifamilientherapie-Institut Dresden bieten hierzu eine hervorragende Weiterbildung an, beispielsweise in der Privatklinik Konraderhof in Hürth. Der Grundkurs umfasst viermal zwei Tage. Ein Interview der beiden findet sich in der 5. Folge des Podcasts „Die transformative Kraft der Gruppe“. In der Multifamilientherapie werden ca. sechs Familien (Eltern mit Kindern) in einem Raum durch zwei Therapeut:innen behandelt. Man braucht dazu also einen Raum für ca. 20-25 Personen. Das Besondere an dieser Therapieform ist die äußerst wertschätzende Haltung und die effektive Förderung der Selbstwirksamkeit der Familien. Neuerdings findet die MFT ihren Weg in das ambulante Setting. Ich weiß zumindest von

4 Vgl.: Fabian Schneider: Ego-State-Therapie und Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen: eine kraftvolle Kombination. In: Woltemade Hartman (Hrsg.): Ego-State-Therapie. Von den Wurzeln zur innovativen Praxis. Heidelberg 2026 (Carl-Auer Verlag).

einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, der bereits MFT praktiziert. Perspektivisch wollen wir auch in meiner Praxis mit MFT starten, sobald meine Mitarbeiterin ebenfalls den Kurs absolviert hat. Hierzu ist geplant, einen Raum außerhalb der Praxis anzufragen, beispielsweise im benachbarten Jugendamt oder einer nahegelegenen Schule.

Was braucht es zukünftig, damit mehr Therapeut:innen Gruppentherapie anbieten?

Zur Psychotherapeut:innen-Ausbildung: Mir liegen keine Daten vor bezüglich des Stellenwerts, den Gruppentherapie in den Curricula der Psychotherapie-Ausbildungsinstitute in Deutschland einnimmt. Allerdings wurden mir weder in meiner eigenen verhaltenstherapeutischen noch in meiner systemischen Psychotherapieausbildung gruppentherapeutischen Lerninhalte vermittelt, so dass ich mir diese später aneignen musste. Aus dem Austausch mit meinen Angestellten weiß ich, dass in ihren Ausbildungen an den lokalen Psychotherapie-Instituten Gruppentherapie nur eine marginale Rolle spielt. In einem Fall war es trotz des Engagements des PiAs aus organisatorischen Gründen nicht möglich, am Institut Gruppentherapie durchzuführen. Dies lässt vermuten, dass in der Ausbildung vielerorts bei weitem nicht genug für die Gruppentherapie getan wird. Dabei ist die Ausbildung eine Achillesferse, denn hier wird der Grundstein für das spätere Tun gelegt.

Zur Vernetzung: Ich bin der festen Überzeugung, dass Motivation, Inspiration und gegenseitige Unterstützung durch interkollegialen Austausch und Vernetzung wesentlich gefördert werden. Daher besuche ich jährlich Psychotherapiekongresse oder -tagungen. Es gibt in Deutschland viele attraktive Veranstaltungen zu den unterschiedlichsten Therapieverfahren und -methoden, von denen ich immer wieder inspiriert in die Praxis zurückkehre. Leider gibt es aber meines Wissens in Deutschland bisher keine verfahrensübergreifende, regelmäßige und mehrtägige Psychotherapietagung zur Gruppentherapie.

Am 24. und 25.4.2026 fand die DVT-Tagung in Köln unter dem Titel „Gemeinsam Richtung Veränderung – moderne Gruppentherapie in der VT-Praxis“ statt. Die D3G – *Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie* ist der größte Berufsverband von Gruppentherapeut:innen in Deutschland, setzt aber für die reguläre Mitgliedschaft eine Gruppenanalyse-Ausbildung voraus. Der deutlich kleinere *Berufsverband der approbierten Gruppentherapeuten (BAG)* hingegen ist verfahrensübergreifend. Beide Berufsverbände halten jährlich Tagungen ab.

Um eine verfahrensübergreifende, regelmäßige Tagung zu schaffen, haben wir letztes Jahr die *Kölner Gruppentherapietage* für Kinder- und Jugendlichen therapeut:innen gegründet, die erstmals eintägig am 4.7.2026 stattfinden. Am 18.-19.06.2027 werden wir die Veranstaltung erneut, diesmal zweitägig anbieten und hoffen, dass sie wie dieses Jahr wieder ausgebucht wird. Es werden noch Referent:innen für Vorträge und Workshops gesucht. Abstracts können unter: <https://www.kinderundfamilien therapie.de/informationen-fachkollegium/> eingereicht werden. Perspektivisch wäre eine Ausweitung der Tagung auf das Erwachsenenspektrum denkbar, wenn sich eine Kollegin unter den Erwachsenentherapeut:innen fände, die die Tagung mitorganisieren würde.

Ein weiteres Projekt zur Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch ist der von Viola Saur, Flipo Seilern (beides Erwachsenen-Gruppentherapeut:innen) und mir gegründete Podcast „Die transformative Kraft der Gruppe“, der seit diesem Januar Informationen für Gruppentherapeut:innen bietet. Wir interviewen sowohl renommierte als auch unbekannte Gruppentherapeut:innen zu den verschiedensten Themen. Hören Sie rein unter: <https://www.carl-auer.de/magazin/sounds-of-science> oder in Spotify, etc.

Zur Forschung: Es wäre zu wünschen, dass die Effekte der Gruppentherapie, insbesondere der verschiedenen spezifischen Formen von Gruppentherapie besser erforscht werden, um zu wissen, was wie wirkt.

Und zuallerletzt: Ich wünsche mir, dass mehr Therapeut:innen und Praxen den Mut finden, Gruppentherapie anzubieten. Denn es lohnt sich sowohl für die Patient:innen als auch für die Therapeut:innen. Therapeut:innen, die einmal mit Gruppen angefangen haben, hören selten wieder auf. Weil sie die Energie der Gruppe nicht mehr missen wollen, von der Wirksamkeit überzeugt sind und Spaß daran haben.

Literatur

- Barkowski, S., D. Frenzl, G. M. Burligame u. B. M. Strauss (2016): Wie wirksam ist Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu Einzelpsychotherapie? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 52 (2): 142–155.
- Bohm, Daniel (2021): Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussion. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K. R., Strauss, B. (2004): Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: M. J. Lambert (Hrsg.): Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5. Auflage, S.647-696). New York (Wiley).
- Caby, Filip (2002): Aspekte einer systemischen Gruppentherapie. In: W. Rotthaus: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg (Carl Auer).
- König und Schattenhofer (2016): Einführung in die Gruppendynamik. Heidelberg (Carl Auer)
- Schneider, Fabian (2025): Systemische Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen. Eine multimethodische Kombination mit Ego-State- und Körperpsychotherapie. Heidelberg (Carl Auer).
- Spaller, Christine und Tippe, Andrea (2024): Einführung in die Rangdynamik. Heidelberg (Carl Auer).
- Strauß, Bernhard und Mattke, Dankwart (2018): Gruppenpsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis. Berlin (Springer)
- Unterholzer, Carmen und Gröger, Herbert (2022): Handbuch der systemischen Gruppentherapie. Heidelberg (Carl Auer).
- Yalom, Irwin D. (2021): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart (Klett-Cotta).

Autor:

Dr. med. Fabian Schneider
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Siegmundstr. 19, 50739 Köln
Email: schneider@kinderundfamilientherapie.de

Interessenkonflikt:

Der Autor ist Host des im Text genannten Podcast „Die transformative Kraft der Gruppe“, Autor eines Buches im Carl-Auer-Verlag und Veranstalter der Kölner Gruppentherapietage.

Zur Jahrestagung des BKJPP 2026 bietet Fabian Schneider den Workshop „Gruppentherapie in der SPV-Praxis“ an.

Mentale Gesundheit als Thema gendersensibler Jugendsozialarbeit –

Aktuelle Problemlagen und Bedarfe von Mädchen* und jungen Frauen*

Kurzbericht über den BAG EJSA-Online-Fachtag 2026

Christiane Weidner

Im Mittelpunkt des Tages standen aktuelle Befunde zur psychischen Gesundheit junger Menschen, insbesondere spezifische Belastungen von Mädchen*, jungen Frauen*, trans* und nicht-binären sowie BIPOC-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Thematisiert wurden die Zusammenhänge von psychischer Gesundheit mit geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung, sozialen Ungleichheiten, Diskriminierung, Flucht, Rassismus, Armut sowie digitalen Lebenswelten.

Die Beiträge aus Wissenschaft, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit verdeutlichten den Bedarf an niedrigschwelligen, lebenswelt-, ressourcen- und beziehungsorientierten sowie intersektionalen Unterstützungsangeboten.

Nach einer Darlegung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden diverse Praxisansätze vorgestellt, darunter aufsuchende psychiatrische Krankenpflege, Peer-to-Peer-Beratung, psychosoziale Beratung in Offener Mädchen*arbeit, Fachkräftequalifizierung sowie kreative und partizipative Angebote zur Prävention und Stärkung von Resilienz und Selbstwirksamkeit.

Als zentrale fachliche wie strukturelle Herausforderungen wurden die Verzahnung von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, der Ausbau niedrigschwelliger und ambulanter Angebote sowie eine diskriminierungskritische und gendersensible Qualifizierung wie aber auch die Entlastung von Fachkräften

herausgearbeitet. Der Fachtag unterstrich die Bedeutung interdisziplinärer und intersektionaler Zusammenarbeit für die Förderung der mentalen Gesundheit junger Menschen wie auch die Notwendigkeit größerer politischer Aufmerksamkeit, Unterstützung, struktureller Verankerung und nachhaltiger Ausstattung.

Ausführlicher Bericht: <https://www.bagejsa.de/mentale-gesundheit-als-thema-gendersensibler-jugendsozialarbeit>

Christiane Weidner – Mädchen*sozialarbeit, Gender Mainstreaming, Lobbyarbeit – BAG EJSA – Augustastr. 80, 10117 Berlin, www.bagejsa.de

Nachruf auf Dr. med. Hans Jürgen Heubach

Ehrenmitglied des BKJPP

* 16.05.1938 + 05.05.2026

„Herr, es ist Zeit.

Mein Sommer war so reich. Leg meinen Schatten auf die Sonnenuhren!“

Mit diesen an Rainer Maria Rilke angelehnten Worten verabschiedet sich die Familie von Dr. med. Hans Jürgen Heubach von ihrem Ehemann, Vater und Großvater.

Und auch wir, die Kolleginnen und Kollegen von Dr. Hans Jürgen Heubach und der Vorstand unseres Berufsverbandes, verabschieden uns mit Dankbarkeit von unserem Ehrenmitglied, dem vor allen wir niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater sehr viel verdanken.

1977 ging er gemeinsam mit Dr. med. Reinhard Schydlo das Wagnis ein, in Düsseldorf eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderheilkunde zu gründen. Damals war es in keiner Weise garantiert, dass man als Kinder- und Jugendpsychiater in der Praxis auch die eigene Existenz und die der Familie wirtschaftlich sichern konnte. Zwar gab es bereits seit 1968 das eigenständige Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, doch die ambulante Versorgung war von Kliniken geprägt.

Durch die Weiterbildungsordnung bedingt, hatten die meisten Kinder- und Jugendpsychiater einen „Doppelfacharzt“, entweder zusätzlich als Kinderarzt oder als Psychiater/Nervenarzt. Und die ersten niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater arbeiteten zumeist auch in beiden Fachgebieten. Dr. Heubach war neben der Psychotherapie besonders engagiert in der Epileptologie tätig und pflegte so den neuropsychiatrischen Teil unseres Fachgebiets.

Aus den Schwierigkeiten der Anfangsjahre und als Meilenstein für die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung entwickelte sich das „Modellprojekt Düsseldorf“ im Modellverbund „Psychiatrie“, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderheilkunde, Psychotherapie unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. R. Schydlo, Dr. H. J. Heubach et al. gemein-

sam mit dem „Projekt Weilerswist – Ambulante interdisziplinäre Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit Hausbesuch und Hometreatment“ unter Leitung von Dr. R. Bertling im „Modellverbund Psychiatrie – Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung“ im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit, veröffentlicht 1992 als Band 7 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit.

Diese sozialpsychiatrische Arbeit war wegweisend für die „Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV)“, die 1996 erstmals abgeschlossen wurde und seither den Praxen eine umfassende Versorgung unter Einbeziehung von Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen bei angemessener Finanzierung ermöglicht.

Am 26.08.1978 gehörte Dr. Heubach zu den 14 Gründungsmitgliedern des „Berufsverbandes der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der in der Gemeinschaftspraxis in Düsseldorf ins Leben gerufen wurde. Mit dem Berufsverband wurde es möglich, gleichberechtigt zu den Nachbardisziplinen in den politischen Gremien die notwendigen, existenzsichernden strukturellen Veränderungen in Gesetzen und Verträgen zu erzielen.

Mindestens so bedeutsam für die Entwicklung der ambulanten Versorgung war, dass Dr. Heubach als stets loyaler Kollege Herrn Dr. Schydlo in der gemeinsamen Praxis den Rücken frei hielt für dessen intensives, umfangreiches und erfolgreiches berufspolitisches Wirken als Vorsitzender des Berufsverbandes. Ohne diese kollegiale Unterstützung hätte Dr. Schydlo niemals so zeitnah und bestens informiert die dringend notwendigen gesetzlichen, vertragsrechtlichen und strukturellen Verbesserungen in der vertrags- und privatärztlichen ambulanten Versorgung erzielen könne, von denen wir alle noch heute profitieren.

Dabei stellte Dr. Heubach sich niemals selbst in den Vordergrund, so dass manchen gar nicht bewusst war, wie sehr er es verdient hatte, zum Ehrenmitglied des Berufsverbandes gewählt zu werden.

Darüber hinaus hatte er Lehraufträge an der Universität in Düsseldorf, an der Fachhochschule in Kaiserswerth und hielt Vorträge in verschiedenen Institutionen bis nach Nepal, Indien und China.

Er war auch einer der ersten Autoren des heutigen „Forum-KJPP“ das damals noch schlicht „Mitgliederrundbrief“ hieß. Im Quartalsheft 1991-II, S. 13-20, veröffentlichte er den wegweisenden Beitrag „Indikation zur stationären und ambulanten Therapie aus Sicht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters“, der auch heute noch lesenswert ist.

Von der Ehefrau, Barbara Heubach, habe ich erfahren, dass ihr Ehemann neben seinem hohen beruflichen Engagement das Familienleben mit den drei Töchtern und später auch den Enkeln und mit vielen Freunden der verschiedenen Generationen intensiv pflegte und gemeinsam Reisen, gutes Essen und Trinken und die Kunst in ihren verschiedenen Formen genoss. Beide hatten sich schon 1963 kennengelernt, als sie als Werkstudenten bei der LVA in Düsseldorf gearbeitet hatten.

Als Dr. Heubach 2021 schwer erkrankte und sich nur vorübergehend davon erholte, hat er dennoch bis zuletzt sein Schicksal selbst bestimmt.

Mit Dr. Hans Jürgen Heubach verlieren wir einen großartigen Kollegen und Freund, dem wir viel verdanken!

Wir werden ihn in ehren- und liebevoller Erinnerung behalten.

Christian K. D. Moik

Ehrenvorsitzender des BKJPP

Stiftung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter



Symposium 2027

„Zukunftsperspektiven der kinder- und jugendpsychiatrischen und
psychotherapeutischen Versorgung“

Schirmherr: Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt

Aachen, den 16. April 2027

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Vorstand und Kuratorium der Stiftung-KJPP laden Sie ganz herzlich zum Symposium 2027 ein! Wir freuen uns, Sie in dem weltoffenen, historisch, kulturell und wissenschaftlich reichen Aachen begrüßen zu können!

Mit der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, die 1870 als Polytechnische Schule gegründet wurde, und zu der seit 1966 auch die Universitätsklinik und seit 1998 die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters gehören, mehreren Fachhochschule und insgesamt ca. 60.000 Studierenden aus 142 Ländern ist Aachen ein internationaler wissenschaftlicher Brennpunkt.

Inmitten der Region Rhein-Maas und im Länderdreieck von Belgien, Deutschland und den Niederlanden ist Aachen jedoch auch ein kulturelles und wirtschaftliches Zentrum, das vor oder nach dem Symposium einen ausführlicheren Besuch lohnt.

Ein Muß ist der Aachener Dom, Weltkulturerbe und Vermächtnis Karls des Großen. Unterwegs geht es vorbei an warmen Quellen, die schon römischen Legionären und später Königen und Kaisern Linderung verschafft haben. Neben Altem gibt es viel Neues zu entdecken.

Und wer noch mehr Neugier und Zeit hat, kann die Nachbarstädte Maastricht und Lüttich besuchen.

Quartiere finden Sie ganz in der Nähe des Tagungsortes und außerdem für jeden Geschmack und Geldbeutel in und um Aachen.

Das Symposium und die Region Aachen sind auch empfehlenswerte Ziele für Praxis- und Klinik-Teams!

2027 wird die „Stiftung-KJPP“ 30 Jahre alt. Dies ist uns Anlaß, in die Zukunft der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu blicken. Diesen Ausblick gewähren uns Preisträgerinnen und Preisträger des Förderpreises der Stiftung-KJPP, der seit 1999 an 16 Arbeitsgruppen verliehen wurde.

Um Neues und Bewährtes aus unserem Fachgebiet zu erfahren, Kolleginnen und Kollegen wiederzusehen oder neu kennenzulernen, Wissenschaft in Schönheit zu erleben, zu all dem Sie heißen wir Sie herzlich willkommen!

Für den Vorstand und das Kuratorium

Christian K. D. Moik – Prof. Dr. Jochen Seitz

Organisatorische Hinweise

Wissenschaftliche Leitung:

Christian K. D. Moik, Aachen, Prof. Dr. med. Jochen Seitz, Essen

Das Symposium 2027 ist von der Ärztekammer Nordrhein unter der VNR: 2760512027145020013 in Kategorie A mit 6 Punkten zertifiziert.

Information und Anmeldung bis zum 23.03.2027: www.stiftung-kjpp.de

Stiftung-KJPP, c/o Christian K. D. Moik, 52074 Aachen, Lütticher Str. 512a, eMail: info@stiftung-kjpp.de / ckdmoik@t-online.de , Fax 0241-79419

Kostenbeitrag bis 19.02.2027: 40,00 €, für StudentInnen 10,00 €, ab dem 20.02.2027: 50,00 € / 15,00 €

Tagungs- / Spendenkonto: Stiftung-KJPP

IBAN: DE11 3006 0601 0004 7907 90, Stichwort: „Symposium 2027

Tagungsort: 52062 Aachen, Reihstraße 13, (Nähe Elisenbrunnen / Friedrich-Wilhelm-Platz) in „Erholungs-Gesellschaft Aachen von 1837“

Ganz in der Nähe halten fast alle Buslinien, sind empfehlenswerte Hotels, 2 Parkhäuser und die „Shopping-Mall“ von Aachen.

Weitere Informationen zu Aachen, Unterkünften und Unternehmungen: www.aachen-tourismus.de; booking@aachen-tourismus.de

Programm am 16. April 2027

- 12.15 – 13.00 Uhr Anmeldung/Empfang
- 13.00 – 13.30 Uhr Begrüßung
Tagungsvorsitz: *Dr. med. Renate Sannwald*
- 13.30 – 14.15 Uhr Kinderschutz in einer digitalisierten Welt
Prof. Dr. Jörg Fegert, Ulm
- 14.15 – 15.00 Uhr Ein transdiagnostisches Behandlungsprogramm für Jugendliche mit Angst- und depressiven Störungen
Prof. Dr. phil. Tina In-Albon, Mannheim
- 15.00 – 15.45 Uhr Into Future – Enhanced Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Prof. Dr. med. Tobias Renner, Tübingen
- 15.45 – 16.15 Uhr Pause
Tagungsvorsitz: *Prof. Dr. med. Jochen Gehrman*
- 16.15 – 17.00 Uhr ETRO: ROBIN: App gestützte Behandlung für Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose
*KD Dr. med. Maurizia Franscini,
Nina Traber-Walker lic. phil., Zürich*
- 17.00 – 17.45 Uhr Behandlungsalternativen bei Selbstverletzendem Verhalten
Prof. Dr. med. Paul Plener MHBA, Wien
- 17.43 – 18.30 Uhr Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit genetischem Hochrisikoprofil für psychische Erkrankungen
Dr. med. Franziska Radtke, Würzburg
- 18.30 – 18.45 Uhr Abschlußdiskussion

Anmeldung

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme am Symposium 2027 mit insgesamt _____ Personen an.

Den Kostenbeitrag in Höhe von _____ € habe ich auf das Konto der Stiftung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Stiftung-KJPP) überwiesen.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE11 3006 0601 0004 7907 90

BIC: DAAEDEDXXX

Kontaktdaten für die Registrierung und evtl. Rückfragen:

Anrede	
Titel	
Vorname	
Name	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Straße	
PLZ	
Ort	

Datum _____ Unterschrift _____

Stiftung-KJPP, c/o Christian K. D. Moik

Lütticher Str. 512a, D-52074 Aachen

E-Mail: info@stiftung-kjpp.de / ckdmoik@t-online.de

Fax: +49-241-79419,

www.stiftung-kjpp.de

Wenn die Anmeldung ohne Änderung registriert werden kann, erfolgt keine Rückmeldung.

Hinweise für Autor*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der/die Autor:in räumt – und zwar auch zur Verwertung seines/ihrer Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.

3. Interessenkonflikte:

Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.

4. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzugs hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10.
- ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
 - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
 - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
 - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
 - ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
 - ✓ Beispiele: (wichtig sind die Klammern beim Erscheinungsjahr nach den Autoren)
 Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49, 377-385
 Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
 Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.



bkjpp

Berufsverband
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
in Deutschland e.V.

ABONNEMENT

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, E-Mail: mail@bkjpp.de, Tel.: 06131 – 69 38 070

Name/ Titel/ Vorname: _____
Institution: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

☐ Ich abonniere das *forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum

Jahresabonnementspreis von € 60,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

☐ Ich erteile hiermit die Einzugsmächtigung für die Zahlung des Abonnements

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per E-Mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/-in: _____

☐ Beitrittserklärung ☐ Änderungsmitteilung

Geschäftsstelle: Umbach 4, 55116 Mainz
 Email: mail@bkjpp.de, Tel. 06131 6938070



Berufsverband
 für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychosomatik und Psychotherapie
 in Deutschland e.V.

Auf der **Website des bkjpp e.V.** unter <http://www.bkjpp.de/> finden Sie wertvolle Informationen, u.a. auch die **Satzung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/satzung/>, in der Aufgaben und Zweck des bkjpp e.V. festgelegt sind und die dort zum Download und Speichern bereitsteht.

Hier finden Sie auch die **Beitragsordnung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/beitragsordnung/> und die **Datenschutzklärung** unter <http://www.bkjpp.de/datenschutz/>. Beide Dokumente stehen hier zum Download und zum Speichern für Sie bereit. Eine Mitgliedschaft im bkjpp e.V. verpflichtet zur Zahlung des Jahresbeitrags, der aus zwei Teilen besteht, dem Bundesbeitrag und dem Beitrag der zugeordneten Regiogruppe.

Korrespondenzadresse: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Angaben mit * sind Pflichtangaben.)

Anrede/ Titel: _____ Geburtsdatum*: _____

Name*: _____ Bei Namensänderung (vormals)*: _____

Vorname*: _____ Institution: _____

Straße* und Nr*: _____

PLZ* und Ort*: _____

Email*: _____

Telefon/ Mobil*: _____ Zust. Landesärztekammer*: _____

Ich bin Fachärztin/ -arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich bin Ärztin/ Arzt in Weiterbildung zur JKPP*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich bin Student:in der Humanmedizin*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Sonstiges: _____

Ich bin niedergelassen mit eigener Kassenzulassung oder MVZ-Inhaber*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich arbeite in einem Anstellungsverhältnis oder einer Verbeamtung*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Rechtliche Grundlage für meine Tätigkeit ist ein bedarfsplanungsrelevanter
 Bescheid des KV-Zulassungsausschuss („mit KV-Sitz“)*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

SEPA-Lastschriftmandat: ich ermächtige den bkjpp e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bkjpp e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufbar. Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (bkjpp e.V.) Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74 BUNO 0000 8003 42. Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

Ich ermächtige den bkjpp e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift Kontoinhaber/ Kontoinhaber

Ich habe die Satzung und Beitragsordnung eingesehen und beantrage die Mitgliedschaft im bkjpp e.V.

Ort*: _____ Datum*: _____ **Unterschrift***

Für Anträge zur Reduktion des Mitglieder-Jahresbeitrags nutzen Sie bitte das Formular Anlage 3 der Beitragsordnung.

Informationen für Anzeigenkunden

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.



Media Daten 2027

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, Herrn Thomas Didier.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) an alle Mitglieder des BKJPP e.V. und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 250 Kliniken.

Auflage 1.350 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 20,- Euro, das Jahresabonnement kostet 60,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. Juli zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de

Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat.

Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden **zusätzlich** im Internet auf www.bkjpp.de/stellenangebote für 6 Monate veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4

55116 Mainz

Tel.: 06131 6 93 80 70

mail@bkjpp.de

www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

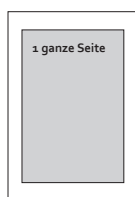
Meta Druck, Thomas Didier

Eylauer Str. 10

10965 Berlin

Tel.: 030 617 02 147

didier@metadruck.de



130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 1.700,- Euro

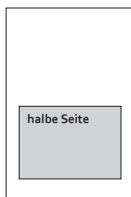
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc 750,- Euro

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 380,- Euro

Mitglieder 380,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 500,- Euro

auslaufende Formate
sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

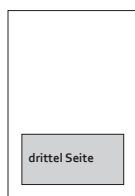
Firmenanzeigen 850,- Euro

Stellenanzeigen, Fortbildung, etc 480,- Euro

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 240,- Euro

Mitglieder 240,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 400,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

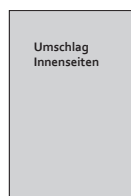
Firmenanzeigen 600,- Euro

Stellenanzeigen, Fortbildung, etc 250,- Euro

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 195,- Euro

Mitglieder 195,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 350,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.650,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

alle Preise plus 19%

Termine 2027

Ausgabe forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2027	15. Dezember 2026	2. KW 2027
2-2027	17. März 2027	15. KW 2027
3-2027	16. Juni 2027	28. KW 2027
4-2027	15. September 2027	41. KW 2027

* Änderungen vorbehalten



Impressum

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der
U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 in Deutschland e. V. (BKJPP)

Umbach 4, 55116 Mainz

Verantwortliche Redaktion „forum“

Dr. med. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum* 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief / 2-mal jährlich (April und Oktober)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „forum“ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.