

## Kinder - und Jugendpsychotherapeutische Interventionen Teil 2

### VL 1: Spielen als Methode in der Therapie

Kind	Erwachsener
<ul style="list-style-type: none"> <li>- bewegungsorientiert</li> <li>- große Rolle körperlicher Entwicklung</li> <li>- Hohes Entwicklungstempo</li> <li>- flexibles Glaubenssystem und Selbstkonzept</li> <li>- Anpassungsfähig</li> <li>- große Abhängigkeit von Umweltbedingungen</li> <li>- Orientierung im Hier und Jetzt</li> <li>- Wenig Erfahrung</li> <li>- Phantasievoll</li> <li>- Denken ist handlungsorientiert und konkret. Orientiert an Sinneswahrnehmungen und Affekten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprachorientiert</li> <li>- abgeschlossene Entwicklung</li> <li>- langsame Entwicklung</li> <li>- feste Glaubenssätze und festes Selbstkonzept</li> <li>- nicht mehr so flexibel</li> <li>- weitgehende Autonomie von Umweltbed.</li> <li>- Vergangenheits- und Zukunftsorientiert</li> <li>- viel Erfahrung</li> <li>- Realitätsbezogen</li> <li>- Denken ist abstrakt und rational</li> </ul>

<p><b>Symbolisierungsfähigkeit</b> (nach Piaget)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erste <i>mentale Repräsentationen</i> im 1 LJ</li> <li>- mentale Repräsentationen sind                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>konkret,</i></li> <li>- <i>handlungsorientiert</i> (nicht sprachlich, Kind kann kaum vollständigen Satz bilden, zeigt aber im Handeln was es z. B. Tag vorher gemacht hat) und</li> <li>- <i>gebunden an Sinneswahrnehmungen</i> und Affekte (nicht abstrakt und sprachlich)</li> </ul> </li> <li>- Objektpermanenz ab 2 LJ (Objekt Konstanz beschreibt mentale Repräsentation der Mutter)</li> <li>- Repräsentationen werden im Spiel reproduziert (symbolisches Spiel ab ca. 3 Jahren möglich)</li> </ul>
--	---

<b>Bedeutung von Spielen für psychische und emotionale Entwicklung</b>	
<p><b>Übergangsobjekt</b> (nach Winnicott)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erstes Objekt zwischen innerem Raum und äußerer Realität (Kuscheltier ist wie die Mutter)</li> <li>- Entwicklung psychischer Eigenständigkeit des Kindes &amp; Entwicklung von Objekt Konstanz</li> <li>- aktive Aneignung äußerer Realität</li> </ul>
<p>Spielen als Übergangsphänomen</p>	<p>direkte Fortsetzung des Übergangsobjektes (Spielen ist eine Erweiterung des Übergangsobjektes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschehen im Raum zwischen Mutter und Kind/ als Kommunikationsform</li> <li>- schöpferischer &amp; kreativer Akt → Art die Umwelt neu zu erschaffen</li> <li>- heilsam und hilft bei Bewältigung → da man als Kind selber in die aktive Rolle schlüpfen kann und nicht immer nur abhängig ist</li> </ul>

- > Dadurch beschäftigt sich Kind mit Thema und kann es durcharbeiten
- > Kann im Spiel mit Therapeut neue Beziehungserfahrungen machen

## Spielen als Methode

Rolle des Therapeuten	häufig die Rolle des machtlosen und abhängigen Kindes und Kind übernimmt eine ‚führende‘ Rolle die Einfluss hat.
Ebenen des Spiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reale Beziehung zu Therapeut</li> <li>- Übertragungsbeziehung</li> <li>- <b>Aktualkonflikt</b> (Lehrer und Teddybär (klassenschlechteste): Tadel für schlechte Leistung; <b>Nachspielen des Alltags</b>)</li> <li>- <b>innerer Konflikt</b> (Lehrer und Teddybär als sadistisches Introjekt, z.b bei schwieriger Beziehung zur Mutter. <b>Über-Ich</b>)</li> </ul>
Regeln beim Spielen	
1. Regel der freien Assoziation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Verfügung Stellung eines Raumes, in dem das Kind möglichst unzensiert ausdrücken kann, was es beschäftigt</li> <li>- Kind darf alles bestimmen in der Stunde</li> </ul>
Aber auch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokussierung progressiver Aspekte</li> <li>- Ich-stärkende Interventionen</li> <li>- Beachtung des Behandlungsfokus</li> </ul> <p>-&gt; Balance zwischen Freiraum und Fokussierung finden</p>
2. Klarifizierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprache finden für das innere Erleben</li> <li>- Bezug zur Realität herstellen (9 Jähriger ist im Spiel Herrscher der Welt, Ziel der Therapie ist es eine Realität zwischen Größenselbst und dem realen 9 Jährigen Jungen zu schaffen)</li> <li>- Differenzierung fördern</li> <li>- Omnipotenz erleben begrenzen („ja du bist gut, aber es gibt auch andere die genau so gut sind, oder auch mal gewinnen“; stark affektbeladenes Spiel begrenzen)</li> </ul>
3. Deuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in TP nur begrenzt</li> </ul>
4. Interventionsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiel kommentieren</li> <li>- im Rollenspiel durch Einführung einer Figur (funktioniert oft nur begrenzt)</li> </ul>

## Begründerinnen der Kindertherapie

- Hermine Hugh Helmut (Schülerin Freud, pädagogisch, Psychoanalyse auch für Kinder)
- Anna Freud
- **Melanie Klein**: Kind bringt durch Spiel Phantasien/Wünsche/Erlebnisse in symbolischer Weise zur Darstellung. Bedient sich dabei der gleichen Ausdrucksweise wie im Traum.

<b>Weiterentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Donald Winnicott</i>: Spiel als (schöpferische) Erfahrungen Kontinuum Raum und Zeit. Als Grundform des Lebens. Psychotherapie geschieht dort wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden. Therapeut soll Patienten in Zustand bringen in dem er zum Spielen im Stande ist.</li> </ul>
--------------------------	--

## VL 2: Kindeswohlgefährdung

<b>Typisch in Kinderschutzfällen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionale Beteiligung</li> <li>- Handlungsdruck</li> <li>- Unklare Situation</li> <li>- großes Helfersystem mit vielen Beteiligten</li> <li>- Dissens</li> <li>- Nähe-Distanz-Problematik</li> <li>- Störanfällige und schwierige Beziehungen</li> </ul>
<b>Bundekinderschutzgesetz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung 2012 um Kinderschutz zu verbessern</li> <li>- regelt dass alle Institutionen in die Verantwortung genommen werde</li> <li>- Bei <i>Anhaltspunkten auf Kindeswohlgefährdung</i>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflicht sich ein Bild zu machen und eine Einschätzung zu geben</li> <li>- Mit Eltern/Kind/Jugendlichem sprechen</li> <li>- Hilfe anbieten</li> </ul> </li> <li>- Reicht das nicht aus: Jugendamt einschalten</li> </ul>
<b>GG Art. 6 Abs. 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern obliegt Erziehung und Pflege der Kinder</li> <li>- Eltern können zunächst mal ‚machen was sie wollen‘</li> <li>→ aber Jugendamt hat Wächterfunktion und greift bei schweren Fällen ein</li> </ul>
<b>§ 1666 BGB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschreitemöglichkeit des Staates bei Kindeswohlgefährdung             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls</li> <li>- Eltern sind nicht in der Lage/nicht Willens Gefahr abzuwenden</li> <li>- Familiengericht hat Maßnahmen zu treffen um Gefahr abzuwenden</li> </ul> </li> </ul>

<b>Jugendamt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wächterfunktion</li> <li>- bietet Hilfe und Kontrolle (ob Hilfen wirksam werden) an</li> </ul>
<b>Familiengericht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidungen über Sorgerecht &amp; Sorgerechtsentzug</li> </ul>
<b>Einrichtungen für Kinder/Familien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einschätzung von Kindeswohlgefährdung</li> <li>- bleiben in Kontakt mit Familie</li> <li>- Richtet sich bei Kindeswohlgefährdung ans Jugendamt</li> </ul>

<p><b>Kindeswohlgefährdung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>unbestimmter Rechtsbegriff</i>: gegenwärtige Gefahr, dass sich in der Kindesentwicklung ein erhebliche geistige, seelische oder körperliche Schädigung mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersagen lässt.</li> <li>- <i>Einzelfallentscheidung</i></li> <li>- Einschätzung möglicher zukünftiger Gefährdung</li> <li>- Orientierung an Grundbedürfnissen (physiologische Bedürfnisse, Schutz &amp; Sicherheit, Verständnis &amp; soziale Bindung, seelische &amp; körperliche Wertschätzung, Anregung/Spiel/Leistung, Selbstverwirklichung)</li> </ul>
<p><b>Gefährdungsursachen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- körperliche Misshandlung</li> <li>- seelische Misshandlung (Demütigung, Beschimpfung)</li> <li>- Vernachlässigung (auch emotionale)</li> <li>- sexueller Missbrauch</li> <li>- Autonomiekonflikte</li> <li>- Hochstrittigkeit &amp; Partnerschaftsgewalt</li> </ul>

<p><b>Gefährdungseinschätzung</b></p>	
<p><b>Leitsätze</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruhig bleiben und Überreaktion vermeiden</li> <li>- Sich ein Bild der Situation machen und Informationen sammeln</li> <li>- In der Beziehung und beim Kind bleiben</li> <li>- Verwicklungen gehört dazu: Emotionen ernst nehmen und auch diagnostisch nutzen (Verwicklung wenn ich emotional mit drin hänge)</li> <li>- Kollegiale Beratung suchen</li> </ul>
<p><b>Haltung von Kinderschutzzentren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helfen und Risikoeinschätzung geht nur in Beziehung</li> <li>- Diskriminierung von Betroffenen führt eher zu Rückzug</li> <li>- Strafe führt zu eskalierenden Konfliktsituationen oder Machtkämpfen: Kind kann aus dem Blick geraten</li> <li>- Verwicklungen gehören dazu</li> <li>- Versuche der Systematisierung helfen dabei, Distanz zu bekommen und viele Aspekte bedenken zu können</li> </ul>

<p><b>Schritte einer Gefährdungseinschätzung</b></p>	
<p><b>1. Informationen sammeln</b></p>	<p><i>Informationen über die Familie &amp; Lebenslage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kulturelle und sozioökonomischen Bedingungen</li> <li>- Unterstützung im sozialen Umfeld</li> <li>- körperliche und psychische Erkrankung von Familienmitgliedern</li> <li>- Eigene biografische Belastung der Eltern</li> <li>- Problemsicht der Eltern</li> <li>- Fähigkeit der Eltern das Kind zu schützen und sich zu verändern</li> <li>-</li> </ul> <p><i>Informationen über das Kind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklungsstand &amp; Alter des Kindes (Entwicklungsaufgaben?)</li> <li>- Temperament</li> <li>- Ressourcen</li> <li>- Bewältigungsstrategien bei Belastung</li> <li>- Phantasien und Ängste de Kindes über das was passiert</li> <li>- Erklärung des Kindes bezüglich der Situation</li> </ul>

<b>2. Informationen bewerten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risikofaktoren</li> <li>- Schutzfaktoren</li> <li>- Vulnerabilitätsfaktoren</li> <li>- Persönliche Ressourcen &amp; Bewältigungsstrategien</li> <li>- -&gt; Genogramm, Fragebögen, Standortbestimmung</li> </ul>
<b>Gesamtbewertung</b>	Letzter Schritt, ist Kindeswohl gefährdet (ja/nein); wollen Eltern Hilfe annehmen (ja/nein)

## VL 4: Resilienzfördernde Interventionen

<b>Resilienzforschung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach 2 WK Beschäftigung mit psychischen und emotionalen Entwicklungen nach Extrembelastungen mit Fokus auf <i>Risikofaktoren</i></li> <li>- später Fokus auf <i>Resilienzfaktoren</i> mit der Frage, warum einige solche Belastungen gut überstehen</li> <li>- Resilienz geht nur mit Risiko einher, je mehr Risiko, desto mehr Symptome</li> </ul>
<b>Risikofaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niedriges Geburtsgewicht, Unterernährung, Armut, Vernachlässigung, Scheidung der Eltern, Naturkatastrophen, Terrorismus etc.</li> <li>- typischerweise scheinen Risikofaktoren kumulativ aufzutreten, man weiß nicht welcher Risikofaktor welches Problem auslöst</li> <li>- Je mehr Risikofaktoren umso mehr Probleme</li> <li>- Risikofaktoren können auch als fehlende Ressourcen beschrieben werden</li> </ul>
<b>Resilienz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fernbleiben von Symptomen einer psychischen/ physischen Erkrankung</li> <li>- Beruflicher Erfolg &amp; gesellschaftliches Funktionieren</li> <li>- Wohlbefinden</li> <li>-&gt; schwer definierbar</li> <li>- Erfolgreiche Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben steht in Zusammenhang mit Resilienz</li> <li>- Entwicklungsaufgaben sind oft gesellschafts- und kulturspezifisch</li> </ul>

<b>Wellen der Resilienzforschung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Suche nach Resilienzfaktoren</i> (einzelne Merkmale der Person oder seiner Umwelt. <ul style="list-style-type: none"> <li>- förderliche Persönlichkeitsmerkmale: Soziale Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit</li> <li>- erschwerende Persönlichkeitsmerkmale: Neurotizismus: Ängstlichkeit, Hemmung, Kompliziertheit</li> </ul> </li> <li>2. Verständnis von <i>Resilienz als Anpassungsleistung</i> &amp; Versuch Prozesse zu beschreiben. Wie funktionieren adaptive Systeme des Menschen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resilienzfaktoren sind keine Persönlichkeitseigenschaft</li> <li>- erwünschte Persönlichkeitsfaktoren sind kulturell verschieden</li> <li>- es finden ständig Anpassungsleistungen an die Umwelt statt -&gt; Resilienz ist kein starrer Charakter</li> </ul> </li> <li>3. <i>Überprüfung von Hypothesen und Entwicklung erster Interventionen</i></li> </ol>
--------------------------------------	--

	<p><b>1. Resilienzforschung als interdisziplinäre Wissenschaft</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. verschiedene Faktoren wirken zusammen (genetische Veranlagung mit bestimmten Umweltbedingungen und neurobiologischen Faktoren sowie Temperamentsmerkmalen)</li> <li>2. Thalassämie führt zu Blutarmut, wirkt aber protektiv gegen Malaria</li> </ol>
--	---

Shortlist von Resilienzfaktoren	
<b>Effektivität der Fürsorge und elterlichen Betreuung</b>	<p><b>Bindungssystem</b> als wichtiges adaptives System des Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ist jedem Menschen wie ein Instinkt angeboren</li> <li>- sensible Entwicklungsphase im 1-2 LJ</li> <li>- Bei Gefahr suchen Kinder die Nähe der Eltern</li> <li>- Eltern schützen ihre Kinder vor Gefahren → sichere Basis in der sich Kind entwickeln, lernen und Welt entdecken kann</li> <li>- Nähe führt zu Beruhigung → Stressreduktion</li> </ul>
<b>Intelligenz- und Problemlösefähigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenhang in vielen Studien nachgewiesen.</li> <li>- entscheidend ist <b>fluide Intelligenz</b>: Fähigkeit zu Denken und neue Problemstellungen zu lösen</li> <li>- Ressourcen können durch Stress, Schlafentzug oder Krankheit beeinträchtigt werden</li> <li>- <b>nicht verstehen</b> kann jedoch auch schützend sein</li> </ul>
<b>Selbstbeherrschung und emotionale Regulationsfähigkeit</b>	<p><b>Steuerung der Aufmerksamkeit, Erregung und Emotionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich-Funktionen, Ich-Kontrolle oder Exekutivfunktionen</li> <li>- Hilft in Extremsituationen &amp; Stress um denk- und handlungsfähig zu bleiben</li> <li>- wird in früher Interaktion mit Eltern gelernt</li> <li>- sensible Phase: Vorschulalter</li> </ul>
<b>Erfolgsmotivatio &amp; Selbstwirksamkeit</b>	<p><b>Belohnungssystem</b> als adaptives System</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivation ist eng verbunden mit Belohnungssystemen im Hirn</li> <li>- Aufgabenbewältigung löst positive Emotionen aus → Motivation sich weiteren Aufgaben zu stellen</li> <li>- Überzeugung etwas bewirken zu können als wichtige Triebkraft in Krisensituationen</li> </ul>
<b>Vertrauen, Hoffnung, Sinn im Leben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schädigung ist besonders hoch bei Missbrauch oder Übergriffen innerhalb von Religionsgemeinschaften</li> <li>- zusätzliche zum Trauma wird Sinn des Lebens wird in Frage gestellt</li> </ul>
<b>Weitere:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effektive Schulen</li> <li>- enge Beziehung zu anderen erwachsenen Bezugspersonen</li> <li>- enge Freundschaften und Liebesbeziehungen mit Gleichaltrigen</li> </ul>

<b>Misslungene Anpassung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das eigentlich positive <i>Bindungssystem</i> wirkt schädigend wenn Jugendliche sich in Krisenzeiten an Führer einer negativen Ideologie binden</li> <li>- <i>Belohnungssystem</i> spricht auf Drogen an und hat dann eventuell nicht mehr den Effekt der Motivation und Selbstwirksamkeit</li> </ul>
<b>Resilienzfördernde Maßnahmen</b>  <b>Resilienz in der Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung der Bindung</li> <li>- Prävention durch <i>frühe Hilfen</i>, Schrei-Baby-Ambulanz, Interaktionsberatung, Familienhebammen</li> <li>- Stärkung der <i>Elternkompetenz</i>: Unterstützung bei Trennung; Präventive Unterstützung bei widrigen Lebensumständen; Hausbesuche bei Risikofamilien</li> <li>- <i>Familienresilienz</i>: Flexibel auf Krisen reagieren können (Rituale, Regeln, Kommunikation, Gleichgewicht zwischen Freiheit und Zusammenhalt)</li> <li>- <i>Schule</i>: Förderung von Motivation und Selbstwirksamkeit sowie Intelligenz und Kompetenz</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bindung &amp; Beziehung</li> <li>- Selbstwirksamkeitserleben im Spiel</li> <li>- Verbesserung der Stressregulation</li> <li>- Therapie wirkt auf Regulationsfähigkeit &amp; Ich-Funktionen</li> <li>- Ressourcenorientierung &amp; Förderung der Kompetenzen</li> </ul>

## VL 4: Geschwisterbeziehungen

<b>Frühe Psychoanalyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschwisterbeziehung vernachlässigt</li> <li>- Freud: ödipale Triade &amp; vertikale Beziehungen</li> <li>- Adler: Forschung zur Geburtenfolge; negative Aspekte von Geschwisterlichkeit im Vordergrund (Neid, Rivalität)</li> </ul>
<b>Objektbeziehungstheorie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter-Kind-Beziehung im Fokus.</li> <li>- Beziehung von Selbst und Objekt</li> <li>- Me-Go (individuenbezogen) vs. We-Go (Gemeinschaftsbezogen)</li> </ul>
<b>Systemische Einflüsse &amp; Interpersonalität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwortlich für Einbezug von Interaktionsbeziehungen auch zwischen Geschwistern</li> <li>- Interaktion statt Hierarchie</li> <li>- Kinder gestalten Beziehungen aktiv mit</li> <li>- Geburt des Kindes verändert Realität der Familie</li> <li>- <i>Genogramm</i>: Visualisierung von Familiensystemen; Elternpaare und Geschwister bilden untereinander jeweils Subsysteme <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschwister sind längste Beziehung die wir haben</li> <li>- <b>horizontales Subsystem</b> (keine Hierarchie zwischen Geschwistern, alle auf Augenhöhe)</li> </ul> </li> </ul>

<b>Bindungs- und Interaktionsforschung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfehlung, dass zweites Kind im Abstand von mindestens 3 Jahren geplant werden soll <ul style="list-style-type: none"> <li>- sei für 3-4 jähriges Kind besser verkraftbar wegen Mentalisierungsfähigkeit</li> </ul> </li> <li>- <i>Stufenmodell Mahler</i>: beleuchtet Stufen der Ablösung zwischen Mutter und Baby <ul style="list-style-type: none"> <li>- in den ersten beiden Lebensjahren pendelt Kind zwischen Exploration und Nähe/ Schutz.</li> <li>- 2 LJ Kind probiert sich aus und wagt sich vor (Übungsphase)</li> <li>- Kind erlebt eigene Grenzen und benötigt Mutter als sichere Basis (Wiederannährungsphase)</li> <li>- Objektrepräsentanzen im zweiten Lebensjahr verinnerlicht, aber noch nicht stabil.</li> <li>- Geburt eines Geschwisters in der Wiederannährungsphase kann zu Objektverlustangst führen</li> <li>- Wichtig ist Qualität und Sicherheit der Bindung an Eltern</li> </ul> </li> </ul>
<b>Stress für Erstgeborenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstgeborene reagieren pränatal mit Stress und <i>Regressionstendenzen</i></li> <li>- erleben von realem Verlust bei Geburt zweiten Kindes</li> <li>- Verhalten der Eltern entscheidend bei Kompensation des Verlustes</li> </ul>
<b>Bedrohung für Erstgeborenenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikation mit Säugling bedrohlich</li> <li>- Erstgeborenes kämpft nicht mit Rivale sondern mit eigenen Regressionstendenzen</li> <li>- Aufgabe: <i>Abgrenzung und Rolle finden</i></li> </ul>
<b>Entwicklungschance für Erstgeborenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erreichen der <i>depressiven Position</i>: Aufgabe narzisstischer Größenvorstellungen</li> <li>- Lernen von teilen und das Platz für alle da ist</li> <li>- Entwicklungsansporn &amp; mehr Autonomie</li> <li>- Erleben von Stärke durch Verantwortung und Rolle des/ der Großen</li> </ul>
<b>Gefahren für jüngeres Kind</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstgeborenes ist selbst noch unreif, schwankend und impulsiv</li> <li>- älteres Kind lässt Wut über narzisstische Kränkung am Jüngeren aus. -&gt; <i>Einfluss auf Selbstbild</i></li> </ul>
<b>Entwicklungschancen für jüngeres Kind</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernen durch Identifikation und Nachahmen</li> <li>- bessere <i>Mentalisierungsfähigkeit</i></li> <li>- früherer Spracherwerb</li> <li>- Schutz/Fürsorge und Unterstützung durch ältere Geschwister</li> </ul>



<b>Geschwisterbeziehung als Objektbeziehung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- durch alltägliche Interaktion bilden sich Repräsentationen generalisierten Interaktionen</li> <li>- Kinder agieren viel mit Geschwistern             <ul style="list-style-type: none"> <li>- auch Repräsentanzen von Geschwisterbeziehungen werden verinnerlicht und prägen Beziehungen</li> </ul> </li> <li>- vor allem das jüngere Kind wird in Regulationsfähigkeiten/ Körpererleben/Selbstkonzept beeinflusst</li> </ul>
<b>Geschwisterbeziehung als Ressource</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder lernen besser voneinander, als von Erwachsenen</li> <li>- Kinder sind sich nah, da sie auf demselben Entwicklungsstand sind</li> <li>- spielerisches Lernen voneinander</li> <li>- Austausch über Gefühle</li> <li>- Beziehung auf Augenhöhe: Übung für Peergroup und Partnerschaft</li> <li>- Üben von Konfliktbewältigung</li> <li>- Affektverschiebung: Auf Geschwister kann man wütend sein. Wut auf die Eltern jedoch wäre bedrohlich</li> <li>- Identitätsentwicklung durch Identifizierung/Deidentifizierung/ Vergleichen</li> </ul>
<b>Geschwisterbeziehungen in Adoleszenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikation &amp; Verbundenheit kann helfen Unsicherheiten zu bewältigen</li> <li>- Loslösung von Eltern kann erleichtert sein</li> <li>- Loslösungsprozess von Geschwistern findet statt</li> <li>- Enttäuschung und Kränkung wenn sich älteres Geschwister mehr an Peergroup orientiert und weniger Interesse am Jüngeren hat.</li> </ul>

<b>Bedeutung für die Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- therapeutische Beziehung als horizontale Beziehung begreifen</li> <li>- Gleichberechtigung &amp; Geschwisterlichkeit statt Hierarchie</li> <li>- Geschwisterübertragung entstehen lassen und mitdenken</li> <li>- Geschwisterbeziehung gezielt erfragen</li> <li>- eigene Geschwister in der Selbsterfahrung beachten</li> <li>- Bei Kindern zeigt sich Geschwisterthematik häufig durch die Frage nach anderen Kindern die ebenfalls bei der Therapeutin sind: Frage nicht sofort beantworten, sondern nach Phantasie und Gedanken fragen</li> </ul>
-----------------------------------	--

<b>Einfluss der Eltern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eigene Geschwistererfahrungen</li> <li>- Vernachlässigung, materieller emotionaler Mangel in der Familie</li> <li>- Parentifizierung (bei psychischen Erkrankungen eines Elternteils)</li> <li>- Paarkonflikte</li> <li>- Bevorzugung eines Kindes</li> <li>- zu wenig Schutz oder übermäßige Einmischung in Geschwisterkonflikte</li> </ul>
----------------------------	---

## VL5. Adoleszenz

<b>Definition: Adoleszenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung des Menschen in der Zeit von der späten Kindheit über Pubertät bis zum vollen Erwachsensein</li> <li>- Zeitabschnitt in dem Person zeugungsfähig wird, körperliche Reife erlangt und emotional sowie sozial weitgehend gereift ist</li> <li>- In Europa eher das spätere Jugendalter, in den USA ab Pubertätsbeginn (WHO: 10-20 Jahre)</li> </ul>
<b>Pubertät</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- beschreibt körperliche Entwicklung</li> <li>- Wachstumsschub &amp; hormonelle Veränderungen</li> <li>- Ausbildung innerer &amp; äußerer Geschlechtsorgane</li> <li>- Veränderungsprozesse verlaufen nicht linear und geordnet, sondern teilweise schubweise</li> </ul>
<b>Adoleszenz</b>	beschreibt psychologische Entwicklung

### Entwicklungsanforderungen in der Adoleszenz

<b>Entwicklungsanforderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verarbeiten der körperlichen Veränderungen; Entwicklung eines reifen Körperkonzepts</li> <li>- Identitätsentwicklung/Entwicklung der Geschlechtsidentität</li> <li>- Aufbau enger Freundschaften</li> <li>- Erste Liebesbeziehungen</li> <li>- Ablösung und Autonomieentwicklung</li> <li>- Übernehmen einer Erwachsenenrolle in der Gesellschaft und Berufseinstieg (heutzutage eventuell später?)</li> </ul>
<b>Körperliche Veränderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schambesetzt</li> <li>- Vergleich mit anderen (was ist normal?)</li> <li>- Entwicklung eines neuen Körperselbst/ Körperselbstgefühl</li> <li>- <i>kognitiv</i>: mehr Abstraktionsvermögen; Einbeziehungen mehrerer Perspektiven anderer Personen; Selbstbeobachtung &amp; -reflexion</li> </ul>
<b>Identitätsentwicklung/ Geschlechtsidentität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Identität als Schnittpunkt</i> zwischen dem was Person sein will und dem was Umwelt ihr gestattet.</li> <li>- Identität entsteht durch <i>Identifizierungen</i>: Überprüfung von Identifizierungen der Kindheit &amp; Hinzunahme neuer Identifizierungen</li> <li>- Identität muss gefunden werden zwischen <i>gesellschaftlichen Anforderungen</i> &amp; <i>eigenen Wünschen/ Vorstellungen</i> sowie Identifizierungen in Kindheit &amp; neuen Entwürfen</li> </ul>
<b>Weitere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbau enger Freundschaften</li> <li>- erste Liebesbeziehungen</li> <li>- Ablösung &amp; Autonomieentwicklung</li> <li>- Übernahme Erwachsenenrolle &amp; Berufseinstieg</li> </ul>

<p><b>Psychoanalytische Sicht</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zweite Phase der psychosexuellen Entwicklung</li> <li>- abschließende Bewältigung des Ödipuskomplexes</li> <li>- Geschlechtsidentitätsentwicklung</li> </ul> <p>-&gt; wenn in früherer Entwicklung was schief gegangen ist, besteht in Adoleszenz die Möglichkeit, das zu bewältigen</p>
---------------------------------------	---

<p><b>Identitätsentwicklung</b></p>	
<p><b>Identitätsaspekte nach Erikson</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualität</li> <li>- Selbstkonsistenz</li> <li>- Selbstkontinuität</li> </ul> <p>-&gt; Gleichgewicht zwischen den Polen wichtig</p>
<p><b>Psychoanalytische Sicht</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identitätsentwicklung beginnt am ersten Lebenstag</li> <li>- hängt zusammen mit <i>früher Selbstentwicklung &amp; Individuation</i></li> <li>- Selbst entwickelt sich in Interaktion</li> <li>- Körperwahrnehmung gründet auf taktile Erfahrungen</li> <li>- Beziehungserfahrungen prägen Selbstbild</li> <li>- gelungene Selbstentwicklung = Basis für spätere Identitätsentwicklung</li> </ul>
<p><b>Identitätsmodell nach James Marcia</b></p>	<p><i>Identitätsentwicklung zwischen Exploration &amp; Commitment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase der Exploration als Moratorium                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendenz zu Exploration in Breite, statt in Tiefe</li> <li>- Phase dauert bis 30/36 LJ</li> </ul> </li> <li>- <i>nach Exploration erfolgt Commitment</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>commitment making</b>: rationale Entscheidung für ein Modell</li> <li>- <b>identification with commitment</b>: Identifizierung mit getroffener Wahl</li> <li>- <b>achieved Identity</b>: erarbeitete Identität (Alternativen: <b>Foreclosure</b> - Festlegung ohne Exploration; <b>Diffuse</b> - Exploration ohne Ergebnis)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Gesellschaftlicher Trend</b></p>	<p>Verlängerter Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- längere Ausbildungs- und Studienzeiten</li> <li>- Junge Erwachsene länger im Haushalt der Eltern</li> <li>- Diversität möglicher Lebensentwürfe (größere Freiheiten)</li> <li>- Orientierungs- und Ausprobierphase deutlich länger</li> </ul>

<p><b>Einfluss der Eltern</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sicher gebundene Jugendliche bewältigen den Prozess besser</li> <li>- übermäßig unterstützendes Verhalten bremst die Entwicklung</li> <li>- Separationsängste der Eltern bremsen Entwicklung</li> <li>- Tendenz: weniger autoritäre Erziehung und mehr psychologische Kontrolle</li> </ul>
-----------------------------------	---

## **Phasen der Adoleszenz (Bloß)**

Frühe psychosexuelle Entwicklung & Latenzphase sind entscheidend für Verlauf der Phasen

Frühe psychosexuelle Phasen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>prägenital:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Oralität</b>, Lust/ Unlustprinzip</li> <li>- Triebziel ungerichtet;</li> <li>- Thema: Affektregulation; Passivität/Abhängigkeit;</li> <li>- keine Objektliebe: narzisstisch &amp; autoerotisch (Sgl. hat noch keinen Bezug zur Umwelt, sondern ist mit eigenen Trieben beschäftigt)</li> </ul> </li> <li>- <b>Analität:</b> Lust/ Unlustprinzip <ul style="list-style-type: none"> <li>- Triebziel ungerichtet/ Spannungsabbau.</li> <li>- Beginnende Objektliebe &amp; Unabhängigkeit &amp; Aktivität.</li> <li>- Thema: Kontrolle/Unterwerfung</li> </ul> </li> <li>- <b>Ödipus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Junge:</b> Baby ist passiv. In analer Phase: Identifikation mit Mutter (Vorbildfunktion, weil sie aktiv ist); Wechsel von passiv zu aktiv (Kind fängt an zu laufen). Feststellung von Geschlechtsunterschieden → Objektwechsel &amp; Identifikation mit Vater. Nach Freud verbleibt Junge im aktiven Modus</li> <li>- <b>Mädchen:</b> Baby ist passiv. In analer Phase: Identifikation mit Mutter; Wechsel von aktiv zu passiv. Laut Freud wechseln Mädchen dann wieder von aktiv zu passiv, da sie das schwache Geschlecht sind</li> </ul> </li> <li>- <b>Latenzphase:</b> Triebhemmung; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolle über Triebgeschehen</li> <li>- → Sublimierung durch Aktivitäten; Übung und Lernen;</li> <li>- Ich-Stärkung &amp; narzisstische Stabilisierung.</li> </ul> </li> </ul>
Präadoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10-12 LJ</li> <li>- Typisch hier: andrängende Triebe (ungerichtet);</li> <li>- <b>Triebziel:</b> Spannungsabbau.</li> <li>- <b>Analität &amp; Moralität</b> (Regression zur Prägenitalität = viel Energie, aber noch keine richtige Liebe und Freundin) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst vor regressivem Sog in die Passivität → Kompensation über Zusammenschluss in gleichgeschlechtlicher Gruppe.</li> <li>- Jungs: eher Ablehnung/ Abwertung der Mädchen</li> <li>- Mädchen: jungenhaftes Verhalten; Identifikation mit weiblicher Kämpferrolle</li> </ul> </li> </ul> <p>→ Bsp. Mädchen fangen die Jungs und Jungs fangen die Mädchen spielen</p>
Frühadoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12-14 Jahre</li> <li>- Ablösung von Eltern &amp; Orientierung in Peegrupp als Auseinandersetzung mit Selbst</li> <li>- Häufig: Suche nach intimer (freundschaftlicher) Nähe zu gleichgeschlechtlichem Partner. <ul style="list-style-type: none"> <li>- typisches Verhalten: Homo-/ Bisexualität; Schwärmen &amp; Vorbilder.</li> </ul> </li> <li>- <b>Psychische Prozesse:</b> Abzug libidinöser Besetzung von den Eltern → Libido richtet sich zunächst auf sich selbst und Überich wird demontiert (Infragestellung von Normen). An Stelle libidinös besetzter Eltern und Überich tritt ein Ich-Ideal (narzisstische Auseinandersetzung mit sich selbst) → narzisstische Wahl des BFF; Größenwahn</li> </ul>

<b>Adoleszenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15-17 Jahre</li> <li>- Beschäftigung mit eigener Gefühlswelt &amp; Innenleben → intensives Fühlen; Phantasie; Suche nach dem Sinn des Lebens.</li> <li>- Wechselnde Identifikationen &amp; Bindungen.</li> <li>- Verliebtsein und heterosexuelles Objektwahl.</li> <li>- Betonung von Weiblichkeit/ Männlichkeit</li> <li>- <i>psychische Prozesse</i>: Rückzug der Libido von Eltern. Ablösung auch über Wut auf Eltern und ‚anders-sein‘. Narzisstische Regression. Intensives Fühlen durch Rückzug auf sich selbst. Ich-Verarmung, Leere, Einsamkeit. Herstellung von Affekten &amp; Spannungszuständen um Ich zu erleben &amp; Objekthunger/ Objektsuche (auch SVV, Drogen). Ausbau analytischer Fähigkeiten. Identitätsentwicklung</li> </ul>
<b>Spätadoleszenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17-18 Jahre</li> <li>- <i>psychische Prozesse</i>: Konsolidierung &amp; Verfestigung der in Adoleszenz bewältigten Prozesse. Entscheidung in Bezug auf Identität. Rolle, Selbstbild. Herstellung von Stabilität (Verfestigung von bestimmten Abwehrmechanismen)</li> </ul>
<b>Postadoleszenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- frühes Erwachsenenalter</li> <li>- Entscheidung über eigenen Weg</li> <li>- Umsetzung &amp; Arbeit an Zielen &amp; Persönlichkeit</li> <li>- Suche nach weiterer Balance</li> </ul>

## VL 6: Persönlichkeitsstörungen - Adoleszenzkrise (entfallen)

## VL 7: Störung des Sozialverhaltens

<b>ICD-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelverstöße</li> <li>- aggressives Verhalten gegenüber Menschen &amp; Tieren</li> <li>- Zerstören von Eigentum</li> <li>- Betrug &amp; Diebstahl</li> </ul>
<b>Untergruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strg. Sozialverhalten auf familiären Rahmen beschränkt</li> <li>- Strg. Sozialverhalten bei fehlenden Bindungen</li> <li>- Strg. Sozialverhalten bei vorhandenen sozialen Bindungen</li> <li>- Strg. Sozialverhalten mit oppositionell aufsässigem Verhalten</li> </ul>
<b>DSM-5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptome ähnlich wie ICD-10</li> </ul>
<b>Untergruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beginn vor 10 LJ</li> <li>- Beginn nach 10 LJ</li> <li>- Strg. mit oppositionellem Verhalten</li> <li>- zusätzlich: Jugendliche mit bestimmten Temperaments-/ Persönlichkeitsmerkmal (callous, unemotional trafst)</li> </ul>

## Subtypen aggressiven Verhaltens

<b>instrumentell- aggressiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kalte Aggression</li> <li>- Ähnlichkeit mit psychopathischen Persönlichkeitszügen (oberflächlicher Charme, keine Empathie, keine Schuldgefühle)</li> <li>- Schweregrad meist höher als bei impulsiv-aggressiv</li> </ul>
<b>impulsiv-aggressiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe Impulskontrolle</li> <li>- geringe Frustrationstoleranz</li> <li>- aggressive Reaktion auf Bedrohung oder Provokation</li> </ul>
<b>ängstlich-aggressiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- im Alltag eher beherrscht und angepasst</li> <li>- in Bedrohungssituationen heftige Impulsdurchbrüche</li> <li>- überbeherrschte Jugendliche begehen weniger Straftaten, jedoch einzelne signifikant gewalttätigere und gefährlichere</li> </ul>

<b>Prävalenzen</b>	<p>aggressives Verhalten ist normal!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% der unter zwei-Jährigen zeigen aggressives Verhalten und oppositionelles Trotzverhalten</li> <li>- 60-80% aller Jugendlichen haben schon eine Straftat begangen</li> <li>- 6-8% Strg. des Sozialverhaltens</li> <li>- Jungs: 2-4x häufiger als bei Mädchen (vor allem im Vorschul-/ Grundschulalter)</li> <li>- Differenzen im Jugendalter meist geringer</li> <li>- Zeitpunkt der meisten Delinquenz: Mädchen 13/ Jungs 17</li> </ul>
<b>Geschlechterunterschiede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jungen zeigen leichter sichtbares aggressives Verhalten</li> <li>- Mädchen üben mehr indirekte Aggressionen aus (Ausschließen; schlecht reden)</li> </ul>
<b>Ätiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vererbbarkeit zwischen 44-72% (Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und Serotonin)</li> <li>- genetische Faktoren vor allem bei aggressiv-impulsivem Verhalten entscheidend</li> <li>- bei callous, unemotional traits scheinen Umweltfaktoren wichtiger zu sein</li> <li>- schwieriges Temperament</li> <li>- starkes Neugierverhalten &amp; geringe Verhaltenshemmung (furchtloses &amp; reizsuchendes Verhalten)</li> <li>- kognitive Beeinträchtigung (sprachlicher Ausdruck)</li> <li>- Umweltfaktoren: Armut, soziale Benachteiligung, psychische Erkrankung der Eltern, Misshandlung &amp; Vernachlässigung, häufige Konflikte der Eltern, inadäquate Erziehung</li> </ul>

<b>Verlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je früher die Störung beginnt, desto schlechter die Langzeitprognose: 71% der Kinder bei denen Störung vor 6 LJ beginnt, entwickeln eine dissoziale PKS</li> <li>- Kinder deren delinquenten &amp; aggressiven Verhaltensweisen nach dem 10LJ entwickeln beginnen (Verhalten nimmt meist bis 17LJ zu, bevor es dann abnimmt)</li> <li>- Gilt nicht für Mädchen: später Beginn -&gt; hohes Risiko der Chronifizierung/ Entwicklung PKS</li> </ul>
----------------	---

<b>Psychodynamische Erklärungsansätze</b>	
<b>Ich-strukturelles Defizit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affektregulation</li> <li>- Impulskontrolle</li> <li>- Realitätsbezug</li> <li>- Frustrationstoleranz</li> <li>- Vermittlung zwischen Es und Über-Ich</li> </ul>
<b>Abwesende Väter: ödipale Entwicklung ist erschwert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triangulierung findet nicht statt</li> <li>- regulierendes Über-Ich kann nicht entwickelt werden</li> <li>- Aggression als Abgrenzungsversuch in bedrohlich naher Mutter-Sohn-Beziehung</li> <li>- Mütter schwanken häufig zwischen kontrollierendem und überprotektiven Verhalten und Vernachlässigung</li> </ul>
<b>Aggression als narzisstische Wut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entstanden durch Mangel an narzisstischer Spiegelung</li> <li>- beeinträchtigte Selbstentwicklung</li> <li>- Kompensation über Entwicklung eines Größenselbst</li> <li>- Abhängigkeit von narzisstischer Spiegelung äußerer Objekte</li> <li>- Verlust der Kontrolle ist existentiell bedrohlich</li> </ul>
<b>Inszenierung innerer Konflikte in der Aussenwelt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikation mit Aggressor</li> <li>- Projektion von Selbst- und Objektanteilen nach außen</li> <li>- Szenario mit ständigem Wechsel von Unterwerfung - Kontrolle, Macht - Ohnmacht, Verfolgt werden - sadistische Strafimpulse</li> </ul>
<b>Antisoziale Tendenz (Winnicott)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folge des Versagens der Umwelt</li> <li>- Versuch der Wiedergutmachung</li> <li>- Aggression als Zeichen der Hoffnung</li> <li>- Stehlen: Wunsch nach der Mutter</li> <li>- Destruktion: Tendenz, die das Kind im Innern nicht bewältigen kann. Suche nach Halt und Kontrolle im Außen.</li> </ul>

<b>Behandlung</b>	
<b>Setting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- langfristiger Zeiträumen (ambulant)</li> <li>- sicherer und Halt-gebender Rahmen (stationäre Jugendhilfe)</li> </ul>



pädagogischer Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ich-stärkende und Ich-stützende Funktion</i></li> <li>- Halt geben</li> <li>- Wiedergutmachung ermöglichen</li> <li>- einmassieren des Realitätsprinzips</li> <li>- alternative Bindungserfahrung</li> <li>- Ressourcen stärken</li> </ul>
psychodynamische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Konfrontation mit Realitätsprinzip</i> in kleinen Dosen</li> <li>- Stärkung der Ich-Funktion</li> <li>- Nachreifung durch Containment und Affektspiegelung</li> <li>- alternative Bindungserfahrung</li> <li>- Förderung der Introspektionsfähigkeiten</li> </ul>
verhaltenstherapeutische Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstärkerpläne</li> <li>- kognitive Umstrukturierung</li> <li>- Selbstinstruktionstraining</li> <li>- Umgang mit Stress</li> <li>- Elterntaining</li> </ul>

## VL 8: Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Prävalenz	<p>Annahme einer alterskonformen Zunahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1% Kindergarten</li> <li>- 2% Grundschule</li> <li>- 6-8% Jugendliche</li> <li>- Mädchen häufiger als Jungen</li> </ul> <p>Diagnose wird nicht oft vergeben, was nicht heißt, dass Kinder das nicht oft haben</p>
Diagnostische Einordnung ICD-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- F92 Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (oppositionelles, aggressives Verhalten)</li> <li>- F32, F33, F34</li> <li>- F43 Depressive Reaktion auf besondere Belastungssituationen</li> <li>- ICD-Kriterien orientieren sich jedoch an Erwachsenen (ständige Erschöpfung z. B. nicht unbedingt gegeben), daher ist deskriptive Beschreibung bei Kindern schwer (Bsp.: narzisstisch depressive Grundstimmung in Zusammenhang mit Mutter)</li> </ul>

Erscheinungsbild	<ul style="list-style-type: none"> <li>- abhängig von Alter und Entwicklungsstand zeigt sich unterschiedliches Erscheinungsbild</li> <li>- → Depressionen sind schwer zu erkennen, daher wird Diagnose selten vergeben</li> <li>- <i>Differentialdiagnose</i>: Autismus; Bindungsstörung (Vermeidung Bindung einzugehen um nicht verletzt zu werden)</li> </ul>
------------------	---

<p><b>Typisch alle Alterstufen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauer und Niedergeschlagenheit (wird evtl. nicht so empfunden oder geäußert)</li> <li>- Rückzugsverhalten und wenig Interesse an der Umwelt</li> <li>- Ansprüchlichkeit &amp; Unersättlichkeit: ständige materielle Wünsche aufgrund von emotionalem Mangel und Wunsch diesen mit Dingen zu füllen. Wisse dabei nicht, dass sie z.B. Anerkennung brauchen</li> <li>- Fühlt sich ungeliebt oder abgelehnt</li> <li>- Nimmt kaum Trost &amp; Hilfe an</li> <li>- Regressionstendenzen (passive Oralität = Daumen lutschen)</li> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Autoerotische/ Stereotypische Verhaltensweisen</li> <li>- eingeschränkte Fähigkeit Bindung einzugehen und eingeschränkt im Kontakt</li> </ul>
--	--

<p><b>Kleinkinder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Psychisch</i>: Ängstlichkeit, Anklammern, Spielhemmung, Ausdrucksarmut, Agitiertheit</li> <li>- <i>Psychosomatisch</i>: Weinen, Schlafstörungen, Jaktationen (Herumwerfen der Körpers), Essstörungen</li> </ul>
<p><b>Vorschulkinder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Psychisch</i>: Interesselosigkeit, Spielhemmung, Rückzugsverhalten, Trennungsangst, Agitiertheit, <b>aggressives Verhalten</b></li> <li>- <i>Psychosomatisch</i>: Appetitlosigkeit, orale Gier, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Enuresis/Enkopresis, übermäßige genitale Manipulation (körperlicher Ausdruck als Anzeichen für Vernachlässigung, Versuch über Manipulation Spannung abzubauen)</li> </ul>
<p><b>Schulkinder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Psychisch</i>: Trauer, Grübeln, Konzentrationsstörung, Minderwertigkeitsgefühle, Ängstlichkeit, Weglauftendenzen, Stehlen, Suizidphantasien (was wäre wenn ich nicht mehr da wäre), Ausdrucksarmut, Hyperaktivität</li> <li>- <i>Psychosomatisch</i>: Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Essstörungen, Enuresis/Enkopresis</li> </ul>
<p><b>Jugendliche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Psychisch</i>: Selbstzweifel, Rückzug, Zukunfts-/Versagensängste, Dissozial, Risikoverhalten, selbstdestruktives Verhalten, Suizidalität</li> <li>- <i>Psychosomatisch</i>: Essstörungen, Schlafstörungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Psychosomatosen</li> </ul>

<p><b>Psychodynamische Erklärungen</b></p>	
<p><b>Objektbeziehungstheorie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressive Reaktionen als Bestandteil einer <i>gesunden psychischen Entwicklung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>depressive Position</b> (Klein/Winnicott): Auseinandersetzung mit Realitätsprinzip im Alter von 1-2: Kinder merkt, dass Mutter nicht immer präsent ist → Frustration → Kind entwickelt starke Aggressionen in denen es Mutter am Liebsten zerstören will und sich daraufhin schuldig fühlt und merkt dass es auf die Mutter angewiesen ist.</li> <li>- <b>Wiederannäherungsphase nach Mahler</b>: Aufgabe kindlicher Omnipotenzphantasien und Bewusstwerdung der Abhängigkeit von mütterlicher Liebe</li> </ul> </li> </ul>

Freud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind denkt „cool ich kann alles“ (anale Phase überwunden), merkt dann aber, dass es doch noch klein und abhängig ist, das kann Depression auslösen</li> <li>- bei Bewältigung der Phasen führt die depressive Reaktion zu Progression und nicht zu pathologischer regressiver Passivität</li> <li>- Depressionen als <i>pathologische Trauerreaktion</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zentral: <b>tatsächlicher oder symbolischer Objektverlust</b> (Verlust des Idealzustandes des Selbst/ Introjektion eines depressiven Elternteils)</li> <li>- -&gt; Introjektion eines ambivalent besetzten Objektes</li> <li>- -&gt; gegen Objekt gerichtete Aggression wird als Folge der Introjektion auch gegen sich selbst gerichtet</li> </ul> </li> <li>- Kind versucht Objekt (Mutter) zu halten indem es sie introjiziert, also als abgespaltenen Teil in eigene Persönlichkeit aufnimmt schwierig</li> <li>- So können Aggressionen gegen sich selber auftreten, aber die Aggressionen sind eigentlich gegen den verinnerlichten Teil der Mutter gerichtet</li> </ul>
-------	---

Besonderheiten bei Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medikamentöse Behandlung (ab 14J.) bei schwerer Depression (ansonsten grundsätzlich keine Medikation zugelassen)</li> <li>- Kreislauf von Schuld- und Insuffizienzgefühlen darf in Therapie nicht verstärkt werden (Lob ist wichtig)</li> <li>- Selbstentwertungstendenzen durch narzisstische Spiegelung entgegenwirken</li> </ul>
Arbeit in Übertragungsbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erleben der therapeutischen Beziehung als enttäuschend, weil Pat. sich nicht öffnet: Aggressionen im Therapeut, die Patient gegen sich selbst richtet</li> <li>- Hass, Wut, entwertende/strafende Anteile sind mit verlorenem Objekt verbunden</li> <li>- Folge: massige Gegenübertragungsreaktionen (Langeweile, Aggression, Insuffizienz &amp; Ohnmachtsgefühle)</li> <li>- wichtigsten Erfahrungen für Patient: <i>Containment</i> &amp; <i>Erfahrung in der Beziehung gehalten</i> zu werden <ul style="list-style-type: none"> <li>- in Therapie Gefühl an Patient zurückgeben: „kann es sein, dass du das Gefühl Wut auch gut kennst?“ (damit arbeiten)</li> <li>- Th. muss Gefühl aushalten können und containen, hilft dadurch Patienten Gefühle zu regulieren und zu verdauen</li> </ul> </li> <li>- In Therapie kann für oben genannte Gefühle eine Sprache gefunden werden</li> <li>- Anforderung an Therapeut: nicht Gegenagieren!</li> </ul>

<b>Entstehung der Depression als Verlusterfahrung</b> (Auszug aus TP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% depressiver Patienten frühe Verlusterfahrungen</li> </ul> <p>Grundproblem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- frühe Beziehungserfahrungen (verlassen werden) wird als emotional unerträglich erlebt</li> <li>- Energie mobilisieren, um alles zu vermeiden, was die Beziehung zum Objekt gefährden könnte</li> <li>- Anklammern, um Objekt nicht zu verlieren</li> <li>- Bewältigungsversuche sind mit physiologischem Stress verbunden (Verlustangst, Enttäuschungswut wenn jemand geht, Anpassungsversuche)</li> <li>- Stress verstärkt die depressive Symptomatik und führt zu psychophysiologischer Erschöpfung (Stillstand)</li> <li>- Das führt zu Triebentmischung: die Lebensenergie ist weg, nichts geht mehr</li> </ul>
--	--

## VL 9: Suizidalität

<b>Zahlen &amp; Daten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ca. 14.000 Suizide jährlich (in D)</li> <li>- Suizid männlicher Jugendlicher häufiger als bei Mädchen</li> <li>- Suizidversuche bei Mädchen 2-3mal so häufig</li> <li>- 2014: Tode durch Suizid und/oder Selbstbeschädigung <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-10 Jahre: 0</li> <li>- 10-15 Jahre: 28</li> <li>- 15-20 Jahre: 294</li> <li>- 20-25 Jahre: 324</li> </ul> </li> <li>- Insgesamt: 10209 (M/7624 : W/2585)</li> </ul>
---------------------------	---

<b>Erhöhtes Risiko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suizidversuche in Vorgeschichte (je näher letzter Suizidversuch war, desto höher Risiko für neuen)</li> <li>- Suizidversuche oder Suizide im Umfeld (besonders Familie)</li> <li>- Traumatisierung/sexueller Missbrauch (introjizierte Erfahrung/ Täterintrojekt wird versucht auszulöschen) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versuch der Retraumatisierung zu entfliehen, da man es immer wieder erlebt</li> <li>- oder man hat Täter introjiziert (sex. Missbrauch) und versucht diesen Anteil durch Suizid zu zerstören</li> </ul> </li> <li>- Psychische Erkrankung (Schizophrenie, Depression, Borderlinestörung, Alkoholabhängigkeit)</li> </ul>
------------------------	---

<b>Einschätzung von Suizidalität</b>	
<b>Suizidgedanken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wie oft und wie viel Raum nehmen sie ein?</li> <li>- konkrete Pläne und Absichten</li> <li>- gab es schon Suizidversuche oder parasuizidale Handlungen</li> </ul>

<b>Belastungsfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosoziale Belastungen (psychische Erkrankung der Eltern, drohende Abschiebung)</li> <li>- Suizidversuche/Suizide in Familie/Freundeskreis</li> <li>- Psychische Erkrankung des Jugendlichen</li> <li>- Chronifizierung der Problematik</li> <li>- Akute Belastungen/Auslöser (Trennung der Eltern, drohende Abschiebung)</li> </ul> <p>chronische Belastung plus akuter Auslöser besonders gefährlich</p>
<b>Rückhaltegründe/ Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was hat bisher von Suizid abgehalten</li> <li>- Zukunftsperspektiven/Pläne (Berufswunsch?)</li> <li>- Alltag: Freizeitverhalten &amp; Freunde</li> <li>- halt gebende und sichere Bindungen zu Bezugspersonen und Eltern</li> <li>- Soziales Umfeld und Bezugspersonen einschätzen ist bei Kindern zentraler als bei Erwachsenen (Kinder versuchen z.B. Eltern zu schützen und verharmlosen Situation zuhause) bei gutem Kontakt zu Eltern einfacher Kinder gehen zu lassen</li> </ul>
<b>Psychopathologischer Befund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt, Rapport, Schwingung</li> <li>- Stimmung &amp; Affekt</li> <li>- Psychomotorik &amp; Antrieb</li> <li>- Impulsivität &amp; Impulskontrolle</li> <li>- Somatische Beschwerden (Schlaf!!)</li> <li>- Bewusstsein/Gedankengang/Orientierung (DD: Psychose; Intox; Substanzmittelgebrauch)</li> </ul>

<b>Umgang in der Behandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information der Eltern</li> <li>- Suizidvertrag mit Jugendlichen</li> <li>- Notfallplan mit Jugendlichen erstellen <ul style="list-style-type: none"> <li>- möglichst genaue Absprachen</li> <li>- Wer kann wann und wie angerufen werden?</li> <li>- Telefonnummern und Adressen zuständiger Kliniken</li> <li>- Telefongeld oder Taxigeld gegebenenfalls immer dabei haben</li> </ul> </li> <li>- gute Dokumentation der Abwägungsentscheidung</li> <li>- Verlaufsüberprüfung</li> </ul>
-------------------------------------	---

<b>Notfallprozesse bei akuter Suizidalität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information der Eltern</li> <li>- Einweisung in KJP (ist neuerdings auch durch Psychotherapeut möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adressen und Telefonnummern bereithalten</li> <li>- Kontakt herstellen und telefonische Vorankündigung</li> <li>- Eltern fahren mit Kind zur Notfallversorgung</li> </ul> </li> <li>- verweigert Jugendlicher sich: 112</li> <li>- Droht Jugendlicher oder läuft weg: 110</li> </ul>
--	--