

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Corona, SARS-CoV-2 und COVID-19	3
2.1 Prävention: Pandemieplanung in Deutschland.....	5
2.2 Gesellschaftliche Auswirkungen der Pandemie.....	7
2.3 Belastungen für Kinder und Jugendliche in der Corona-Krise.....	11
3. Interventionsmaßnahmen im Rahmen einer Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters	16
3.1 Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu Nicht-Pandemiezeiten.....	20
3.1.1 Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie....	26
3.2 Bedeutung von Gruppenarbeit im teilstationären Setting.....	31
3.3 Ansatz und Wirkung von Milieuthherapie.....	36
4. Auswirkung der Kontaktbeschränkungen im Klinikalltag	39
4.1 Umsetzung der Hygiene- und Abstandsregeln.....	43
4.2 Gruppenarbeit zu Pandemiebedingungen.....	46
5. Innovative Behandlungsmethode: Online-Psychotherapie	49
5.1 Videotelefonie als psychotherapeutisches Setting.....	53
5.2 Chancen und Risiken im Kontext von Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapie.....	56
6. Resümee: Der Wert von Gruppen- und Milieuthherapie unter Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln	62
7. Fazit	68
8. Literatur	71
9. Eidesstattliche Erklärung	83

1. Einleitung

Die globale Covid-19-Pandemie und der Umgang damit erweisen sich für die Gesellschaft als gewaltige Herausforderung. Seit Anfang 2020 haben insbesondere die Maßnahmen zur Eindämmung, nämlich die Auswirkungen der Quarantäne und der sozialen Isolation, die Lebensrealität der Menschen verändert und einen starken Einfluss auf das psychische Wohlbefinden genommen. Die soziale Distanzierung und eine eingeschränkte soziale Teilhabe stellen wesentliche Risikofaktoren für die Manifestation psychischer Erkrankungen dar und tragen ohne Frage auch zur Verschlechterung bereits bestehender Störungsbilder bei. Zeitgleich erweist sich die Zugänglichkeit zu ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten durch die Isolationsmaßnahmen als stark eingeschränkt.

Die Pandemie trifft Kinder und Jugendliche in einer Lebensphase, in der die Individuation ein zentrales Thema ist. Zu klären ist, in welchem Maße Covid-19 mit seinen Auswirkungen an dieser Stelle eine Belastung für die Heranwachsenden darstellt. Kinder und Jugendliche, die bei Ausbruch der Pandemie aufgrund bereits bestehender psychischer Erkrankungen in einer Tagesklinik behandelt wurden, mussten erleben, dass das Therapieangebot drastisch heruntergefahren wurde. Zum einen fokussierte sich das Gesundheitssystem auf die somatische Medizin, zum anderen gestaltet es sich gerade in der teilstationären Versorgung von Patient*innen besonders schwierig, das Risiko einer Ansteckung zu minimieren. Neben der Umsetzung der außerordentlichen Hygienevorschriften stellte vor allem auch das Einhalten der neuen Abstandsregeln eine große Herausforderung dar. Nach Empfehlungen der DATPPP („Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken e.V. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik“) sollten gruppen- und milieutherapeutische Angebote „verringert bis vermieden“ und die Einzeltherapie dafür intensiviert werden.

Um eine Aussage über den Wert therapeutischer Interventionen im Rahmen einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatik zu Covid-19-Bedingungen treffen zu können, muss zunächst erläutert werden, wie zu Nicht-Pandemiezeiten mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird. Da Covid-19 sich schon durch die verringerte Zahl an Patient*innen maßgeblich auf die Gruppentherapie auswirkt, soll des Weiteren die Bedeutung eben dieses Angebotes und der Aspekt der Milieuthherapie intensiv herausgearbeitet werden. Ein Exkurs über die Beziehungsgestaltung im pädagogisch-therapeutischen Milieu wird Aufschluss darüber

geben, inwieweit eine intensiviertere konsequente Beziehungsarbeit im Einzelkontakt die offensichtlich verringerte Therapieintensität durch die pandemiebedingt geringere Gruppenkohäsion kompensieren kann.

In Zeiten von Corona hat die Onlinepsychotherapie an Bedeutung gewonnen. Es ist naheliegend, dass verstärkt versucht wurde, bestehende Lücken in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen mithilfe von Internet- und mobilebasierte Interventionen zu verringern. Fraglich ist, inwieweit im Bereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie hier eine psychosoziale Unterstützungsfunktion geschaffen bzw. offengehalten werden kann.

Ziel der Ausführungen ist es, ein tragfähiges Konzept für den Betrieb einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Pandemiezeiten zu erstellen, insbesondere unter dem Aspekt der Bereithaltung sinnvoller Gruppen- und Milieuthherapie. Da es sich bei der Covid-19-Pandemie nicht um ein zeitlich klar umrissenes Ereignis handelt und die Überwindung der Krise andauert, wird in dieser Arbeit die Gegenwart als grammatikalische Zeitform genutzt. Vorbehaltlich der Tatsache, dass die weitere Entwicklung der Pandemie nicht abzusehen ist, war es zur Bearbeitung dieses Themas notwendig, bei den Recherchen einen zeitlichen Schnitt zu setzen.

2. Corona, SARS-CoV-2 und COVID-19

Corona-Viren kennt man bereits seit über 50 Jahren. Ihren Namen verdanken sie der Tatsache, dass sie im elektronenmikroskopischen Bild eine Art Kranz (lateinisch: Corona) aufweisen. Man wusste, dass sie bei Wirbeltieren wie Säugetieren, Vögeln und Fischen sehr unterschiedliche Erkrankungen verursachen und dass sie – wenn sich durch Mutation ihre Eigenschaften ändern - auch auf den Menschen übertragen werden können. Durch die Überwindung der Artenbarriere wurden in den Jahren 2002 und 2003 erstmals Menschen infiziert, wodurch eine weltweite Pandemie ausgelöst wurde (vgl. Spitzer 2020, 30 f.). Damals verstarben 774 Menschen von insgesamt 8096 infizierten Personen. Das Virus verursachte „SARS“ (Akronym: Severe Acute Respiratory Syndrome), zu Deutsch ein schweres akutes Atemwegssyndrom. Die Übertragung erfolgt über die respiratorische Aufnahme virushaltiger Flüssigkeitspartikel, die von Infizierten beim Atmen, Husten, Niesen, Sprechen und Singen freigesetzt werden. Das Virus wurde nach der Krankheit benannt, die es auslöst, man bezeichnete es als SARS-CoV-2, wobei „CoV“ für Corona-Virus steht und „2“ für das

Jahr der Erstbeschreibung. Das aktuelle „neue“ Coronavirus ließ sich erstmals im Dezember 2019 in der chinesischen Stadt Wuhan nachweisen. Im Februar 2020 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Akronym COVID-19 als offizielle Bezeichnung für die Krankheit festgelegt, im deutschsprachigen Raum umgangssprachlich kurz Corona oder Covid genannt. Das Virus verbreitete sich im Zeitalter der Globalisierung so rasant, dass es bereits einen Monat später von der WHO zur Pandemie erklärt wurde (vgl. ebd. 36 f.). Eilig wurden in Deutschland von Bund und Ländern Maßnahmen beschlossen, um der Ausbreitung Einhalt zu gebieten. Es kam zu drastischen Einschränkungen des öffentlichen Lebens. Der erste „Lockdown“ trat am 22. März in Kraft und endete mit ersten Lockerungen erst sieben Wochen später, am 4. Mai 2020 (vgl. Kodzo 2021, o.S.). Nachdem die Sommermonate ohne steigende Infektionszahlen verliefen, kehrte das alltägliche Leben langsam zurück. Ein rapider Anstieg der Corona-Zahlen im Herbst veranlasste die Bundesregierung jedoch dazu, im Dezember 2020 einen zweiten harten Lockdown zu verhängen, welcher immer wieder verlängert wurde und schließlich sechs Monate andauerte.

Der englische Begriff Lockdown bezeichnet einen „Zustand der Isolation, Eindämmung oder des eingeschränkten Zugangs, der normalerweise als Sicherheitsmaßnahme eingeführt wird“ (Klosa-Klückelhaus 2020, o.S.), beispielsweise nach einem Attentat oder Amoklauf. Der Begriff wurde in den deutschen Sprachgebrauch übernommen und von den Medien mit Blick auf „die Schließung von (halb-)öffentlichen und privaten (einschließlich privatwirtschaftlichen) Einrichtungen, die Abriegelung von Gebieten bis hin zu ganzen Ländern sowie den Stillstand des öffentlichen Lebens“ (Bendel, 2021, o.S.) verwendet. In Deutschland wurde keine allgemeine Ausgangssperre verhängt, es wurden Kontaktbeschränkungen erlassen. Die Menschen wurden angehalten zuhause zu bleiben. Ansammlungen an öffentlichen Orten wurden untersagt bzw. waren nur zulässig, wenn sie „im Zusammenhang mit der Versorgung mit Lebensmitteln, Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs“ (BGV Hamburg 2020, o.S.) standen. Personen mussten einen Mindestabstand von 1,50 Metern zueinander einhalten, Friseure, Kosmetikstudios, Massagesalons und ähnliche Betriebe wurden geschlossen. Der Aufenthalt im öffentlichen Raum war nur allein oder in Begleitung der Personen gestattet, die im selben Haushalt leben, oder alternativ in Begleitung einer einzigen weiteren Person, die nicht in derselben Wohnung lebt (vgl. ebd.). Feierlichkeiten waren untersagt, sowohl in Wohnungen wie auch an nicht-öffentlichen Orten, Gaststätten mussten schließen. Gesetzliche Grundlage dieser

Maßnahmen ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das im Falle einer Pandemie erlaubt, die Grundrechte teilweise weitgehend einzuschränken – unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit.

2.1 Prävention in Deutschland: Pandemieplanung

Die Planung der Vorsorge für eine Influenza-Pandemie ist ein Prozess, der bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten andauert. Als Influenza wird die sogenannte „echte“ Grippe bezeichnet: eine akute und ernsthafte, mitunter lebensbedrohliche Krankheit der Atemwege, ausgelöst durch Grippeviren (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA 2022, o.S.). Schon 1999 gab die Weltgesundheitsorganisation zur Vorbereitung auf den Notfall Richtlinien heraus. Der Vorbereitungsplan definierte die Rolle der WHO während einer globalen Pandemie, ferner hielt er Leitlinien für die nationale und regionale Pandemieplanung fest. Die Mitgliedsstaaten wurden angehalten, diese in eigener Zuständigkeit auszugestalten (vgl. Cox/Tamblyn/Tam 2003, 3). In Deutschland wurde seit 2001 systematisch Pandemieplanung betrieben, als zentrale Einrichtung der Bundesregierung ist dafür das Robert Koch-Institut (RKI) verantwortlich. Zu den Kernaufgaben des RKI gehören „die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten“ (vgl. RKI 2022a, o.S.). Das Institut hat den generellen gesetzlichen Auftrag, vorrangig „Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad und hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung“ wissenschaftlich zu untersuchen und epidemiologisch wie medizinisch zu analysieren und zu bewerten (vgl. ebd.). Der erste „Nationale Pandemieplan für Deutschland“ (NPP) wurde 2005 veröffentlicht, nicht zuletzt als Reaktion auf die SARS-Epidemie 2002/2003, dem ersten und weltweiten Auftreten des durch SARS-CoV hervorgerufenen schweren Atemwegssyndroms.

Der Nationale Pandemieplan gliedert sich in drei Teile und gibt einen Überblick über die Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung und die hierfür zuständigen Institutionen (Teil 1). Ferner sieht er phasenorientierte Aufgaben bzw. Handlungsempfehlungen vor (Teil 2) und benennt die wissenschaftlichen Zusammenhänge und Grundlagen der gewählten Maßnahmen (Teil 3) (vgl. Schaade et al. 2010, 3). Die Umsetzung des nationalen Plans obliegt den Bundesländern, die zu diesem Zweck jeweils eigene Pandemiepläne erstellt haben. Die Influenzapandemieplanung des Bundeslandes Schleswig-Holstein beispielsweise regelt neben der allgemeinen medizinischen Versorgung im Notfall auch das spezifische Vorgehen in Krankenhäusern für

besondere Infektionssituationen. Der Fokus der krankenhausesinternen Pandemieplanung liegt klar auf der Behandlung von Infektionen mit schwerem Verlauf bzw. auf der Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen Komplikationen (vgl. Remé 2008, 3). Es finden sich Vorschriften sowohl für das ambulante als auch für das stationäre Arbeitsfeld, der tagesklinische Bereich wird im Pandemieplan des Landes Schleswig-Holstein nicht explizit erwähnt und stellt somit eine Besonderheit dar. Ganz allgemein werden kontaktreduzierende Maßnahmen, Verhaltensmaßnahmen, Schutzkleidung und Desinfektionsmaßnahmen vorgeschrieben (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, S.19). Da sich in Gemeinschaftseinrichtungen die Influenza aufgrund ihres Übertragungsweges besonders leicht ausbreiten kann, gibt es an dieser Stelle für das Management des Infektionsgeschehens besondere Bestimmungen. Zu Gemeinschaftseinrichtungen zählen im Sinne des IfSG unter anderem „Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen“ (ebd., S.26). Zur Verhinderung der Ausbreitung einer Infektionskrankheit kann gemäß § 28 IfSG die Schließung einer gesamten Einrichtung oder von Teilen derselben erfolgen (ebd. S.27).

Für teilstationäre Angebote der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik bleibt im Falle einer Pandemie die Versorgungsverpflichtung bestehen, das gilt auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bzw. -psychotherapie. Aufnahmen und Behandlungen sind aber „auf ein klinisch vertretbares Mindestmaß zu begrenzen“ (DATPPP 2020, o.S.). Grund dafür ist, dass „die täglichen Fahrtwege und der Kontakt zwischen den Patientinnen und Patienten untereinander und mit dem Klinikpersonal ein erhebliches zusätzliches Risiko bezüglich der Weiterverbreitung des SARS-CoV-2-Virus mit sich bringen“ (ebd.). Es soll lediglich ein tagesklinisches Basisangebot aufrechterhalten werden, „insbesondere zur Krisenintervention sowie für Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden Erkrankungen bzw. Einschränkungen und nicht ausreichender sozialer/familiärer Unterstützung“ (ebd.), wobei die prekäre Situation der häuslichen Isolation mit zu bedenken ist.

Für den ambulanten Bereich von medizinischen Einrichtungen, denen man eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zuordnen kann, wird die zeitliche oder

räumliche Trennung von Patient*innen als kontaktreduzierende Maßnahme angestrebt (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, S.57). Allgemein gilt es in der Ausnahmesituation einer Pandemie, planbare Neuaufnahmen zu verschieben und frühzeitig Patient*innen aus der stationären Behandlung in den ambulanten Bereich zu entlassen (vgl. Remé, S.3). Die Auswirkungen all dieser Maßnahmen auf die teilstationäre psychiatrische und psychotherapeutische Therapiearbeit waren insgesamt erheblich und werden im Verlauf dieser Arbeit ausführlich betrachtet werden.

2.2 Gesellschaftliche Auswirkungen der Pandemie

Das Virus SARS-CoV-2 verursacht weit mehr als nur ein schweres Atemwegssyndrom. Ging man anfangs im Wesentlichen von einer Lungenerkrankung aus, zeigten sich im Verlauf der Pandemie bald immer neue Ausdrucksformen der Krankheit. Leber, Nieren, Herz, Gehirn und Blutgerinnung konnten betroffen sein und auch bei jungen Patienten rasch zum Tod führen. Die Nachrichten über Infizierte, Tote und überfüllte Intensivstationen überschlugen sich und lösten in der Bevölkerung Angst und Unsicherheit aus (vgl. Spitzer 2020, 9 f). Der überwiegende Teil der Menschen muss aber kein Leid ertragen, weil er an dem Virus erkrankt, sondern er nimmt Schaden an dem, was „angesichts von massenhaftem Erkranken und der Furcht davor gesprochen, geschrieben und verordnet“ (Borck 2020, 102) wurde. Eine angemessene Risikokommunikation, die verständlich informiert ohne Panik zu schüren, erweist sich im Zeitalter der sozialen Medien als schwierig (vgl. Rengeling 2020, o.S.). Die digitalen Netzwerke befördern eine „höchst ansteckende Mischung aus Fakten, Gerüchten, Ängsten, Bedürfnissen und Propaganda“ (Simanowski 2021, o.S.), die in ihrer Summe als alternative Wahrheit den Nachrichten der öffentlich-rechtlichen Medien gegenüberstehen. Faktenwissen spielt eine eher geringe Rolle, glaubwürdige Quellen und zuverlässige Meldungen sind aus der Informationsflut schwer herauszufiltern. Verschwörungstheorien und gezielte Desinformationen verbreiteten sich explosionsartig: „Epidemien sind kommunikative Ereignisse im doppelten Sinn, das Ansteckungsgeschehen vollzieht sich gleichzeitig auf der biologischen und der diskursiven Ebene und beide überlagern sich“ (vgl. Borck 2020, 102). Der Medienwissenschaftler Roberto Simanowski sieht dahinter „die „Sehnsucht nach einer Geschichte – im Gegensatz zu reiner Informiertheit“ (Simanowski 2021, 0.S.). Der Mensch möchte dem Ganzen einen Sinn abgewinnen können, er strebt nach narrativer Kohärenz.

Wenn Menschen durch *Fake News* dazu verleitet werden, irreführenden oder gefährlichen Ratschlägen zu folgen, kann das gravierende gesundheitliche Auswirkungen nach sich ziehen. Dieses Phänomen ebnet in weiterer Folge den Weg zu körperlichen und psychischen Erkrankungen (vgl. Haas 2020, o.S.). Die Flut an Informationen kann aber im Gegenzug auch zu einem allgemeinen Desinteresse oder gar zur Ablehnung von gesundheitsbezogenen Inhalten führen. Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, prägte bereits im Februar 2020 den Begriff der Infodemie: „We´re not just fighting an epidemic; we´re fighting an infodemic.“ Die WHO stuft die möglichen Auswirkungen einer Infodemie als kritisch ein (vgl. World Health Organization 2020, o.S.). Vielen Menschen wird es erschwert, präzise, evidenzbasierte Informationen und Empfehlungen zur eigenen Gesundheit ausfindig zu machen, wodurch *Fake News* sich als mindestens so gefährlich erweisen können wie das Virus selbst.

Unter psychosozialen Gesichtspunkten besteht das Herausfordernde an dieser Pandemie darin, dass der Feind bzw. das Virus „unsichtbar“ ist. Die Gefahrenquelle ist nicht zu erkennen und auch eine Schädigung nicht sofort sichtbar. Der sichere Nachweis einer COVID-19-Infektion ist erst im Labor möglich. Die Inkubationszeit beträgt bis zu 14 Tagen, währenddessen sich der Erreger unbemerkt verbreiten kann. Die Menschen leben mit der Angst, sich angesteckt zu haben und wissen nicht, inwieweit von anderen, ihnen nahestehenden Personen ein Ansteckungsrisiko ausgeht (vgl. Schedlich 2021, 76 f.) Der exzessive Einsatz von Testverfahren ermöglicht eine frühe Diagnostik, führt aber auch zu einer Menge an infektiologischen Informationen, „deren medizinische und epidemiologische Relevanz“ (Borck 2020, 107) nicht unbedingt eingeschätzt werden kann. Die Testmöglichkeit ist noch neuartig und lässt die Ausbreitung des Virus anders hervortreten (vgl. ebd.). Der Test durch Abstrich im Nasen-Rachenraum weist das Vorhandensein des Erregers nach, aber damit noch nicht das einer Erkrankung. Die Behandlung und Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionsketten sind zwingend mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Isolation (Quarantäne) verbunden. Die Menschen sehen sich der potenziell vital bedrohlichen Situation über Monate, wenn nicht gar Jahre ausgesetzt. Das Ausmaß an psychosozialer Belastung für die gesamte Bevölkerung ist dementsprechend hoch. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere erkrankte Menschen und deren Angehörige, Hinterbliebene der an der COVID-19-Infektion Verstorbenen, Kontaktpersonen in Quarantäne und Isolation sowie Menschen in wirtschaftlich existenzbedrohlicher

Lage psychisch akut und mittelfristig belastet sind. Hochbelastet ist ohne Frage auch das Personal in Krankenhäusern sowie Pflege- und Versorgungseinrichtungen.

In der heutigen, hochtechnisierten Welt, in der vermeintlich alles zu erklären, zu kontrollieren, zu handhaben und zu bewältigen ist, gelingt es einem neuartigen Virus sein pandemisches Potential zu entfalten. Diese Tatsache konfrontiert uns als Gesellschaft mit Nichtwissen – den massiv gesteigerten Forschungsmöglichkeiten zum Trotz. Dem Menschen wird seine Endlichkeit vor Augen geführt, die Covid-19-Pandemie stellt eine letale Bedrohung dar. Das Unwissen über die Erkrankung zwingt dazu, sich auf das schlimmstmögliche Szenario vorzubereiten. „In Ermangelung von sicherem Wissen, so betonten Virologen, Epidemiologen und Politiker weltweit, müssten vorsichtshalber drastische Maßnahmen zur Eindämmung beschlossen werden“ (Borck 2020,103). Die Folgen der Maßnahmen sind dramatisch und mittlerweile nicht mehr von der Pandemie selbst zu trennen (vgl. ebd.). Noch nie zuvor musste sich ein Großteil der Menschheit zu Friedenszeiten mit derartigen Beschränkungen von Freiheitsrechten auseinandersetzen. Die Einschränkungen des öffentlichen Lebens strahlen in alle Lebensbereiche aus: Wirtschaft, Reisen, Kulturveranstaltungen, Sport, Religionsausübung, Schulen, Universitäten, Freundschaft und Familie (vgl. Keil/Jaster 2020, 7). Schnell wurde „schmerzhaft klar, dass der Schutz des Lebens und der Gesundheit mit anderen wichtigen Gütern in Konflikt geraten kann“ (ebd.). Die allgemein gültigen Vorstellungen von Normalität wurden durcheinandergewirbelt, ein Ende ist nicht abzusehen: „Wir befinden uns in einem gigantischen Realexperiment mit unklaren ökonomischen, sozialen, politischen und gesundheitlichen Konsequenzen“ (Rengeling 2020, 7).

Sicher ist, dass die Corona-Krise gravierende ökonomische Folgen haben wird, denn die Ausgaben der Staaten zur Unterstützung von Unternehmen und Menschen laufen ins Unermessliche. Völlig offen ist, ob es wirklich eine Rückkehr zur vorherigen Normalität geben kann. Die Gesellschaft befindet sich im Ausnahmezustand, das „Gerüst des menschlichen Zusammenlebens“ (Sabrow 2020, o.S.) wurde zum Einsturz gebracht. In einer Situation fundamentaler Ungewissheit müssen sich die Menschen in einer neuen Normalität zurechtfinden, denn mit dem Ausbruch der Pandemie ging der Verlust kultureller Selbstverständlichkeiten einher. Über Nacht trat ein Wertewandel ein, der mit dem Begriff „Krise“ nicht hinlänglich zu beschreiben ist. Die Überwindung des gesellschaftlichen Ausnahmezustandes bzw. das wieder

Hochfahren einer derart stillgelegten Gesellschaft lässt sich nicht als „politisch erprobte Rückkehr zu einem verfassungsmäßigen Normalzustand“ (ebd.) fassen, sondern wird – aus soziokultureller Sicht – eigenen Gesetzen folgen. Die Corona-Krise könnte sich als Wendepunkt des gesellschaftlichen Zusammenlebens erweisen, „dessen Sogkraft eben noch sicher geglaubte Wertbindungen und Orientierungsmarken dauerhaft verändert“ (ebd.). Die österreichische Katastrophensoziologin Sandra Maria Pfister beschreibt „einen Umbruch in gesellschaftlichen Wertehierarchien, in der ‚Gesundheit‘ als oberstes Gut plötzlich sogar vermag, ökonomische Interessen in ihre Schranken zu verweisen“ (Pfister 2020, o.S.). Die zuvor vielbeschworene Ökonomisierung aller sozialen Teilbereiche wird durch Corona infrage gestellt: Angehörige zuvor oft marginalisierter Berufsgruppen, die ihr Tätigkeitsfeld z.B. in Krankenhäusern, Pflege- und Versorgungseinrichtungen haben, erfahren als „Systemerhalter*innen“ plötzlich gesellschaftliche Anerkennung oder gar Held*innen-Status (vgl. ebd.). Auch scheint der Nationalstaat – in Zeiten globaler Verflechtung – seine Rolle als primäre Handlungseinheit zurückzuerlangen. Die Maßnahmen der Regierungen erreichen ein bisher ungekanntes Ausmaß: „Quarantänen ganzer Regionen, Grenzschließungen, Versammlungs-, Bewegungs- und Berufsverbote sind in dieser globalen Dimension und Gleichzeitigkeit ein Novum“ (Rengeling 2020, o.S.). Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung des Einzelnen wird beschworen, die Solidarität mit sogenannten Risikogruppen und sozial Schwachen. Die Gruppe der älteren Menschen wurde für besonders schützenswert erklärt. Die „allumfassende Prävention“ (ebd.) definiert sich durch eine maximale Einschränkung der Bewegungsfreiheit und sorgt dafür, dass die Umwelt sich scheinbar rapide erholt. Umbrüche eröffnen grundsätzlich die Möglichkeit, Veränderungen zu schaffen. Die Krise birgt also auch Potenzial, „die Idee eines „Greenings“ der Wirtschaft und die Möglichkeiten eines nachhaltigen Klimaschutzes scheinen in greifbare Nähe zu rücken“ (Pfister 2020, o.S.).

Der Historiker Martin Sabrow sieht die eigentliche Zäsur unserer Tage nicht im staatlichen, sondern im gesellschaftlichen Ausnahmezustand liegen (vgl. Sabrow 2020, o.S.). Das Leben, so wie wir es kennen, wurde aus seinen alltäglichen Verankerungen enthebelt. Selbst die alltäglichsten Praktiken – Begrüßungsrituale, Hygienepraktiken, etc. – veränderten sich (vgl. Pfister 2020, o.S.). Die zur Eindämmung der Pandemie beschlossenen Maßnahmen wirkten sich auf sämtliche Lebensbereiche aus, insbesondere aber auf „unser Empfinden und unsere Wahrnehmung von Einsamkeit und das damit eng zusammenhängende Verständnis von Nähe und Distanz“ (Beck

2020, 54). Die Worte Distanz und Abstand stehen plötzlich für Schutz, Fürsorge und Respekt, wohingegen Nähe mit Gefahr und Bedrohung in Verbindung gebracht werden. Das stellt ein Widerspruch zur Natur des Menschen dar, der von Geburt an auf soziale und körperliche Nähe und Zuwendung angewiesen ist. Wird dies verweigert oder über einen längeren Zeitraum entzogen, kann das schwerwiegende Folgen haben. Die gewohnte und übliche Relativität zwischen Nähe und Distanz zeigt sich durch die Pandemie aufgehoben. Einerseits leiden die Menschen unter „social distancing“ im Außenkontakt, andererseits erweisen sich Nähe und Enge im direkten Umfeld, z.B. in beengtem Wohnraum, als „social pressuring“ und mindestens genauso belastend. Experten befürchten neben einem Anstieg an psychischen Erkrankungen auch eine signifikante Häufung von Gewalt und Missbrauch in Partnerschaften und Familien (vgl. ebd., 57). Zur Bewältigung der Corona-Krise sind neben dem Virologen und dem Epidemiologen deshalb auch der Psychologe und der Psychiater herausgefordert, denn es geht „vor allem um Menschen und erst in zweiter Linie um das Virus“ (Spitzer 2020, 11).

2.3 Belastungen für Kinder und Jugendliche in der Corona-Krise

Je nach individueller Ausgangslage und Lebenssituation werden in einer Krisensituation sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Lange Zeit richtete sich die öffentliche Aufmerksamkeit in der Corona-Pandemie auf schwer an Covid-19 erkrankte Menschen und die vulnerablen Gruppen der alten und chronisch kranken Patienten (vgl. Osterloh 2021, 1441). Kinder und Jugendliche erkrankten vergleichsweise selten an Covid-19 und haben meist einen milden oder asymptomatischen Verlauf (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021, o.S.). Erst nach und nach setzte sich die Erkenntnis durch, dass auch Heranwachsenden unter der Pandemie und den behördlichen Maßnahmen zur Eindämmung leiden, nur eben auf eine besondere Art. Die pandemiebedingten Schließungen von Schulen und Kitas führten bei Kindern und Jugendlichen zu Kontaktabbrüchen und zum Verlust der Tagesstruktur. Auch Spielplätze wurden gesperrt und den gewohnten Freizeitaktivitäten konnte nicht mehr nachgegangen werden (vgl. ebd.). Das soziale Miteinander in der Peergroup fehlte, und räumliche Enge, fehlende Ausweichmöglichkeiten und eigenständiges Lernen zuhause stellten erhebliche Belastungen für Kinder und deren Familien dar. Homeoffice und Homeschooling vor dem Bildschirm mussten nicht selten parallel stattfinden und wurden als stressig und wenig effektiv erlebt (vgl. Osterloh 2021, 1441). Die Belastung

potenzierte sich durch soziale Faktoren wie z.B. Armut, Bildungsferne der Eltern oder psychische Erkrankung eines Elternteils. In sozial schwächeren Familien ist die jeweilige Wohnsituation womöglich eher beengt, auch sind meist weniger Materialien für ein ganzheitliches Lernen und weniger Entwicklungsanreize vorhanden (vgl. Kölch/Schepker 2021, 147).

Kinder und Jugendliche sind in ihrem Aufwachsen immer mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert und in aller Regel fähig, diese auch zu meistern. Insofern sind Kinder „Bewältigungsspezialisten“. Das zentrale Thema ihrer Lebensphase ist die Individuation, also der Prozess der Reifung und der Verwirklichung der eigenen Persönlichkeit (vgl. ebd., 146). Eben dadurch, dass sie sich in der Entwicklung befinden, sind Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel und verlieren leicht das seelische Gleichgewicht. Abrupte Veränderungen im Außen können kritische Lebensereignisse darstellen, die in der Folge zu psychischen Problemen führen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021, o.S.). Von kurz andauernden Maßnahmen ist generell keine sehr nachhaltige Beeinflussung zu erwarten, der erste Lockdown in Deutschland dauerte sieben Wochen und wurde von den Kindern und Jugendlichen durchaus noch als spannend erlebt. Zwischen November 2020 und den Sommerferien 2021 führte dann aber der zweite Lockdown dazu, dass die meisten Schüler*innen, je nach Region und Klassenstufe, sich mit Homeschooling oder Wechselunterricht auseinandersetzen mussten, was Stress hervorrief. Normalerweise erholen sich Kinder in der Schule von zuhause und umgekehrt - sind aber die Schulen geschlossen, fallen beide Erholungsphasen weg. Eltern und Geschwister stellen dann oft keine Ressource mehr dar, sondern eher eine Belastung, das Zuhause entwickelt sich zu einem Konfliktort (vgl. Osterloh 2021, 1442).

Wenn eine Einschränkung des Wohlbefindens unverhältnismäßig lange andauert und „das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt“ (Steinhausen 2019, 21), spricht man laut ICD-10 („International Classification of Diseases“) von einer psychischen Störung. Der im deutschen Gesundheitswesen verbindliche Katalog der ICD-10 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in dem Bestreben entwickelt, alle in der Medizin bekannten Krankheiten zu klassifizieren. Der Katalog ist von beschreibendem Modell und versieht spezifische Phänomene mit einem Namen und einer Nummer. Kapitel F fasst bestimmte Muster von Erlebens- und Verhaltensweisen

zusammen und klassifiziert diese in psychische Störungen (vgl. Baierl 2010, 25). Um herauszufinden, ob eine solche Störung vorliegt oder nicht, führt der Weg in der Regel über qualifizierte Fachleute wie Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. ebd. 24). Eine zuverlässige Diagnostik ist bei Heranwachsenden grundsätzlich schwierig, denn nicht jedes sonderbare Verhalten während der Pubertät ist beispielsweise gleich pathologisch: „Da Menschen sich beständig verändern, muss auch die Diagnostik als ein fortlaufender Prozess gesehen werden“ (ebd. 23).

Die COPSYP-Studie („COrona und PSYche“) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist die erste deutschlandweite repräsentative Studie zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie. Befragt wurden Schüler und Eltern mit dem Ziel, gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Auffälligkeiten, Ängstlichkeit und depressive Symptome zu erfassen. Zum Vergleich wurde die BELLA-Studie aus der Zeit vor der Pandemie („BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“) herangezogen (vgl. Klassen et al. 2017, o.S.). In einer ersten Erhebung wurden Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Zeitraum von Mai bis Juni 2020 befragt, ein zweites Mal von Dezember 2020 bis Januar 2021. Dem Ergebnis nach verschlechterte sich das Befinden der Befragten im Verlauf der Pandemie. In der ersten Erhebung gaben 71 Prozent der Kinder und Jugendlichen an, psychisch belastet zu sein, bei der zweiten Befragung waren es 85 Prozent (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021, o.S.).

Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund zeigten sich in den Befragungen besonders betroffen (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2021, o.S.). Heranwachsende, die schon vor der Pandemie gut dastanden, Struktur erlernt hatten und sich in einem positiven Familienklima befanden, kommen psychisch deutlich besser durch die Corona-Krise. Ganz allgemein verschlechterte sich das Gesundheitsverhalten der befragten Kinder und Jugendlichen durch den Ausnahmezustand. Die ohnehin ungesunde Ernährung mit vielen Süßigkeiten setzte sich fort, außerdem brach die für eine gesunde Entwicklung und das psychische wie physische Wohlbefinden so wichtige Bewegung weg. Zehnmal mehr Kinder als vor der Pandemie und doppelt so viele wie bei der ersten Befragung gaben in der zweiten Erhebung an, überhaupt keinen Sport mehr zu treiben, da Vereinsaktivitäten eingestellt waren. Parallel dazu steigerte sich der Medienkonsum,

neben Handy, Tablet und Spielekonsole mussten nun häufig die digitalen Medien auch noch für die Schule genutzt werden. Wo über Jahre versucht wurde, dysfunktionales Medienverhalten zu reduzieren, war das auf einmal nicht mehr wichtig. Deutlich wurde in der zweiten Befragung, dass nun auch Familien, die eigentlich von einem guten Zusammenhalt berichten und in denen viel Zeit mit den Kindern verbracht wird, an die Grenzen ihrer Belastbarkeit kommen. Viele Eltern zeigten sich durch das lange Andauern der Pandemie aufgezehrt und berichteten selbst von depressiven Symptomen (ebd.).

Fast jedes dritte Kind litt ein knappes Jahr nach Beginn der Pandemie unter psychischen Auffälligkeiten (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021, o.S.). Die Praxen der Kinder- und Jugendärzte sehen derzeit in der Folge der Corona-Pandemie einen deutlichen Anstieg an psychischen Störungsbildern. Viele Kinder und Jugendliche zeigen in dieser schwierigen Zeit Ängste und befassen sich mit dem Tod. Zu beobachten ist ein großes Spektrum an Auffälligkeiten, von auffälligem Sozialverhalten bis hin zu emotionalen Anpassungsstörungen (vgl. Osterloh 2021, 1442). Nicht jede Auffälligkeit führt zwangsläufig zu einer psychischen Erkrankung, aber die betroffenen Kinder und Jugendlichen benötigen psychotherapeutische, wenn nicht gar kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich die Störungen manifestieren (vgl. Schmid 2021, o.S.). Zu den häufigsten ernsthaften psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Eine ADHS-Störung äußert sich mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen, impulsiven Verhaltensweisen und einer ausgeprägten Unruhe (vgl. Reiß 2018, o.S.). Die Störungen des Sozialverhaltens zeigen sich bei Jungen häufiger in aggressivem, bei Mädchen eher in internalisierendem Verhalten (vgl. Osterloh 2021, 1442). Die Symptomwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen selbst und die Wahrnehmung von außen durch Eltern, Lehrer und Erzieher kann sehr unterschiedlich sein. Das ist bedeutend bei der Inanspruchnahme von Versorgung, weil einige Störungsbilder etwa weniger deutlich zutage treten als andere. Viele Verhaltensauffälligkeiten werden in der Schule oder im Verein schneller wahrgenommen. (vgl. Reiß 2018, o.S.).

Die Versorgung in dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeichnete sich schon vor Corona durch große Engpässe aus. Die Wartezeiten für einen ersten

Behandlungstermin waren und sind lang, die Lage spitzte sich während der Pandemiejahre 2020 und 2021 weiter zu. Vielerorts wird von einem Anstieg der Notfallvorstellungen berichtet, z.B. wenn sich junge Patienten akut suizidal zeigen (vgl. Schmid 2021, o.S.). Notfälle werden sofort aufgenommen, weniger schwere Fälle müssen monatelang auf einen ersten Gesprächstermin warten. Der Bedarf ist schon ohne umfassende psychische und psychiatrische Coronaanalyse bei Kindern und Jugendlichen erheblich, die Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet sich am äußersten Limit (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2021, o.S.). Die Heranwachsenden, die dort keinen Platz bekommen, landen erneut in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte: „Die Kinderärzte müssen die Misere auffangen“ (Schmid 2021, o.S.).

Es ist wichtig, dass eine Behandlung rechtzeitig ansetzt, sonst besteht die Gefahr der Manifestierung. Mit zunehmendem Grad der Chronifizierung wird die Behandlung schwieriger und langwieriger (vgl. ebd.). Wenn Kinder und Jugendliche an Entwicklungsaufgaben scheitern, birgt das ein erhöhtes Risiko für psychische Folgen. Leider sorgen eben die pandemiebedingten Isolations- und Quarantänemaßnahmen, die per se depressive Symptome, Angststörungen und psychosomatische Beschwerden auslösen, dafür, dass der Zugang zu ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten drastisch erschwert wird. Im Jahr 2020 wurden insgesamt weniger Kinder- und Jugendliche im Krankenhaus behandelt als im Jahr zuvor. Der Kinder- und Jugendreport der DAK Gesundheit zeigt aber, dass sich das Krankheitsspektrum bei den stationären Fällen durch die Corona-Pandemie deutlich verschoben hat. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die infolge einer psychischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt wurden, ist gestiegen (vgl. Osterloh 2021, 1442). Es ist von einer verzögerten Inanspruchnahme von voll- und teilstationären Behandlungsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auszugehen (vgl. Kölch/Schepker 2021, o.S.). Eine große „Bugwelle“ an Patienten wird noch erwartet und voraussichtlich in der ambulanten Versorgung eine erhöhte Nachfrage verursachen (vgl. Osterloh 2021). Unmittelbare oder mittelbare Zuweiser für eine stationäre Behandlung sind ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorger, Kinder- und Jugendärzte, andere Ärzte und Kliniken, aber auch verschiedene Einrichtungen der Jugendhilfe, des pädagogischen und sonderpädagogischen Bereichs einschließlich Kindergärten, Schulen und Heimen. Rechtlich gesehen können in der Regel ausschließlich Eltern die Aufnahme ihres Kindes zur stationären Behandlung beantragen (vgl. Steinhausen 2019, 439).

3. Interventionsmaßnahmen im Rahmen einer Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

Diagnostische Abklärungen können in der Regel ambulant vorgenommen werden, im Anschluss erfolgt die Beratung der Eltern. Kinder und Jugendliche sollten in altersgemäßer Weise in diese Gespräche einbezogen werden. Je nach Indikation wird eine Behandlung stationär, teilstationär oder ambulant geplant. Grundsätzlich sollte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie eine ambulante Intervention der Ausgangspunkt aller Überlegungen für eine Intervention sein. Daher ist sie auch die mit Abstand häufigste Form der Behandlung. Ungeachtet dessen erfordern viele Fälle eine intensivere und umfassendere Therapie. Bei der ambulanten Behandlung nehmen Patient*innen festgelegte Termine in einer Einrichtung, z.B. in einer Praxis oder einer Klinik, wahr. Diese Form der Therapie kann bzgl. Dauer, Setting, Frequenz und Intensität flexibel gestaltet werden und beeinträchtigt dadurch das alltägliche Leben der Familie nur wenig (Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 110). Diese Intervention ist bei leichten bis mittelschweren Störungsbildern ausreichend und zielt darauf ab, „das Selbsthilfepotential der Patienten und ihrer Familien zu aktualisieren“ (ebd.). Sie erfordert allerdings ein gewisses Maß an Eigenverantwortung bei den Patient*innen und ihren Familien. Die Indikation für einen vollstationären Aufenthalt sollte nur bei sehr akuten und schwergradigen Störungen und Krankheitsbildern sowie bei Eigen- und Fremdgefährdung bzw. Gefährdung des Kindeswohls gestellt werden. Eine Eigengefährdung liegt z.B. bei suizidgefährdeten oder suchtkranken Jugendlichen vor, eine Fremdgefährdung kann aus aggressiven Handlungen der Person entstehen. Das Wohl des Kindes wiederum kann etwa aufgrund von chronischer Misshandlung oder sexuellem Missbrauch in Gefahr sein (vgl. Steinhausen 2019, 439).

Tagesklinische Interventionen „nehmen eine Intermediärfunktion zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ein“ (ebd., 442). Sie bieten von der Intensität und dem Umfang der Therapiemöglichkeiten nahezu dasselbe Spektrum wie eine vollstationäre Therapie, mildern aber manche Nachteile der stationären Behandlung ab. Dadurch, dass die Kinder und Jugendlichen für eine tagesklinische Behandlung morgens von den Eltern oder einem Fahrdienst gebracht und am Nachmittag wieder abgeholt werden, können sie den Abend und die Nacht in der Familie verbringen (vgl.

ebd.). Insbesondere bei jüngeren Kindern würden durch eine völlige Herauslösung aus dem natürlichen Umfeld womöglich Beeinträchtigungen entstehen. Voraussetzung für eine tagesklinische Intervention ist die Kooperationsbereitschaft der Familie. Die Fürsorge obliegt auch während der Behandlung den Eltern, dem Kind muss die tägliche Rückkehr in das häusliche Umfeld möglich sein. Von den Eltern bzw. engen Bezugspersonen wird die Motivation zur aktiven Mitarbeit erwartet, zumindest in Form der Wahrnehmung regelmäßiger Gesprächstermine (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 439).

Die Intervention in einer Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird individuell geplant und erfolgt multimodal. Der multimodale Ansatz trägt dem Gedanken Rechnung, dass die Symptome eines/einer Patient*in nicht nur durch eine einzige, alleingültige Therapieform zu behandeln sind. Psychische Störungen zeigen sich in ihrer Symptomatik meist so komplex und vielgestaltig, dass sie unterschiedliche Behandlungszugänge erforderlich machen. Im Vergleich zur ambulanten Versorgung steht bei einer tagesklinischen Behandlung mehr Zeit zur Verfügung, weshalb die Therapie intensiver erfolgen kann. Das gilt nicht nur in quantitativer Hinsicht, sondern auch in Bezug auf den inhaltlich-qualitativen Aspekt. Das Behandlungsvorgehen wird in der Planung individuell auf den Fall abgestimmt und lässt – in unterschiedlicher Gewichtung – verschiedene therapeutische Techniken zum Einsatz kommen (vgl. ebd., 440). Zur breiten Palette an Hilfsangeboten gehören die Psychopharmakotherapie und andere somatotherapeutischen Maßnahmen, die Psychotherapie, heilpädagogische Behandlungen, sozialtherapeutische und sozialpädagogische Hilfestellungen und andere Maßnahmen der Sozial- und Jugendhilfe. Aufgrund der Multidimensionalität psychischer Störungen und ihrer Bedingungen lässt sich die Therapieplanung im teilstationären Setting „nicht nur auf die klinisch-therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne oder gar nur auf das psychotherapeutische Feld beschränken“ (Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 109), Psychopharmakotherapie und Psychotherapie werden durch pädagogische und soziale Hilfestellungen ergänzt (vgl. ebd.).

Von großer Bedeutung sind die allgemeinen Rahmenbedingungen einer Tagesklinik, unabhängig von der jeweiligen konzeptionellen und theoretischen Ausrichtung. Der äußere Rahmen, zu dem z.B. die räumliche und zeitliche Struktur, aber auch die sonstigen Gegebenheiten der Einrichtung gehören, bildet nicht nur die

Voraussetzung für die Durchführung individuumsbezogener psychotherapeutischer Maßnahmen. Dem Setting als solchem kommt auch eine eigene (psycho)therapeutische Wertigkeit zu, es stellt für sich bereits eine Art „Therapeutikum“ dar (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 441). In der Intervention im stationären Bereich kann eine besondere Chance gesehen werden, nämlich die „der Entfaltung einer spezifischen Milieuthherapie, die in ihrer Zusammensetzung und Intensität nachhaltige Effekte zu setzen vermag“ (Steinhausen 2019, 440). Auf eben diese besondere Therapieform soll in Kapitel 3.3 dieser Arbeit näher eingegangen werden.

Zu den grundsätzlichen Strukturmerkmalen einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gehört die Altersverteilung. Die Patient*innen sind zwischen 5 und 18 Jahre alt, wobei die Altersgruppe der 7-14jährigen meist dominiert (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 440). Die Dauer der tagesklinischen Behandlung ist mit vier bis sechs Monaten deutlich länger als die der stationären Behandlung und wird aufgrund der Symptomatik, z.B. bei Schulabsentismus, häufig von den Zeiten des Schuljahres diktiert (vgl. Steinhausen 2019, 443). Zum multimodalen Behandlungskonzept gehört die Einbeziehung einer an die jeweilige Institution angegliederten Klinikschule (vgl. Schulze/Blaumer 2013, 522). Viele der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen leiden unter zusätzlichen Lernstörungen, weshalb sie von speziell ausgebildeten Lehrkräften intern und in kleinen Klassen unterrichtet werden – zumindest in den Kernfächern. Grundsätzlich gilt im Behandlungsalltag, dass Therapie stets Vorrang vor Schule hat (ebd., 524).

Unter den spezifischen Merkmalen der stationären Behandlung ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit als herausragend zu betrachten, nicht zuletzt, weil sie maßgeblich das therapeutische Klima und die Ziele der Interventionen bestimmt (vgl. Steinhausen 2019, 440). Das Team einer Tagesklinik ist polyprofessionell aufgestellt. Es bedarf einer kompetenten kinder- und jugendpsychiatrischen Leitung, deren Arbeit von einem/einer oder mehrerer klinischer Kinder- und Jugendpsycholog*innen unterstützt wird. Im Aufgabenbereich dieser beiden Professionen liegt der Fokus auf umfassender Diagnostik, Einzel- und Gruppentherapie, Psychopharmakotherapie und Eltern- und Familienarbeit. Im Rahmen der Fallführung ist eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Institutionen erforderlich. Für die Umsetzung bestimmter Komponenten der Therapie sowie pädagogischer Ziele einschließlich der Vermittlung von lebenspraktischen Fertigkeiten im Alltag zeichnen im Wesentlichen

Pflegfachkräfte und Sozialpädagogen verantwortlich (vgl. ebd). Zur interdisziplinär konzipierten personellen Struktur gehören neben dem Pflege- und Erziehungsdienst auch sogenannte Spezialtherapeut*innen aus den Bereichen Ergo- oder Bewegungstherapie, Logopädie und aus der Heilpädagogik (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 445). Bei Problemen in der Zusammenarbeit mit Behörden und Institutionen ist ferner die spezielle Kompetenz von Sozialarbeiter*innen hilfreich (vgl. Steinhausen 2019, 440).

Der Tagesablauf in einer Tagesklinik ist zeitlich durchstrukturiert, vom Eintreffen bis zur Abfahrt der Kinder gibt es feste Zeiten und Regeln, z.B. für das gemeinsame Essen, für den Schulunterricht, aber auch für alle anderen Aktivitäten. Der zeitlichen Struktur liegt eine Behandlungskonzeption als inhaltliche Struktur zugrunde (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 442). Da keinem Kind eine ganztägige Therapie zuzumuten ist, wird Freizeit in den Alltag eingeplant. Bei vielen Kindern und Jugendlichen besteht ein Defizit darin, diese sinnvoll zu gestalten. Die „Förderung des Freizeitverhaltens“ ist somit ein wichtiger Teil der Behandlung. Die Freizeitplanung wird zeitlich und inhaltlich auf das Therapieprogramm abgestimmt, „Individuumbezogene Psychotherapiemethoden und gruppenpsychotherapeutische Verfahren sind in den Tagesablauf integriert.“ (ebd., 443). Die strukturierten Tagesabläufe fördern die Umsetzung der Therapieziele, welche in einem „Behandlungsvertrag“ gemeinsam mit den aufgenommenen Kindern und Jugendlichen erarbeitet und formuliert werden. Der Vertrag legt die Pflichten der Patient*innen und auch die des behandelnden Teams fest, ferner enthält er die Regeln für das Zusammenleben auf der Station. Über die Behandlungsziele müssen sowohl Patient*innen als auch Bezugspersonen kompetent aufgeklärt werden (vgl. Steinhausen 2019, 441).

Allein durch das tagesklinische Setting wird ein intensiver Einbezug der Eltern bzw. engen Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit nahegelegt, womit „der Schritt zu einer systemischen Perspektive nicht mehr allzu groß ist ..“ (Rotthaus 2015, 275). Systemisches Denken, bzw. die systemische Theorie, ist aus dem familientheoretischen Ansatz hervorgegangen. Dieser erkennt die Familie als ein System, „in das der Betroffene einbezogen ist und in dem er nicht allein gestört sein kann, ohne dass das System mitbetroffen ist“ (Lempp 2015, 10). Ursprünglich aus der familientherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entstanden, bezieht die systemische Therapie inzwischen aber auch außerfamiliäre soziale Kontexte, wie z.B. Schule, Peers und das Justizsystem, ein (vgl. Retzlaff/Sydow 2015, 295). Aus

systemtheoretischer Sicht können Probleme von Kindern und Jugendlichen am besten im Kontext der Familie verstanden werden, daneben sind aber auch „biologische, individualpsychologische Faktoren sowie ‚größere‘ soziale und kulturelle Kontexte“ (ebd.) von Bedeutung. Aus dieser Haltung heraus sind neben beobachtbaren Interaktionsprozessen auch Bedeutungsgebungsprozesse und die Geschichte(n) von Familien interessant (vgl. ebd.). Systemisches Denken ist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinikarbeit demnach „angemessen, wenn nicht gar unverzichtbar“ (Rotthaus 2015, 277). Die systemische Therapie bzw. die Anwendung einer systemischen Sichtweise auf den sozialen Vorgang Therapie gilt mittlerweile als eigenständiger Ansatz neben tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und personenzentrierten Ansätzen in der Psychotherapie (vgl. Levold 2012, 379).

3.1 Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu Nicht-Pandemiezeiten

Zu den wichtigsten psychotherapeutischen Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören neben den familien- und systemtherapeutischen Therapieverfahren die tiefenpsychologische wie auch die personenzentrierte Spiel- und Gesprächstherapie, verhaltenstherapeutische Methoden und gruppentherapeutische Ansätze (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 113 f.). Psychopharmaka spielen im Gesamttherapiespektrum bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen eine eher untergeordnete Rolle. Dem Einsatz von Medikamenten geht grundsätzlich eine sorgfältig abwägende Indikationsstellung voraus. Eine psychopharmakologische Behandlung erfolgt stets in Verbindung mit anderen Therapieformen, wie Psychotherapie, funktionelle Therapie u.a. (vgl. ebd., 152).

Viele der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen kommen aus auffälligen familiären Milieus mit zahlreichen Belastungsfaktoren, zu denen auch erzieherische Defizite gehören. Diese Patient*innen müssen sich häufig erstmalig an geordnete Tagesabläufe mit vorgegebenen Zeiten für gemeinsame Mahlzeiten, Unterricht, Therapie, Ruhezeiten und Gruppenaktivitäten gewöhnen (vgl. Steinhausen 2019, 441). Auch die Pflicht zur Teilnahme an diesen Aktivitäten und die Übernahme von Aufgaben und Ämtern stellen bisweilen eine große Herausforderung dar. Bei vielen psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen kommen vorrangig verhaltenstherapeutische Grundprinzipien zur Anwendung, die sich effektiv mit pädagogischen Vorgehensweisen vereinen lassen. „Verhaltenstherapeutische Methoden gründen auf der Vorstellung, daß alles Verhalten erlernt ist und daher auch wieder verlernt werden

kann“ (Goodmann/Scott/Rothenberger 2000, 335). In der Verhaltenstherapie wird mit Hilfe bestimmter Techniken versucht, Verhalten zu modifizieren. Die verhaltenstherapeutischen Methoden stellen heute in der praktischen Arbeit eine zentrale, wenn nicht die wichtigste, Komponente bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen dar. Dieser Therapieansatz umfasst viele unterschiedliche Methoden und geht davon aus, dass „auffällige oder pathologische Verhaltensweisen nach den Gesetzen des menschlichen Lernens beeinflusst werden können“ (Knölker/MattejatSchulte-Markwort 2003, 125). Veränderungsprozesse in der Verhaltenstherapie laufen nach denselben Gesetzen ab wie „natürliche“ Lernprozesse (vgl. ebd.). Unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten sind im tagesklinischen Setting vor allem die sogenannten operanten Methoden zu nennen. Als Beispiel sei hier die Technik der „Stimuluskontrolle“ genannt (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 441). Diese zielt auf die Beeinflussung des Verhaltens durch geplante Anwendung und Kontrolle der dem Problemverhalten vorausgehenden Reiz- bzw. Situationsbedingungen ab. So können bestimmte Reaktionen hervorgerufen oder unterbunden werden. In der Praxis ist dabei der Aufbau von Verhaltensweisen durch positive Verstärkung (Belohnungskonsequenzen) mit Abstand am wichtigsten. Zur Anwendung kommt auch, dass ein unerwünschtes Verhalten weniger häufig auftreten wird, wenn vorher als Belohnung aufgefasste Konsequenzen wegfallen oder wenn sie zu unangenehmen Konsequenzen im Sinne einer Bestrafung führen (vgl. Goodmann/Scott/Rothenberger 2000, 335). Im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung lassen sich auf diese Art Sequenzen wie z.B. Essenszeit-Händewaschen-Lob für den Alltag aufbauen und gewissermaßen automatisieren, wodurch Abläufe und Verhaltensweisen für die Patient*innen selbstverständlich werden. Die Betonung von Lernprozessen geht über solche einfachen Reiz-Reaktionsschemata aber durchaus hinaus, sie wird heute sehr viel weitergefasst und legt auch komplexe Handlungsmodelle zugrunde (vgl. Quaschner/Mattejat 2020, 452).

Eine hohe Bedeutung kommt im Kindes- und Jugendalter ferner dem Modelllernen zu. Dieses Lernprinzip beinhaltet den Erwerb von Verhaltensweisen durch Beobachten einer anderen Person, ohne dass das Verhalten selbst ausgeführt werden muss (vgl. Niebergall/Quaschner 1997, 379). Neben den Mitarbeitern der Station ist hier die Gruppe der gleichzeitig zu behandelnden Kinder und Jugendlichen ein wesentlicher und mitprägender Faktor. Im ständig laufenden sozialen Austausch im tagesklinischen Alltag können angesichts der versammelten Probleme allerdings nicht nur

konstruktive, sondern auch destruktive Dynamiken entstehen. Aggressive Handlungen etwa müssen vom Behandlungsteam frühzeitig unterbunden werden, um gefährlichen Gruppenentwicklungen entgegenzuwirken. Insgesamt können die Kinder und Jugendlichen aber therapeutisch von gegenseitiger Unterstützung und Ermunterung profitieren. Hier sind entsprechend angeleitete Gruppengespräche, z.B. in Form von Tagesabschlussgesprächen, wichtige flankierende Komponenten des therapeutischen Milieus (vgl. Steinhausen 2019, 441). Im Sinne der Stimuluskontrolle sind in der dichten Form des Zusammenlebens auf Station verbale Stimuli bzw. Regeln sehr hilfreich. Abmachungen und Vereinbarungen werden bei Einhaltung oder Nicht-Einhaltung mit bestimmten positiven oder negativen Konsequenzen verbunden. Derartige Hilfestellungen und das Setzen anderer verhaltenserleichternder und fördernder Reize, wie z.B. die Schaffung von situativen Bedingungen, begünstigen ein bestimmtes Verhalten. Beispielsweise beeinflussen sowohl die Zusammensetzung einer Gruppe als auch deren Größe wesentlich den Ablauf der therapeutischen Aktivitäten in diesem Kontext (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 441).

Kognitive Ansätze in der Therapie gehen über äußerlich beobachtbares Verhalten hinaus und erkennen die Bedeutung von Gedankenmustern bzw. mentalen Schemata an. Sie werden oft mit verhaltensbezogenen Interventionen kombiniert und kommen bei spezifischen Störungen zum Einsatz, etwa bei Depressionen, die mit negativ getönten, „verquerten“ Denkmustern einhergehen. Auch bei Angst oder Aggression können entsprechende Techniken angewandt werden. Derartige Behandlungsprogramme beinhalten beispielsweise die Arbeit an der Fähigkeit zur Eigensteuerung, sogenannte Selbstkontrollverfahren. Hier werden therapeutische Funktionen von der zu behandelnden Person selbst übernommen, um die Abhängigkeit vom Therapeuten zu vermindern und die Eigenverantwortung des/der Patient*in für sein bzw. ihr Handeln hervorzuheben. In diesem Sinne wird vermittelt, sich beispielsweise selbst mehr zu loben als zu bestrafen, mehr auf die positiven Dinge zu achten, die man tut, oder weniger perfektionistische Standards für sich selbst zu setzen. Ein Ausbau der sozialen Kompetenzen verbessert die zwischenmenschliche Interaktion und hilft, etwaige Konflikte zu lösen. Des Weiteren kann an einer „kognitiven Umstrukturierung“ gearbeitet werden, worunter das Umarbeiten verquerrer und negativer Perzeptionen zu verstehen ist (vgl. Goodman/Scott/Rothenberger 2000, 347 f.). Kognitionstherapeutische Interventionen werden auch bei Aggressionsproblemen angewandt, sie zielen darauf ab, „automatische, unüberlegte Reaktionen auf provokante

Situationen zu verlangsamen, um mehr Spielraum für situationsadäquate Antworten zu verschaffen“ (ebd. 348). Zu den verhaltenstherapeutischen Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der Arbeit am Selbstregulationssystem gehören auch Entspannungstrainings. Mit verschiedenen Techniken lernen die Patient*innen hier schrittweise, sich selbst genauer wahrzunehmen und zu regulieren (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 131).

Jeder Patient, jede Patientin erfährt im Rahmen einer Tagesklinik psychotherapeutische Einzelbehandlung, in denen die oben angeführten verhaltenstherapeutischen Techniken und/oder symptomspezifischere Herangehensweisen zum Einsatz kommen (vgl. Warnke/Quaschner 1997, 443). Es ist jedoch nicht sinnvoll, sich ausschließlich in rein verhaltensbezogener Therapie auf die präsentierte Symptomatik zu konzentrieren. Verhaltenstherapie mag für umschriebene Beschwerden effektiv sein, kann aber nicht die Gesamtheit von Beziehungsschwierigkeiten regeln. In ihr gibt es keinen Platz für „die wenig faßbaren, aber essenziellen Teile einer therapeutischen Beziehung“ (Goodmann/Scott/Rothenberger 2000, 344). Verhaltenstherapie bezieht das Denken und Fühlen des /der Patient*in nicht zwingend mit ein und darüber hinaus bleiben Motivation, Träume, Befürchtungen, Meinungen und innere Einstellungen womöglich unbeachtet. Auf den Umgang mit Gefühlen wird deshalb in der personenzentrierten und tiefenpsychologischen Behandlung der besondere Schwerpunkt gelegt. Da Kinder und Jugendliche sich in einem Entwicklungsprozess befinden, müssen sie sich fortlaufend neuen Entwicklungsaufgaben stellen. Diese sind für sie vordringlicher als eine langwierige, tiefenpsychologisch konzipierte Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. Da langfristige Therapieprozesse für Heranwachsende nicht überschaubar sind, ist es sinnvoll, diese kürzer anzulegen. Ähnlich wie in der personenzentrierten Erwachsenentherapie sitzen sich auch in der Arbeit mit Kindern bzw. Jugendlichen Patient*in und Therapeut*in gegenüber. Diese Einzelsitzungen finden zumeist einmal pro Woche statt. Die konkrete Gesprächsführung wird sehr stark durch den Alters- und Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen und seine individuellen Bedürfnisse geprägt (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 118 f.). Im Alter zwischen vier und zwölf Jahren stellt das gemeinsame Spiel das Medium der Therapie dar, ab einem Altern von etwa zwölf Jahren überwiegt die Gesprächstherapie in der Anwendung. Beide Methoden können aber auch fließend ineinander übergehen. Das Ziel besteht vorrangig darin, im geschützten therapeutischen Rahmen seelische Wachstums- und Reifungsprozesse bzw. ein sogenanntes

„Nachreifen“ zu ermöglichen. Hier wird auf die Grundbedürfnisse des Kindes oder Jugendlichen eingegangen, also auf Bindungssicherheit, Wertschätzung, Anerkennung und Hilfestellung (vgl. ebd. 122). Ein wesentlicher Aspekt der Gesprächstherapie mit Jugendlichen liegt beispielsweise darin, Unterstützung bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben zu leisten (vgl. Quaschner/Mattejat 2020, 455).

„Psychotherapeutische Methoden, bei denen mehrere Patienten gemeinsam an Therapiesitzungen teilnehmen, werden unter dem Oberbegriff ‚Gruppentherapie‘ zusammengefaßt“ (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 135). Therapiegruppen können speziell für die Sitzungen zu „künstlichen Gruppen“ zusammengestellt werden, unabhängig davon haben die Gruppenmitglieder im Alltag auf der Station aber auch außerhalb der Gruppentherapie miteinander Kontakt. Einerseits kann also die Therapie des Einzelnen in der Gruppe im Vordergrund von Gruppentherapie stehen, andererseits kann ein Ziel in der positiven Modifikation von Gruppenstrukturen und Gruppenprozessen gesehen werden, beispielsweise in der Förderung eines therapeutisch günstigen Gruppenklimas auf der Station (vgl. ebd., 136). Voraussetzung für die Teilnahme an einer Gruppentherapie ist ein Mindestmaß an „Gruppenfähigkeit“, außerdem sollte die Fähigkeit zur Verbalisation eigener Erlebnisse und Emotionen ausreichend gegeben sein. Gruppentherapien führen beispielsweise bei Störungen des Sozialverhaltens, Kontaktängsten, spezifischen emotionalen Störungen mit Empfindsamkeit, Scheu und sozialem Rückzug, sowie Beziehungsschwierigkeiten zu positiven Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Arbeit in Gruppen zeigt sich auch bei der Behebung von Leistungs- und Sprechhemmungen, welche sich evtl. in der Schule manifestiert haben, sehr effektiv. (vgl. Niebergall/Quaschner 1997, 373). Kontraindiziert ist eine Gruppentherapie dagegen bei hyperkinetischen Syndromen, mangelnder Intelligenz sowie gravierenden Störungen des Sozialverhaltens. Bei schweren Störungen ist in der Regel zunächst eine intensivere einzeltherapeutische Intervention zur Weiterführung und Stabilisierung von Therapiefortschritten notwendig. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob ein/e Patient*in die Gruppensituation produktiv nutzen kann oder ob er/sie durch diesen Rahmen überfordert ist. Schließlich darf auch die Gruppentherapie als solche nicht durch einzelne Patient*innen behindert werden. Ein gruppentherapeutisches Setting ermöglicht den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, ihre eigene Problematik durch die soziale Interaktion mit anderen Patient*innen unter neuen Perspektiven zu sehen. Die Beziehung zu den gleichaltrigen Mitpatient*innen ist schließlich sehr viel realitätsnaher als der Kontakt

zum/zur Therapeut*in. In der Gruppe können die Kinder und Jugendlichen die ihnen verfügbaren Beziehungsmuster zu anderen in einem geschützten Rahmen erproben und weiterentwickeln. Ein wesentliches Ziel von Gruppentherapie ist somit die Stärkung der sozialen Kompetenz (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 136). In Kapitel 3.2 dieser Arbeit wird die besondere Bedeutung von Gruppenarbeit im teilstationären Setting näher erläutert werden.

Einen hohen Stellenwert in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen nimmt die Elternarbeit bzw. Familientherapie ein. Dieser ergibt sich aus der bereits erwähnten Abhängigkeit der Altersgruppe vom sozialen Umfeld (vgl. Quaschner/Mattejat 2020, 458). Familie kann als Entwicklungsraum bzw. als ein System von Entwicklungsbedingungen gesehen werden, in dem die Entfaltungsmöglichkeiten des Einzelnen (wie auch der Familie als Ganzes) vorgezeichnet sind. Sind die vorhandenen Belastungen so groß, dass die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie nicht mehr ausreichen, ist therapeutische Hilfestellung nötig (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 139). Der Familie wird im Rahmen der Psychotherapie des Kindes eine konstruktive Zusammenarbeit angeboten, letztlich entscheiden aber die Familienmitglieder selbst, ob sie Veränderungen haben wollen oder nicht. Die Grundstruktur des therapeutischen Kontaktes besteht darin, dass die Familie, bzw. das vorgestellte Kind und seine Eltern, mit einem/einer Therapeut*in zusammenarbeiten, um ein gemeinsam definiertes Problem zu lösen (vgl. Quaschner/Mattejat 2020, 460). Zu den familienbezogenen Interventionsmethoden gehören Maßnahmen, die die Beziehungsentwicklung innerhalb der Familie verbessern und mögliche Ressourcen aktivieren. Ferner wird im Rahmen von Psychoedukation am Umgang mit der psychischen Störung des Kindes gearbeitet. Gemeinsam mit der Familie wird sich mit der Frage beschäftigt, was konkret getan werden kann, damit die Probleme gemildert oder von dem/der Patient*in besser bewältigt werden können. Bei Kindern bis zu einem Alter von etwa 12 Jahren werden sogenannte Elterntrainings eingesetzt. Diese haben das Ziel, effektive Erziehungsstrategien zu vermitteln. Durch besseres Selbstwirksamkeitserleben soll den Eltern ermöglicht werden, die Eltern-Kind-Beziehung positiv zu gestalten (vgl. ebd., 479). Bei Jugendlichen ab etwa 13 Jahren ist es sinnvoller, mit Eltern und Patient*in gemeinsam an einer Verbesserung der Kommunikation und der gemeinsamen Problemlösung zu arbeiten (vgl. ebd., 466).

3.1.1 Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die therapeutische Beziehung als solche beschäftigt die Forschung schon seit den Anfängen der Psychotherapie. Bereits Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, maß dem Beziehungsgeschehen im therapeutischen Verlauf eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Freud 1913, zit. n. Gahleitner 2017, 59). Mittlerweile herrscht in der empirischen Psychotherapieforschung Einigkeit darüber, dass in der Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg zu sehen ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011, 28). Die (vergleichende) Psychotherapieforschung kommt zu dem Ergebnis, dass 30 % der Ergebnisvarianz in der Psychotherapie auf die Qualität der Beziehung entfallen. Im Vergleich zu dem „unspezifischen Faktor“ der Therapiebeziehung kommen der jeweils angewandten therapeutischen Technik nur 10 % Ergebnisvarianz zu (vgl. Zahlen aus Strauß 2008, 342, zit. n. Fröhlich-Gildhoff 2011, 28).

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe arbeitete 1994 in einem „Modell der therapeutischen Wirkfaktoren“ die Qualität der Beziehung als einen signifikanten Wirkfaktor in der Psychotherapie heraus, sein Werk dürfte als die bekannteste Grundlagentexte zu diesem Thema gelten. Unabhängig vom Blickwinkel der unterschiedlichen Psychotherapieschulen erweisen sich Grawe zufolge die Aspekte des Beziehungsgeschehens als „diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist.“ (Grawe/Donati/Bernauer 1994, 775 zit. n. Fröhlich-Gildhoff 2011, 28). Leider wurde im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in weit geringerem Maße geforscht als in der Therapie mit Erwachsenen. Es gibt aber „keinen plausiblen Grund, an der Bedeutung des Beziehungsaufbaus auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu zweifeln“ (Borg-Laufs 2019, 182). Grundsätzlich kann festgehalten werden: „Keine gute Therapie ohne gute therapeutische Beziehung!“ (Borg-Laufs/Hungerige 2014, 53). Die Ergebnisse der empirischen Forschung leiten zu der Frage über, was genau eine gute, gelingende Beziehungsgestaltung eigentlich ausmacht. Darüber hinaus muss in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die Therapiebeziehung noch aus einem besonderen Blickwinkel betrachtet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011, 29).

Wenn Kinder einem/einer Psychotherapeut*in vorgestellt werden, befinden sie sich in einer ihnen unbekanntem Situation mit einem fremden Erwachsenen. Für den Erfolg

der Behandlung ist es wichtig, bereits für den Erstkontakt und damit für die initiale therapeutische Begegnung günstige Rahmenbedingungen zu schaffen. In Bezug auf die Beziehungsgestaltung kann es mitunter problematisch sein, den Erstkontakt als gemeinsames Gespräch mit Eltern und Kind bzw. Jugendlichen/Jugendlicher zu gestalten. Das Kind wird womöglich zu wenig einbezogen, fühlt sich unwohl oder überfordert und erlebt sich evtl. mehr als Zuschauer bzw. Zuhörer und nicht als aktiv beteiligte Person (vgl. Borg-Laufs 2019, 183). Es muss von therapeutischer Seite aus gelingen, das Vertrauen des Kindes zu erlangen und im Laufe der Zeit eine tragfähige Beziehung herzustellen. Nur so wird es dem Kind möglich sein, später über eventuell peinliche oder tabuisierte Inhalte zu sprechen (vgl. Borg-Laufs 2019, 182). In der Arbeit mit Erwachsenen spricht man in diesem Zusammenhang von der Bildung einer therapeutischen Allianz – im Sinne eines zweckgerichteten Arbeitsbündnisses. Hierin ist ein „gemeinsames tragendes Element für alle Therapieformen“ (Gahleitner 2017, 59) zu sehen.

Eine Besonderheit in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist, dass üblicherweise sowohl mit dem/der Heranwachsenden als auch mit den Eltern (und ggf. mit weiteren relevanten Bezugspersonen) die Bildung einer therapeutischen Allianz angestrebt wird. Die Beziehungen, die daraus entstehen, beeinflussen sich gegenseitig. Vor diesem Hintergrund muss der/die Therapeut*in durch sein/ihr Handeln deutlich machen, dass er bzw. sie „allparteilich“ ist und nicht nur die Interessen einer Seite vertritt. Für den Beziehungsaufbau mit dem Kind wäre es z.B. nicht förderlich, wenn der/die Therapeut*in als Verbündete/r der Eltern gegen das Kind wahrgenommen wird. Für Kinder liegt zunächst einmal der Verdacht nahe, dass der fremde Erwachsene eher die Eltern unterstützt. Die Beziehung zum/zur Therapeut*in wird sich in ihrer Art in einigen Punkten von anderen engen Beziehungen des Kindes zu erwachsenen Personen unterscheiden, u.a. dadurch, dass sie nicht auf Dauer angelegt ist (vgl. Borg-Laufs 2019, 182 f).

„Eine wesentliche Ursache für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Störungen sind nicht-förderliche Beziehungserfahrungen, besonders in den ersten Lebensjahren“ (Fröhlich-Gildhoff 2011, 29). Wenn ein Kind in den ersten Jahren seines Lebens eine sichere Bindung kennen gelernt hat, welche von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt war, steht ihm diese Erfahrung als sichere Basis und Grundstruktur für die gesamte weitere Entwicklung zur Verfügung. Ist sein

Bedürfnis nach Sicherheit gestillt, wird das Kind in der Lage sein zu explorieren, zu spielen und sich weiterzuentwickeln. Gab es im Leben des Kindes keine stabilen Bindungspersonen, wird das die Entwicklung sämtlicher emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten beeinträchtigen (vgl. Bowlby, zit. n. Gahleitner 2017, 41). Kommt es bei Kindern durch frühe Negativerfahrungen zum Verlust der Selbstwirksamkeit, mündet das häufig in einer Form schicksalsergebener Resignation. Aus diesem Zustand heraus werden betroffene Kinder und Jugendliche den Weg allein nicht finden, denn alternative und positive Erfahrungen werden sie als ungewohnt und verstörend erleben (vgl. Gahleitner 2017, 39). Das Beziehungsangebot im therapeutischen Prozess muss daher so gestaltet sein, dass neue, emotional korrigierende (Beziehungs-) Erfahrungen möglich sind (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007, 9). Diese liefern als Korrektiv die Gelegenheit, an negativen Perzeptionen zu arbeiten und bieten die „Chance zum ‚Umbau‘ innerseelischer Strukturen oder Schemata – und der entsprechenden neurobiologischen Grundlagen" (Grawe 2004/Hüther 2004, zit. n. Fröhlich-Gildhoff 2007, 9).

In einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung kommt es in hohem Maße auf die „Passung“ zwischen Therapeut*in und Patient*in an. Diese gilt es auf verschiedenen Ebenen zu beachten. Ohne Frage sollte das Behandlungsmodell zum Störungsmodell passen, beispielsweise sollte die Indikation für eine tagesklinische Behandlung nur dann gestellt werden, wenn die psychische Erkrankung eines Kindes diese auch erfordert. Die Art der Behandlung muss für den/die Patient*in angemessen sein und auch die Passung zwischen Therapeut*in und Störungsbild sollte stimmen. Nicht zuletzt wirken sich personale Merkmale auf die Beziehung aus. Es wird Einfluss auf das Erleben und Verhalten in der Psychotherapie nehmen, ob das Kind z.B. einen Fürsorgeimpuls auslöst oder ob der/die Therapeut*in vertrauenerweckend wirkt (vgl. Orlinsky/Howard 1987, zit. n. Fröhlich-Gildhoff 2011, 30).

Die Frage, worin genau eine qualitativ gute Beziehung besteht, kann durchaus kontrovers diskutiert werden. Auf einer allgemeinen Ebene jedoch lassen sich von therapeutischer Seite aus Parameter eines entwicklungsförderlichen Beziehungsverhaltens identifizieren. Der/die Therapeut*in sollte Kompetenz ausstrahlen und dadurch Sicherheit vermitteln (vgl. Huf 1992, zit. n. ebd. 29). Zur therapeutischen Grundhaltung gehört außerdem „Echtheit“, worunter zu verstehen ist, dass sich der/die Therapeut*in nicht verleugnet und keine Fassadenhaltung einnimmt. Eine echte

zwischenmenschliche Begegnung ist nur möglich, wenn der/die Therapeut*in seine eigenen aktuellen Gefühle erkennt und akzeptiert und diese in der Beziehung zum Kind bzw. Jugendlichen auch ausdrücken kann. Dem/der Patient*in sollte Wertschätzung im Sinne einer engagierten, hilfsbereiten, interessierten und emotional warmen Zuwendung entgegengebracht werden, unabhängig vom Schweregrad des Störungsbildes (vgl. Knölker et al. 2003, 120). Wichtig ist, dem Kind bzw. dem/der Jugendliche/n in einer Art „Sympathie ohne Verlangen“ ein bedingungsloses Da-Sein zu vermitteln. Es gilt, die Individualität des Gegenübers zu akzeptieren - ohne Dominanz auszuüben (vgl. Grawe 1998, 537).

Der amerikanische Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers erarbeitete im Rahmen der Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie die sogenannten Therapeutenvariablen, die heute fester Bestandteil der Gesprächsführung im Rahmen therapeutischer Gesprächsführung sind. Zu diesen zählen Empathie, Wertschätzung bzw. Akzeptanz und Kongruenz. Rogers gilt als der Begründer der „nicht-direktiven Gesprächspsychotherapie“. In seinem Sinne sollte nur der/die Patient*in über die Inhalte der Gespräche entscheiden, der Therapeut sollte weder Richtungen noch Lösungswege vorgeben und auch nicht interpretieren. Im Gegensatz dazu – und zur Erwachsenentherapie allgemein – ist die Arbeit mit Kindern aktiver und direkter und beinhaltet immer auch pädagogische Momente (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort, 120). Das Verhältnis zwischen Therapeut*in und Patient*in ist nicht nur durch die Rollenverteilung, sondern in hohem Maße auch durch den generationalen Unterschied geprägt. Hierdurch können pädagogische Aspekte einerseits besonders wirksam werden. Der in der Realität verankerte Erwachsene kann Orientierung vermitteln, Grenzen setzen, einen festen Standpunkt vertreten. Andererseits kann aber eben dies auch zu Konflikten führen, denn eine wichtige Entwicklungsaufgabe von Jugendlichen besteht darin, gegenüber Erwachsenen mehr Autonomie zu gewinnen. Vor diesem Hintergrund „widerspricht die Teilnahme an einer Therapie der normalen Entwicklungstendenz von Jugendlichen“ (ebd.). Das wirkt sich auf das Beziehungsgeschehen aus, weshalb es ungleich schwieriger ist, mit Jugendlichen ein stabiles Arbeitsbündnis herzustellen als mit einem Erwachsenen. Dem/der Therapeut*in wird deutlich mehr Flexibilität abverlangt, sowohl in der Gestaltung der Therapie als auch im Hinblick auf die Gesprächsinhalte. Jugendliche zeigen sich häufig sprunghaft und aktiv und können Themen nicht so kontinuierlich bearbeiten wie Erwachsene. Eine

gute Gesprächssituation lässt sich aus diesem Grund eher im Rahmen einer Aktivität erzielen, und sei es nur bei einem Spaziergang.

Eine Herausforderung ist, sich in das Erleben des Kindes bzw. des/der Jugendlich*en hineinzusetzen und dessen/deren Perspektive ernst zu nehmen (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007, 9). Es gilt, einerseits verständnisvoll gewährend zu sein, aber gleichzeitig auch führend und strukturierend – wenn der/die Patient*in Unterstützung braucht (vgl. Grawe 1998, 537). In der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sollten stützende Komponenten grundsätzlich im Vordergrund stehen: „Aufdeckende Interventionen sollten sehr zurückhaltend eingesetzt werden, da Kindern ein konstruktiver Umgang mit konfrontativen Deutungen aufgrund ihres Entwicklungsstandes meist erschwert ist“ (Stippel/Lehmkuhl 2012, 383). Heranwachsende müssen als „werdende Menschen“ noch zu ihrer Form und ihrem Leben finden und benötigen bei der Realitätsprüfung mehr Unterstützung als erwachsene Patient*innen. Der/die Therapeut*in muss darauf eingestellt sein, dass vor allem Jugendliche bei der Beschäftigung mit ihren alltäglichen Problemen konkrete Hilfestellungen brauchen (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort, 120).

Der Betreuungsalltag in einer Tagesklinik bedeutet „Begegnung“, die „geschieht“ und beeinflusst auf diese Weise die in den Kindern bzw. Jugendlichen destruktiv-manifestierte Erfahrungsstruktur (vgl. Buber 1983, 19 zit. n. Gahleitner 2021, 40). Damit sind die desorganisierten Bindungsstrukturen, Bindungsstörungen oder schlecht ausgebildeten emotionalen und kognitiven Schemata gemeint, die die Patient*innen mitbringen. Das Bezugsbetreuungssystem im klinischen Setting stellt eine große Ressource dar, da es durch sehr individuelle Arbeit korrigierende Beziehungserfahrungen möglich macht. Beziehungsangebote erfolgen in diesem Rahmen nicht „frontal“, sie geschehen einfach. In Alltags- und Dialogsequenzen kann man ins Gespräch kommen, muss es aber nicht. Die für die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen womöglich mühsam völlig neu zu erwerbende Bindungs- und Vertrauensbeziehung zum/zur Therapeut*in bzw. zur Bezugsbetreuung stellt eine hochsensible Konstellation dar. Ein Kind mit einer desorganisierten Bindungsstruktur verlangt seinem Gegenüber ein „fachlich-qualifiziertes, adäquates ‚Gegensteuern‘“ (Gahleitner 2021, 40) ab. Um als Gegenpol wirken zu können, ist es wichtig, die therapeutische Grundhaltung von Respekt, Authentizität und Wertschätzung durchgängig aufrechtzuerhalten. Der/die Therapeut*in darf bei Fehlverhalten durchaus aufgebracht sein, muss

dem/der Patient*in aber dennoch Akzeptanz und Wertschätzung signalisieren (vgl. ebd.). Bei allen Bemühungen, eine große Nähe herzustellen, um als vertrauenswürdiger Partner und Helfer anerkannt zu werden, darf der Aspekt der Nähe-Distanz-Regulierung nicht aus den Augen verloren werden. Der/die Therapeut*in muss genügend Distanz wahren, um weiterhin als außenstehende Person gelten zu können. Letztlich geht es darum, dem Kind und der Familie nur so viel Hilfe zu geben, wie diese benötigen, um wieder ohne Therapeut*in ihr Leben führen zu können. Die therapeutische Beziehung stellt die „Hintergrundfolie“ für das konkrete Handeln in der Situation und damit für jede therapeutische Intervention dar (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2011, 31).

3.2 Bedeutung von Gruppenarbeit im teilstationären Setting

Gruppentherapeutische Maßnahmen gehören in der Regel zum multimodalen Therapieansatz einer Tagesklinik. Sie finden ergänzend zu einzeltherapeutischen Sitzungen statt und stellen einen wesentlichen Bestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie dar (vgl. Weber/Petermann 2018, 199). Ein Vorteil von Gruppentherapie ist, dass mehrere Patient*innen gleichzeitig behandelt werden können. Dabei ist es möglich, Reaktionen zu beobachten und zu behandeln, die sich aus dem Gruppengeschehen heraus entfalten. So kann eine Problemaktualisierung und -bearbeitung geschehen, die in der Einzeltherapie oft nicht gegeben ist. In der Begrifflichkeit müssen Gruppentrainings und Gruppenarbeit von der eigentlichen Gruppenpsychotherapie unterschieden werden. Gruppentrainings konzentrieren sich darauf, definierte Verhaltensauffälligkeiten und -defizite zu beheben, etwa durch einen festen Therapieplan und gezielte Übungen. Sie zeichnen sich durch einen hohen Strukturierungsgrad aus, Veränderungen sollen dabei auf der Verhaltensebene bewirkt werden. Bei der Gruppenarbeit geht es um die „Vermittlung korrigierender *sozialer Erfahrungen*“ (Niebergall 1997, 135), die Strukturierung spielt eine untergeordnete Rolle. Veränderungen werden auf der interpersonellen (sozialen) Ebene angestrebt. Die Gruppenpsychotherapie schließlich fokussiert sich auf die Vermittlung emotionaler Erfahrungen und will damit auf intrapsychischer Ebene Veränderungen erzielen (vgl. Weber/Petermann 2018, 199).

Von einem Gruppenverfahren spricht man, wenn mindestens drei oder vier Kinder bzw. Jugendliche gemeinsam an einer therapeutischen Maßnahme teilnehmen. Gruppentherapieverfahren unterscheiden sich nach der Funktion, die dem Medium

Gruppe bei der Behandlung des/der einzelnen Patient*in zukommt. Es gibt Therapieverfahren, die auf der Anwendung von Methoden mit starker Einbeziehung der Gruppe durchgeführt werden, wie z.B. Trainingsgruppen für Selbstsicherheit oder für Soziale Kompetenz. Hierbei spielen gruppenspezifische Prozesse eine große Rolle. Andere Interventionsmethoden lassen sich dagegen gut „in“ einer Gruppe realisieren, beispielsweise Entspannungsverfahren oder handlungsorientierte Interventionsmaßnahmen (vgl. Niebergall 1997, 135). „Unterschiede bestehen in der Zielsetzung sowie in der Einbeziehung und Betonung psychodynamischer und insbesondere gruppenspezifischer Prozesse“ (Stippel/Lehmkuhl 2012, 380). Im tagesklinischen Setting finden Gruppenprogramme in unterschiedlichen Formen täglich statt. Selbst die „temporäre Lebensgemeinschaft“ (Eikermann 2010, 359) der gleichzeitig behandelten Kinder kann als Gruppe gesehen werden. Das Gruppengeschehen folgt im Tages- und Wochenverlauf einer klaren, immer wiederkehrenden Struktur, wodurch den Kindern Sicherheit und Transparenz vermittelt wird. Vor demselben Hintergrund haben sich bei der Durchführung von Gruppen Anfangs- und Endrituale sehr bewährt (vgl. Weber/Petermann 2018, 200).

Gruppenverfahren können in geschlossenen, halboffenen oder offenen Gruppen realisiert werden. Im klinischen Alltag sind Therapiegruppen zumeist „halboffen“, wobei die regelmäßige Teilnahme nach getroffener Vereinbarung zwar bindend ist, aber immer wieder Patient*innen ausscheiden, die durch neu aufgenommene oder aus anderen Gruppen wechselnde Patient*innen ersetzt werden (vgl. Melicherova/Köllner 2020, 76). Trennungsarbeit von sich verabschiedenden Patient*innen stellt insgesamt ein großes Thema in einer Tagesklinik dar, da es aus strukturellen Gründen zu einer „ständigen Durcharbeitung von Trennungserfahrungen“ (Schultz-Venrath 2011, 8) kommt. Nicht nur das Verabschieden von Patient*innen aus der Klinik, auch das tägliche Ankommen und Gehen kann als Trennung erlebt werden. Vor dem Hintergrund dieses Geschehens spielen implizit Regeln im tagesklinischen Alltag eine große Rolle. Diese gilt es zwischen der Gruppe des Teams und der Patient*innen-gruppe differenziert zu bewältigen. „Die Beachtung und Auseinandersetzung um die Regeln, um den Erhalt des Settings und der Arbeitsstrukturen nimmt einen großen Teil der Arbeit ein“ (ebd.). Dieser Umstand wird als Thema in die Gruppen hineingetragen. Diskussionen entstehen beispielsweise häufig, wenn einzelne Patient*innen sich im Vergleich zu anderen benachteiligt sehen oder durch Unpünktlichkeit und Nichterledigen von Aufgaben auffallen.

Menschen sind Gruppenwesen und haben als solche eine starke Motivation, sich in Beziehung zu anderen zu begeben. Die psychischen Grundbedürfnisse des Menschen, nämlich die nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung, lassen sich nur im zwischenmenschlichen Kontakt erfüllen (vgl. Grawe 1998, 618; Borg-Laufs 2012, 7). Die in den ersten Lebensjahren erworbenen Bindungsmuster prägen maßgeblich das spätere Verhalten. Wenn Kinder und Jugendliche sich durch Verhaltensauffälligkeiten z.B. in der Schule in eine Außenseiterposition gebracht haben, lassen sich die Negativerfahrungen in einer therapeutischen Gruppe korrigieren, indem die Regeln des sozialen Miteinanders im „Hier und Jetzt“ erlebbar gemacht werden. Häufig liegen den Problemen Beziehungsschwierigkeiten, Ablösekonflikte oder Selbstunsicherheit zugrunde. Diesen Missständen können die Heranwachsenden sich im Gruppengespräch besser nähern als in einer Einzeltherapiesituation. Die Behandlung im Gruppenkontext ist effektiver, da sie eher der Realität entspricht (vgl. Stippel/Lehmkuhl 2012, 380). Auch Erfahrungen aus dem häuslichen, familiären Kontext können in (therapeutischen) Gruppen verlebendigt werden. Das Sozialleben der Kinder wird nicht suspendiert und letztlich unterbunden, sondern in die tagesklinische Behandlung „hineintransportiert, verstehbar und beeinflussbar gemacht, sodass Therapie einerseits Symptome bekämpft, aber andererseits positiven Einfluss auf Aktivitäten und soziale Partizipation haben kann“ (Eikermann 2010, 358).

Zusammenfassend haben Gruppenangebote das Ziel, Regeln des sozialen Miteinanders innerhalb der Gruppe erfahrbar zu machen (vgl. Stippel/Lehmkuhl 2012, 380). Kinder und Jugendlichen stehen in diesen Therapieverfahren immer wieder vor der Herausforderung, bei Anwesenheit von Gleichaltrigen neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erproben (vgl. Weber/Petermann 2018, 200). Allen Gruppentherapieansätzen gemein ist das Streben nach Vermittlung von sozialen und kommunikativen Fertigkeiten. Speziell geht es um den Erwerb emotionaler und emotionsregulatorischer Kompetenzen und um eine angemessene Problem- und Konfliktfähigkeit. Beispielsweise kann eine kognitive Verhaltenstherapie sinnvoll Gruppenverfahren nutzen, um aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen zu modifizieren. In diesem Fall wären weitere Ziele in einer differenzierten Wahrnehmung von Situationen, in einem angemesseneren Umgang mit Ärger und Frustration und im Erwerb der Fähigkeit zur Perspektivübernahme und Empathie zu sehen. Wenn eine ausreichende Selbst- und Impulskontrolle und eine Fähigkeit zur angemessenen Selbstbehauptung erreicht ist,

hat die Gruppentherapie dazu beigetragen, aggressives Verhalten durch positives prosoziales Verhalten (z.B. Fairness, Kooperation und Hilfeverhalten) zu ersetzen (vgl. ebd., 202 f).

Gruppen zeichnen sich durch essenzielle Merkmale aus. Die Teilnehmer verfolgen für einen gewissen Zeitraum ein gemeinsames Ziel, z.B. Lernen, Selbsterfahrung, Produktion, etc. Die Gruppe ist „zum gleichen Zeitpunkt am gleichen Ort“ (König 2012, 24) und bietet „face to face“ die Möglichkeit zur direkten Kommunikation. Hierbei spielen selbstverständlich sowohl die Größe der Gruppe als auch die zur Verfügung stehende Zeit eine Rolle. Darüber hinaus sollten in der Praxis die Faktoren Ort und Zeit beachtet werden, denn diesen kommt ein hoher symbolischer Wert zu. Sie weisen auf die Wertigkeit des Geschehens hin. Findet eine Gruppe z.B. in einem ungeeigneten Raum oder zu einer ungünstigen Zeit statt, wird sich das negativ auf den Therapieverlauf auswirken. Ein weiteres Merkmal von Gruppen ist, dass die Mitglieder im Kommunikations- und Interaktionsprozess Werte und Normen miteinander teilen. Hierzu gehören kommunikative Basisregeln, die eine Verständigung überhaupt erst möglich machen, aber auch von der Gruppenleitung vorgegebene Arbeitsregeln und die Werte und Normen, die die Mitglieder in die Gruppe einbringen oder im Rahmen dieser entwickeln. Insgesamt ergeben sich aus der Dynamik einer Gruppe aufeinander bezogene Rollen. Das Geflecht, das daraus entsteht, ist Bestandteil jedes Gruppenprozesses. Diese Rollenbildungen sind notwendig, da sie die psychotherapeutische Potenz von Gruppen ausmachen. Allerdings sind die daraus entstehenden dynamischen Prozesse nicht vorhersehbar. Eine Bedingung für die Arbeitsfähigkeit einer Gruppe ist das Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeitsgefühl. Dieses „Wir-Gefühl“ im Sinne einer hinreichenden Gruppenkohäsion beschreibt die Stärke der Beziehungen, die die Mitglieder an die Gruppe bindet. Gleichmaßen ist hierin ein indirektes Maß für die Attraktivität und Bedeutung der Gruppe zu sehen, sowohl in ihrer Wirkung nach außen als auch für die einzelnen Mitglieder (vgl. ebd, 23 f).

Für die Persönlichkeitsbildung und Entwicklung eines Kindes ist die Gruppe der Gleichaltrigen von großer Bedeutung (vgl. Aichinger/Holl 2010, 9). Die Beziehungen zu Gleichaltrigen und die soziale Interaktion mit anderen im Kontext von Kindergruppen stellen ein besonderes und eigenständiges Lernpotential dar. In der Entwicklung des Kindes bis hin zur Adoleszenz erfüllt die Peergroup – vergleichbar mit der Sozialisationsinstanz Familie – wichtige Funktionen. Sie erlaubt, sich in neuen Rollen

auszuprobieren, die nicht wie in der Familie festgelegt sind. Die Peergroup stellt das Kind vor die Aufgabe, sein Verhältnis zu den „anderen“ zu bestimmen. Das Kind erlebt, dass es nicht im Zentrum steht, sondern als ein Mädchen oder Junge unter vielen zurechtkommen muss. Die Sozialisierung im Sinne der Kommunikation und Kooperation bewirkt durch die Erfahrung von Anerkennung und Ablehnung die Stärkung egalitärer Komponenten. „Die Allgemeinheit wird deutlich“ (ebd.), aber ihr gegenüber gilt es, die Besonderheit aufrecht zu erhalten. Andernfalls besteht die Gefahr Mitläufer zu bleiben oder Außenseiter zu werden, weil man nicht in der Lage ist zu kooperieren oder andere für sich zu gewinnen. Kooperationsfähigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, „sich auf die Auseinandersetzungen um Normen und Erwartungen kompetent einzulassen und zu befriedigenden Absprachen, Abstimmungen und Verabredungen zu kommen“ (ebd.). Anerkennung und Beliebtheit hängen wesentlich davon ab. Die Gleichaltrigengruppe erfüllt im Verlauf der Entwicklung eines Kindes Funktionen, denen therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben werden kann (vgl. ebd.,10).

Grundsätzlich sind für die Zusammensetzung einer Gruppe allgemeine, störungsspezifische und gruppenspezifische Kriterien heranzuziehen. Zu den allgemeinen Aspekten gehören z.B. der Entwicklungsstand der Kinder, ihre Motivation und eine ausreichende Altershomogenität. Der Altersunterschied sollte höchstens zwei Jahre betragen. Sinnvollerweise sollte in Gruppen mit Kindern (8 bis 12 Jahre) und Gruppen mit Jugendlichen bzw. Adoleszenten (13 bis 21 Jahre) unterteilt werden. Die Größe einer Gruppe sollte fünf bis sechs Patient*innen nicht überschreiten (vgl. Stippel/Lehmkuhl 2012, 383). Bedingt durch den stationären Rahmen müssen aus pragmatischen Gründen häufig sehr voneinander verschiedene Kinder in einer Gruppe behandelt werden. Eine derart „komplementäre“ Besetzung von therapeutischen Gruppen kann sich zur Förderung von Ressourcen und Kompetenzen durchaus als geeignet und wichtig erweisen. Beispielsweise ist es schwierig und auch kontraindiziert, eine Gruppe ausschließlich hyperaktiv-dissozialer Kinder zu konstruktiver Arbeit anzuleiten (vgl. Maur-Lambert/Schwenck/Oehler 2008, 7).

Ein fester Bestandteil der Therapie in einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Elternarbeit. Hier gibt es unterschiedliche Angebote, die in Gruppenverfahren durchgeführt werden. Im Rahmen der Behandlung bestimmter Störungsbilder (z.B. Essstörungen) sind psychoedukative Gruppen ausschließlich für Eltern

sinnvoll. Andere Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. hyperkinetische Störungen, legen die Durchführung von Elterntrainings nahe. Ferner werden Eltern-Kind-Gruppen angeboten, in denen neben der spezifischen Behandlung der psychischen Störung des Kindes die Interaktion zwischen Eltern und Kind im Fokus steht. Auch in der Elternarbeit ist eine Unterscheidung in Altersgruppen von Vorteil. Wenn es sich um Kinder bis zum Alter von etwa 12 Jahren handelt, steht die Verbesserung der Erziehungskompetenz im Vordergrund. Bei Jugendlichen ab ca. 13 Jahren sollte mit Eltern und Heranwachsenden gemeinsam an Kommunikationsmustern und Problemlösestrategien gearbeitet werden, um so dysfunktionalen Beziehungseinstellungen und -erwartungen entgegenzuwirken (vgl. Quaschner/Mattejat 2020, 466).

3.3 Ansatz und Wirkung von Milieuthherapie

Aus den vorherigen Kapiteln geht hervor, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie stets in besonderer Weise Bezug auf den psychosozialen Kontext von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen nimmt. Das beginnt in der Diagnostik und setzt sich in der Therapie fort. Diese schafft nicht nur spezifische soziale Bedingungen, sogenannte Milieus, sondern wirkt durch die Art ihrer Interventionen auch auf das vorhandene Milieu des Kindes bzw. Jugendlichen ein (vgl. Steinhausen 2019, 35). Der Begriff der Milieuthherapie ist missverständlich, da es sich dabei nicht um eine Therapie handelt, die allein für sich und isoliert von anderen Therapieformen therapeutisch wirksam ist. Vielmehr ist unter dem Terminus die „an therapeutischen Gesichtspunkten orientierte Koordination und Abstimmung der Maßnahmen“ (Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 151) in einer stationären Einrichtung zu verstehen. Anstelle von Milieuthherapie kann man auch von einer „Milieugestaltung“ sprechen, welche eine wesentliche Rahmenbedingung der Behandlung darstellt. Die Milieuthherapie kann immer dann als therapeutischer Faktor gesehen werden, wenn sie zu einer Atmosphäre beiträgt, die sich fördernd auf den Heilungsvorgang auswirkt. Dadurch kommt ihr in jeder psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung eine grundlegende Bedeutung zu (vgl. Deister 2003, 798).

Der Psychoanalytiker und Kinderpsychologe Bruno Bettelheim gilt als Pionier der Milieuthherapie. Er entwickelte das Konzept des „therapeutischen Milieus“, welches bis heute und auch über den Kinder- und Jugendbereich hinaus hohe Bedeutung im stationären Kontext besitzt. In seiner Arbeit verband Bettelheim seine Erkenntnisse mit den Erfahrungen des Reformpädagogen und Kinderpsychoanalytikers Fritz Redl.

Gemeinsam vertraten sie die These, dass in der Lebensumwelt eines Kindes allen Faktoren auch therapeutische Auswirkungen zukommen, weshalb therapeutische Hilfen auch im natürlichen Lebensalltag des Kindes präsent sein sollten (vgl. Gahleitner 2021, 27). Von diesem Standpunkt aus entwickelten sie das Konzept einer Art „psychotherapeutischer Erziehung“ im Alltag. Therapeutische Hilfen sind Bettelheim und Redl zufolge dann am wirksamsten, wenn sie nicht auf die kurze Dauer von Einzel- oder Gruppentherapien beschränkt bleiben, sondern auch im natürlichen Lebensumfeld des Kindes vorhanden sind. Das Konzept der Milieuthherapie misst dabei die größte Bedeutung der „Wirksamkeit menschlicher Begegnungs- und Beziehungssituationen“ (ebd., 28) zu.

Den Begrifflichkeiten „Milieuthherapie“, „therapeutisches Milieu“ oder auch „therapeutische Gemeinschaft“ wird im psychiatrischen Kontext häufig eine Gemeinschaft von Patient*innen mit vergleichbaren Störungsbildern zugeordnet. Der Rahmen einer Klinik kann dabei als ein „psychosoziales Ganzes“ betrachtet werden, in der „Therapie, Versorgung, Gruppenprozess und Administration eine Einheit bilden.“ (ebd.). Die Tagesklinik als soziotherapeutische Einrichtung gilt als die „familienähnlichste psychiatrische Institution“ (Eikermann 2010, 358), denn Betreuende und Betreute sind gleichermaßen eingebunden und pädagogische und therapeutische Elemente eng miteinander verflochten (vgl. Gahleitner 2021, 29). Das Konzept der Milieuthherapie kann prinzipiell auf jeden stationären oder ambulanten Kontext übertragen werden. Vor allem im stationären Bereich liegt jedoch in der Entfaltung einer spezifischen Milieuthherapie die besondere Chance, in ihrer Zusammensetzung und Intensität nachhaltige Effekte zu setzen (vgl. Steinhausen 2019, 440).

Die Behandlung in einer Tagesklinik stellt für das Kind oder die bzw. den Jugendliche/n einen bedeutsamen Wechsel des psychosozialen Kontextes dar, worin ein „spezifischer therapeutischer Gestaltungsauftrag“ (ebd.) gesehen werden muss. An dieser Stelle setzt die besondere Funktion stationärer Milieuthérapie an. Mit der Aufnahme in die Klinik ist für die Heranwachsenden eine „partielle Entpflichtung von Aufgaben der Alltags- und Realitätsbewältigung verbunden, die zumindest vorübergehend aufgehoben bzw. neu angepasst werden müssen“ (ebd.). Die Milieuthérapie setzt den Rahmen, innerhalb dessen in der Behandlung die individuell und dem Störungsbild angepasste Balance zwischen notwendiger Entlastung und gebotener Forderung gefunden werden muss (vgl. ebd.). „Das Konzept beruht auf der Partizipation

der Patient*innen in den unterschiedlichsten Bereichen und Rollen des gemeinsamen Alltags“ (Gahleitner 2021, 28). Es wird von einem lebendigen Austausch mit der Umwelt und von einem respektvollen Miteinander getragen. Der Fokus des milieutherapeutischen Konzeptes liegt auf einer verbindenden, ergänzenden und die verschiedenen Sichtweisen der verschiedenen Berufsgruppen integrierenden Zusammenarbeit. Das Konzept stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Pädagogen und Fachtherapeuten. Es beschreibt ein „anspruchsvolles, vernetztes und komplexes Interventionsgeflecht“ (Küffer/Schmelzle 2010, 37), das nur wirksam ist, wenn es von den einzelnen Disziplinen auf Augenhöhe umgesetzt wird und kein Bereich einen anderen in seiner Bedeutung überragt (vgl. ebd.). Das interdisziplinäre Team sollte das „therapeutische Milieu“ strukturierend, ausgleichend, animierend, reflektierend und betreuend gestalten, um den psychisch kranken Kindern und ihren Familien Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten (vgl. Gahleitner 2021, 28 f). Absicht der Milieuthherapie ist es, möglichst diejenigen Bedingungen zu schaffen, die das Kind auch nach seiner Entlassung in seinem sozialen Umfeld wieder vorfinden wird (vgl. Deister 2003, 799). Vor dem Hintergrund des interdisziplinären Verständnisses ist das Konzept der Milieuthherapie als ganzheitlich zu begreifen. Psychotherapeutischen Interventionen werden in den erzieherischen Alltag der Kinder eingebettet. Es ergibt sich ein Modell, „das weder eine spezielle Pädagogik noch eine besonders intensive Therapie noch eine Addition von Pädagogik und Therapie darstellt, sondern ein Drittes, Eigenes darstellt“ (Küffer/Schmelzle 2010, 37). Es geht darum sicherzustellen, dass auf alle Faktoren in der Lebensumwelt eines psychisch erkrankten Kindes oder eines/einer Jugendlichen ein individuell abgestimmter, verändernder Einfluss ausgeübt wird. Die damit erzielte Wirkung dauert über den ganzen Tag an und beschränkt sich nicht auf die Zeit psychotherapeutischer Interventionsmaßnahmen – welche aber in einer Tagesklinik selbstverständlich Bestandteil der Behandlung bleiben (vgl. ebd.).

Milieuthherapie stellt weit mehr als die Gestaltung eines attraktiven, erholsamen und angenehmen äußeren Rahmens dar. Sie darf nicht zu sehr auf Passivierung und Ablenkung ausgerichtet sein, auch wenn dies bei einigen Störungsbildern durchaus sinnvoll sein kann. Der Interaktionsstil der Stationsmitarbeiter sollte sich konsequent an der eigenen Vorbildfunktion orientieren und von der aktiven Förderung gesunder Anteile der Persönlichkeit des Kindes bzw. des/der Jugendlichen geprägt sein. Für die Gestaltung des Milieus ist zu beachten, dass die Einrichtung sich in Nähe des

gewohnten sozialen Umfeldes befindet und die baulichen Gegebenheiten auf die entsprechende Nutzung ausgelegt sind (vgl. Deister 2003, 799). Zur weiteren milieutherapeutischen Strukturierung gehören allgemeine Stationsregeln, festgehalten z.B. in Form einer „Stationsordnung“. Im Zuge interdisziplinärer Zusammenarbeit sind Teambesprechungen, die Durchführung von Stationsversammlungen, Diskussionen über die Gestaltung des Stationslebens und die Planung von gemeinsamen Aktivitäten von großem Wert. Wichtig ist außerdem, dass Verhaltensregeln und Entscheidungsbefugnisse auf Station möglichst transparent, klar und eindeutig sind (vgl. Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort 2003, 151). Modernes, psychiatrisches und psychotherapeutisches Handeln ist heute ohne den prägenden Einfluss milieutherapeutischer Gedanken und Theorien nicht mehr denkbar.

4. Auswirkung der Kontaktbeschränkung im Klinikalltag

Zu den Prinzipien der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung gehören sowohl der multimodale Ansatz als auch der Einbezug von Eltern bzw. Bezugspersonen in die Behandlung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen (vgl. DGKJP 2020, o.S.). In Kapitel 3 wurde bereits erläutert, dass die Therapie in einer Tagesklinik dem systemtheoretischen Ansatz folgt und eine reine Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen allein nicht zielführend ist. Vor allem im Hinblick auf die Wiedereingliederung in die Lebensumwelt der Patientin bzw. des Patienten ist es in der Regel erforderlich, im Laufe der Behandlung die Heimatschule einzubeziehen und Eltern- und Familiengespräche sowie Eltern-Kind-Interaktionsgruppen etc. durchzuführen. Ohne Interventionen dieser Art kann eine Therapie kaum einen nachhaltigen Erfolg erzielen. Auch wenn es in Deutschland schrittweise zu Lockerungen im öffentlichen Leben kommt, werden die strengen Vorschriften hinsichtlich Infektionsschutz und Hygiene für den Bereich des Gesundheitssektors auf absehbare Zeit bestehen bleiben. Zu diesen besonderen Schutzmaßnahmen gehören insbesondere in den Krankenhäusern Besuchsverbote oder zumindest die Begrenzung von Besuchen. Vor allem im stationären und teilstationären Setting der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wirkt sich dieser Umstand signifikant auf die allgemeinen Therapieprinzipien aus.

Generell gilt auch während der Pandemie das Prinzip der Pflichtversorgung, was bedeutet, dass ein psychisch erkranktes Kind aus dem zugehörigen Einzugsgebiet, wenn es notfallmäßig und dringlich vorgestellt wird, sofort behandelt wird. Eine

Aufnahme wird je nach Befund entweder zur Krisenintervention oder zur längeren Behandlung direkt stationär stattfinden. In allen anderen, weniger dringenden Fällen kann eine Aufnahme erst nach einer Wartezeit erfolgen, welche regional sehr unterschiedlich ausfällt (vgl. DGKJP 2021, o.S.). Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungseinheiten finden sich in unterschiedlichen Konstellationen. Sie sind als Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus oder an Kinderkliniken zu finden, mitunter auch als Abteilungen rein psychiatrischer Krankenhäuser. Daneben gibt es auch eigenständige Tageskliniken oder kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. Je nach baulichen Gegebenheiten und Wegeleitungen kommt es dazu, dass aufgrund von Besuchskontakten durch Eltern oder Angehörige andere, somatisch erkrankte Patient*innen und Risikogruppen gefährdet werden. (vgl. ebd.). So führen regionale Besonderheiten zu lokalen Konzepten mit je nach Lage und Art der Einrichtung abweichend strengen und strikten Besuchsregelungen: „Einige Bundesländer haben die Ausgestaltung hinsichtlich psychiatrischer Patient*innen ganz den Krankenhausträgern überlassen“ (ebd.). Notwendige Schutzmaßnahmen werden der föderalen Logik zufolge grundsätzlich von den Ländern entschieden. Zu Beginn der Pandemie wurden von den jeweiligen Gesundheitsministerien eilig Maßnahmen ergriffen, die kurzfristig und kurzdauernd angelegt waren. Bundesweit ist es für die psychiatrischen Krankenhäuser dadurch zu sehr unterschiedlichen Regelungen gekommen, welche sich meist auch nur auf den unmittelbaren Sicherstellungsauftrag der Akutbehandlung von erwachsenen Patient*innen mit schwerster Eigen- oder Fremdgefährdung beziehen und in dieser Form nicht auf die kinder- und jugendpsychiatrische Regelbehandlung zu übertragen sind (vgl. DGKJP 2020, o.S.).

Die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auf Kinder und Jugendliche hielt man für überschaubar, da man von einem kurzen Ausnahmezustand ausging. Im Hinblick auf die immer noch andauernde Konfrontation mit der Pandemielage muss „bezüglich der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher aber eine Güterabwägung zwischen Infektionsschutz einerseits und den Behandlungsnotwendigkeit psychisch kranker Kinder und Jugendlicher andererseits getroffen werden“ (ebd.). Kinder und Jugendliche befinden sich in der Lebensphase der Entwicklung. Wenn psychische Störungen nicht behandelt werden, kann das dazu führen, dass wichtige Entwicklungsschritte nicht absolviert werden oder es womöglich zu Problemen der sozialen Integration kommt. Grundsätzlich können Störungen schnell chronifizieren. Als Schutzmaßnahme schlossen viele

Tageskliniken zeitweilig ihre Einrichtung für mehrere Wochen komplett. Als die Ausgleichszahlungen wegfielen, öffneten die meisten zwar wieder, aber mit deutlich reduzierter Zahl an Behandlungsplätzen (vgl. DATPPP 2021, o.S.). Diese Maßnahmen führten zu einer beträchtlichen Verknappung des Therapieangebotes, was verlängerte Wartezeiten und eine Verschlechterung der regionalen Versorgung zufolge hatte. Einige Tageskliniken reagierten mit einer Verringerung der Therapiezeiten im Sinne einer „Wechselbehandlung“. Die Patient*innen wurden in zwei oder mehr Kohorten eingeteilt und nahmen wechselweise vor- oder nachmittags an einem entsprechend reduzierten Programm teil. Dieses Vorgehen und der Ausfall ganzer Therapieelemente führten zu einer geringeren Therapieintensität (vgl. DATPPP 2020, o.S.). Alle Therapieformen kamen auf den Prüfstand und besonders kontaktintensive Therapien, wie z.B. Sport oder Physiotherapie, wurden ausgesetzt. Die Umsetzung der einzelnen Hygienemaßnahmen wird explizit im folgenden Kapitel erläutert werden. Vorab sollen die Abstandsregeln im Fokus stehen, da diese zu einer problematischen, tatsächlichen sozialen Distanz führen, welche Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Individuums nimmt.

„Als soziales Wesen ist der Mensch abhängig davon, von anderen umgeben zu sein und sich eingebunden in eine Gemeinschaft zu fühlen“ (Ditzen/Eckstein/Klein 2021, 45). Gerade für Jugendlichen ist es elementar, nicht nur in der Kleinfamilie zu funktionieren. In diesem Alter gehört es zu den Entwicklungsaufgaben, sich abzugrenzen, aus der Familie herauszugehen und sich Kontakte zu suchen. Die Corona-bedingten Abstands- und Hygieneregeln machen die Erfüllung dieses Grundbedürfnisses nach sozialer Einbindung schwierig bis unmöglich und gerade für Kinder und Jugendliche gehen Entwicklungsräume verloren (vgl. Thienel 2020,18). Berührungen und Körperkontakte vermindern eigentlich die Stressantwort, da sie als Zeichen sozialer Einbindung wahrgenommen werden. Eine Berührung wird vom Menschen als „soziales Sicherheitssignal“ interpretiert und ist somit eine Information, die zu einem geringeren körperlichen Stresslevel führt. Für diese Wahrnehmung bedarf es nicht unbedingt einer Umarmung, sie wird bereits durch physische Nähe oder beispielsweise eine beruhigende Hand auf der Schulter vermittelt (vgl. Ditzen/Eckstein/Klein 2021, 50). Eine Berührung durch eine/n Mitpatient*in oder eine/n Therapeut*in löst häufig ein Gefühl des Gesehen- und des Verstandenwerdens aus. Das vermittelt der betroffenen Person das Gefühl akzeptiert zu werden, selbst bei einer kritischen Rückmeldung (vgl. Pennecke 2020, 111).

Im Zuge der Pandemie werden Nähe und Körperkontakte nun mit Gefahr und schlimmstenfalls mit dem Tod in Verbindung gebracht. Selbstverständlich haben nicht alle Menschen das gleiche Kontaktbedürfnis und ein geringes Bedürfnis nach Kontakt ist nicht zwingend als Ausdruck einer psychischen Erkrankung zu sehen. Psychische Faktoren, wie frühe Beziehungserfahrungen, Persönlichkeit oder Bindungsstil prägen aber die Art, wie der durch das „Social Distancing“ verordnete, fehlende Kontakt erlebt wird (vgl. ebd., 46 f). Insbesondere Kinder und Jugendliche können – als sich entwickelnde Wesen – in diesem Zusammenhang als besonders vulnerable Gruppe gelten. Entscheidend für das psychische Wohlbefinden ist nicht die tatsächliche Anzahl und Häufigkeit von Kontakten, sondern das wahrgenommene bzw. gefühlte Maß an Nähe. Viele psychische Störungen, die in einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, wie z.B. Depressionen, Autismus-Spektrum-Störungen usw. gehen mit sozialem Rückzug einher. Eine angemessene Behandlung gestaltet sich durch die Abstands- und Hygieneregeln deutlich erschwert (vgl. ebd., 48).

Die Pandemie bewirkte im Stationsalltag eine Verlagerung von Gruppen- zu Einzeltherapie. Durch die Abstandsregeln verringerte sich die Zahl der Patient*innen, die sich pro Raum und Gebäude aufhalten dürfen. Gruppenangebote wurden zumeist ausgesetzt oder klein gehalten. Die Nutzung gemeinsamer Aufenthaltsräume musste stark reglementiert werden, beispielsweise führte man das Mittagessen in zwei Schichten durch oder ließ es ganz ausfallen. All diese Maßnahmen und die Distanz führten zu einer geringeren Gruppenkohäsion (vgl. DATPPP 2020, o.S.). Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, ist aber dieses „Wir“-Gefühl der Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeit eine Bedingung für die Arbeitsfähigkeit einer Gruppe. Der soziale Austausch in den täglich stattfindenden Gruppengesprächen, z.B. in Form einer Morgenrunde oder eines Tagesabschlussgespräches, sind im Stationsalltag zu Nicht-Pandemiezeiten wichtige unterstützende Komponenten des therapeutischen Milieus: „Bemerkenswerterweise schätzen Jugendliche diese Effekte der Gruppe bei der Bewertung von Behandlungsergebnissen besonders hoch ein“ (Steinhausen 2019, 441). Eines der wichtigsten und spezifischen Behandlungsmittel der Tageskliniken leidet also unter der verordneten Distanz.

4.1 Umsetzung der Hygiene- und Abstandsregeln

Eine besondere Herausforderung für stationäre Einrichtungen ist, sich in den Abläufen und Strukturen stetig an die aktuellen Empfehlungen und geltenden Vorschriften anzupassen. Das Robert Koch-Institut empfiehlt das Tragen von medizinischen Masken im öffentlichen Raum, da es die Ausbreitung von SARS-CoV-2 vermindern oder verhindern kann. Unter medizinischen Masken sind sogenannte chirurgische Masken und filtrierende Masken (FFP2) zu verstehen, die für den Einsatz im medizinischen Bereich zugelassen sind. Zu Beginn der Pandemie waren auch „Alltagsmasken“ in Gebrauch, die allerdings aus unterschiedlichen Geweben hergestellt und als Mund-Nasen-Bedeckung nicht standardisiert waren. Masken stellen eine Barriere dar, die die Verbreitung oder Aufnahme virushaltiger Tröpfchen verhindern kann, vorausgesetzt sie sitzen richtig und passen sich gut an das Gesicht des Trägers bzw. der Trägerin an. Das Tragen medizinischer Masken führt bei gesunden Menschen zu einer leichten Erhöhung des Atemwiderstandes und der Atemarbeit. Die dadurch veränderten Werte in Sauerstoff und Blut liegen im Normbereich und sind „ohne objektivierbare Relevanz für Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Betroffenen“ (Huppertz et al. 2021, 52 f). Erst nach mehrstündigem Tragen kommt es zu Unbehagen, Missempfindungen der Gesichtshaut oder Kopfschmerzen. Bei „körperlicher Anstrengung bis zur Belastungsgrenze“ (ebd., 53) sinkt die Leistungsfähigkeit. Wenn Menschen zum Tragen einer Maske gezwungen werden, kann das emotionalen Widerstand hervorrufen, da es als Eingriff in die Autonomie empfunden werden kann. Eine sachliche Information reicht oft nicht aus, um das Tragen einer Maske für zweifelnde Menschen akzeptabel zu machen. Wirksamer ist es, dies mit Empathie gegenüber vulnerablen Mitmenschen zu verbinden, die damit vor einer möglicherweise tödlichen Ansteckung geschützt werden können.

Kinder unter 10 Jahren sind nur gering an der Verbreitung des Virus beteiligt, dennoch haben einzelne Bundesländer auch bei ihnen die Nutzung von Masken empfohlen oder sogar vorgeschrieben. Eine sachgerechte Anwendung bleibt bei gesunden Kindern ohne relevante Nebenwirkungen. Allerdings sollten Kinder Masken nur im wachen Zustand tragen und in der Lage sein, den Schutz jederzeit selbst abnehmen zu können. Bei schweren Atemproblemen und bei Kindern unter zwei Jahren sollte von der Nutzung abgesehen werden. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Kinder „nach einer altersgemäßen Erklärung zu Funktion und Sinn des Tragens einer Maske

keine Probleme damit haben“ (ebd.). Bei Kindern über 10 Jahren geht man davon aus, dass sie in der Lage sind, Masken effizient zu nutzen. Bei einer hohen 7-Tage-Inzidenz in der Region oder im Kreis wird das Tragen von Masken bereits bei Grundschulern empfohlen, so lautet jedenfalls die Empfehlung der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene. „Für Kinder gibt es kaum Daten zu unerwünschten Wirkungen von Masken“ (ebd.). Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass die Fähigkeit zum Lesen der Mimik durch das Tragen einer Maske beeinträchtigt wird, was die soziale Interaktion stören könnte. Die Fähigkeit zum Deuten von Emotionen wird jedoch nicht ausschließlich durch die Mimik im Mund- und Nasenbereich bestimmt, eine große Rolle spielt dabei auch die Augenpartie. Weitere Faktoren sind Stimmgebung, Körperhaltung und Umgebungskontext (vgl. Freiberg et al. 2021, 1601). Dennoch kann es zu einer Verschlechterung der Verständigung kommen, da die Maske als Filter besonders für hohe Frequenzen der Sprache wirkt (Huppertz et al. 2021, 53). Generell können Kinder unabhängig von ihrer Altersgruppe das Tragen der Maske als „unangenehm, störend und subjektiv die Leistungsfähigkeit einschränkend erleben“ (ebd.), wie Erwachsene auch. Insofern kann es zu negativen, psychischen Folgen des Masketragens für Kinder und Jugendliche während der Covid-19-Pandemie kommen, was sich „in Form von Stresserleben, Ängsten, verschlechterter Stimmungslage, Konzentrationsschwierigkeiten und beeinträchtigtem Lernen“ (Freiberg et al. 2021, 1601) äußern kann. Über längerfristige Folgen des Masketragens bzgl. psychische Entwicklung, Sprachentwicklung, sozioemotionale Entwicklung und soziales Verhalten liegen bisher noch keine Forschungsdaten vor.

Neben der Verwendung von medizinischen Masken rät das Robert Koch-Institut bei Erkrankung an SARS-CoV-2 zur Isolierung der Betroffenen. Exponierte Personen sollten sich in Quarantäne begeben. Eine weitere Maßnahme ist das Einhalten von mindestens 1,5 m Abstand zu anderen Personen. Wie bereits in Kapitel 4 erläutert, wirkt sich die Abstandsregel signifikant auf die Durchführung von Gruppeninterventionen aus. Darüber hinaus gilt es weitere Abläufe und Strukturen neu zu regeln, beispielsweise die Nutzung gemeinsamer Aufenthaltsräume. Zur Vermeidung unnötiger Kontakte auf dem Flur und auf Treppen kann es sinnvoll sein, Wege auf dem Fußboden mit Klebestreifen zu markieren und Stühle bzw. Sitzgelegenheiten neu anzuordnen (vgl. DATPPP 2020, o.S.). Beachtet werden muss auch, wie viele Personen pro Raum maximal erlaubt sind, damit ausreichend Freifläche gegeben bleibt. Für das

Einhalten der besonderen Hygienevorschriften werden entsprechende Schulungen der Patient*innen empfohlen, ggf. unter Einbezug von Erziehungsberechtigten bzw. Bezugspersonen. Hierbei sollten das Waschen und Desinfizieren der Hände, das Husten und Niesen in die Armbeuge etc. vermittelt werden. Aus den Anfangsbuchstaben der deutschen Wörter für die drei wichtigsten Maßnahmen, nämlich Abstand, Hygiene und (Alltags-)Maske wurde zu Beginn der Pandemie das Akronym AHA gebildet, was später noch um ein „L“ für „Lüften“ ergänzt wurde. Darunter ist die regelmäßige Belüftung von Innenräumen zu verstehen, welche ebenfalls zu den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts gehört (vgl. Robert Koch-Institut 2022b, o.S.). Zur Infektionsprophylaxe war eine strikte Beachtung der „AHA-L“-Regeln zwingend notwendig. Sowohl das Personal als auch die Patient*innen sollen so gut wie möglich vor Ansteckung geschützt werden, weshalb die Einhaltung der aktuell geltenden Auflagen zur Infektionsprophylaxe strikt überwacht werden muss.

Unnötige oder risikohafte Sozialkontakte sollten vermieden werden, weshalb sich zeitweise nur noch Mitarbeiter*innen und Patient*innen in der Tagesklinik aufhalten durften. Vom Zugangsverbot betroffen waren außer den Angehörigen u.a. Techniker, Postboten, Transportdienst und Laborfahrer. Honorarkräfte und Praktikant*innen fielen ebenso aus wie Supervision. Die Vorgesprächsambulanz wurde in reduzierter Form und räumlich und personell vom Stationsleben getrennt angeboten. Teambesprechungen wurden verkürzt und mit reduzierter Teilnehmerzahl durchgeführt. Das Hauswirtschaftsspersonal erhielt modifizierte Reinigungspläne, Desinfektionsmittel musste in den Bereichen mit vielen Begegnungen in ausreichender Menge vorgehalten werden.

Bei Symptomen, wie z.B. Halsentzündung, Husten oder Fieber, blieben betroffene Mitarbeiter*innen und Patient*innen zuhause oder liessen sich ggf. testen und warten das negative Ergebnis zuhause ab. Unabhängig davon wurden im Stationsalltag in kurzen Intervallen routinemäßige Tests auf COVID-19 durchgeführt (vgl. DATPPP 2020, o.S.). Viele Tageskliniken setzten im Zuge der Pandemie unterstützend Medien ein, hauptsächlich allerdings Telefongespräche (vgl. DATPPP 2021, o.S.). Inwiefern das und oder auch die Möglichkeit der Online-Therapie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Betracht kommt, wird in Kapitel 5 erläutert werden.

4.2 Gruppentherapie zu Pandemiebedingungen

Die Auswahl der Kinder bzw. Jugendlichen für eine Gruppe erfolgt in der Regel sorgfältig. Im Idealfall besteht eine Therapiegruppe aus fünf bis sechs Kindern, denn bei einer größeren Zahl wird „die Gruppenatmosphäre mit Betriebsamkeit überladen, auch gibt es zuviel miteinander in Konflikt geratende Strömungen“ (Slavson 1972, 95). In Bezug auf Alter, Charaktereigenschaften und Fehlverhaltensweisen der Gruppenmitglieder ist die Ausgewogenheit wichtig. In diesem Sinn werden Kinder bzw. Jugendliche mit ähnlichem Entwicklungsstand ausgesucht, damit es um die Bewältigung gleicher Entwicklungsaufgaben geht und die Themen für alle Gruppenteilnehmer eine ähnliche Bedeutung haben. Ein Gleichgewicht lässt sich erreichen, wenn die Gruppe sich zu gleichen Teilen aus „aggressiven, aktiven, zurückgezogenen und durchschnittlichen Kindern“ (Slavson 1972, 101) zusammensetzt. Von Bedeutung ist auch eine möglichst ausgeglichene Mischung der Geschlechter. Damit eine Gruppe in ihren Beziehungen therapeutisch wirksam sein kann, ist es sinnvoll, bei der Zusammenstellung einen Altersunterschied von höchstens zwei Jahren zu berücksichtigen. Abweichend davon können auch etwas ältere oder etwas jüngere Kinder teilnehmen, wenn sie in den Kriterien emotionaler und sozialer Entwicklung sowie körperlicher Größe der sonstigen Gruppenzusammensetzung zugeordnet werden können. Nicht selten muss das kalendermäßige Alter als Hauptkriterium für die Eingruppierung hinter dem der Persönlichkeitsreife zurückstehen (vgl. Slavson 1972, 94 f).

Werden Kinder falsch eingestuft, haben sie Schwierigkeiten sich in der Gruppe zurechtzufinden. Beispielsweise werden übermäßig behütete Kinder oder Kinder, die aufgrund erheblicher Ängste auf frühinfantile Mechanismen zurückgreifen, von gleichaltrigen oder reiferen Kindern nicht anerkannt. In solchen Fällen ist davon auszugehen, dass sich das Fehlverhalten der falsch eingeordneten Kinder weiter verschlimmert, denn ihnen fehlen die Kompetenzen, sich angemessen in der Gruppe zu behaupten. Wenn diese Kinder wenig oder gar keinen Kontakt zu den anderen finden, reagieren sie womöglich mit Angst, Selbstaufgabe oder vermehrter Zurückgezogenheit. Bei unvorsichtiger Zusammenstellung einer Gruppe kann es außerdem passieren, dass das unerwünschte Verhalten einzelner Kinder bzw. Jugendlicher von den anderen übernommen wird und dadurch eine feindselige, destruktive Atmosphäre entsteht: „Es ist aber offensichtlich nicht im Sinne der Gruppentherapie, daß

die Kinder der Gruppe ausgerechnet die korrekturbedürftigen Verhaltensweisen annehmen“ (ebd., 97).

Heterogen zusammengestellte Gruppen entsprechen annähernd der Alltagsrealität, die die Patient*innen aus ihrer Heimatschule oder ihrer Freizeit kennen. Lediglich in spezifischen Gruppen für Kinder von z.B. suchtmittelabhängigen oder psychisch kranken Eltern hat sich die Arbeit in homogen zusammengestellten Gruppen bewährt (vgl. Aichinger/Holl 2010, 20). Selbst bei sorgfältigster Planung bleibt es aber schwierig, die Wirkung der Teilnehmer aufeinander sicher vorauszusagen. Für das Geschehen in der Gruppe ist selbstverständlich auch die Persönlichkeit des/der Gruppentherapeut*in von Bedeutung, dessen bzw. deren Aufgabe darin liegt, jedem einzelnen Kind und seinen Tätigkeiten Aufmerksamkeit zu schenken und darüber hinaus noch dessen Verhalten zu beobachten (vgl. Slavson 1972, 94 f). Die Gruppe sollte in ihrer Größe aber auch für die teilnehmenden Patient*innen überschaubar sein, damit diese die Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder erfassen und mit Mehreren gleichzeitig kommunizieren können (vgl. Aichinger/Holl 2010, 19 f).

Die sogenannte strukturniveaugemischte Gruppenpsychotherapie erscheint als ein „notwendiges und hilfreiches Behandlungsinstrument, um Unterschiede, die im täglichen Zusammenleben auf der Station deutlich werden, in einem geschützten und zeitlich klar definierten Raum thematisieren und damit integrieren zu können“ (Zajec 2016, 7). Der Begriff „Strukturniveau“ beschreibt den Level, auf dem bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften oder Fähigkeiten in die Persönlichkeit integriert sind, was bedeutet, dass sie von der Person als zu ihr selbst zugehörig anerkannt sind und von ihr gesteuert werden können. Damit die Teilnehmer*innen aus der Gruppensituation Nutzen ziehen können, sollte „die Stärke des einen Kindes die Schwäche des anderen sein“ (Aichinger/Holl 2010, 20). Modelllernen wird möglich, wenn „jedes Kind therapeutisches Agens des anderen sein kann“ (ebd.). In einer heterogenen Gruppe finden die Kinder unterschiedliche interpersonelle Lernmöglichkeiten, das gemeinsame Spielen, Tun, Reden und Denken lässt eine Reflexion über Prozesse und Ereignisse im Stationsalltag zu. Die Interaktion in der Gruppe ermöglicht darüber hinaus, eine Verbindung mit Problemen und Schwierigkeiten im normalen Alltag inner- und außerhalb der Station herzustellen (vgl. Zajec 2016, 7).

In der Realität einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Versorgungsauftrag lassen sich derart „perfekte“ Gruppen schon zu Nicht-

Pandemiezeiten selten zusammenstellen. Der therapeutische Prozess, der eigentlich aus den persönlichen Begegnungen und der Gruppendynamik erwachsen soll, wird aktuell durch die Corona-bedingten Umstände zusätzlich beeinträchtigt. Durch die Reduzierung der Zahl der Patient*innen, die sich zeitgleich pro Raum und Gebäude aufhalten dürfen, verringert sich der Spielraum, den man braucht, um eine Gruppe ausgewogen zu gestalten. Beispielsweise ist es schwierig, Gruppen altersangemessen zu besetzen, wenn es auf der Station nur noch je zwei Patient*innen derselben Altersstufe gibt. Im Alltag der Behandlung sollte eigentlich das Vorhandensein diverser Zwischenformen bzw. Übergangsstadien in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen anerkannt werden: „In turbulenten Zeiten kommt es zu einem Rückgriff auf frühere Formen des Erlebens, einer Nutzung der entlastenden Wirkung der Regression, ohne dass von Krankheit die Rede sein kann“ (Zajec 2016, 7). Gruppentherapie kann als Raum verstanden werden, der Regression fördert. Aufgabe der Gruppenleitung ist es, hinsichtlich der zu setzenden Interventionen bei der Einschätzung der einzelnen Teilnehmer darauf zu achten, wer gerade was braucht und welches Regressionsniveau für wen gerade noch verträglich ist (vgl. ebd., 9). In der Behandlungspraxis zu Pandemiebedingungen bleibt aber häufig nur die Möglichkeit, bei der Zusammensetzung einer Gruppe nach dem Ausschlussprinzip zu entscheiden.

Heterogen zusammengestellte Gruppen bringen in der Regel heterogene Themen hervor, was immer wieder neue Anregungen mit sich bringt. Es entsteht ein breites Feld für „vielfältigere soziale Erfahrungs- und Lernspielräume“ (ebd., 10). Die Interaktion zwischen Personen mit unterschiedlichen strukturellen Möglichkeiten bietet eine große Variationsbreite an Auslösern für soziales Lernen, da sich Spannungen oder Unzufriedenheit je nach Strukturniveau zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten bemerkbar machen. In der Heterogenität mag ein Vorteil liegen, als Risiko muss aber im Blick behalten werden, dass gewisse Patient*innen womöglich „auf der Strecke bleiben“, da sie „in so kurzer Zeit keine ausreichende Bindung aufbauen können, sich nicht an einem interaktiven Arbeitsprozess beteiligen und so nicht verstehen können, was bei anderen vor sich geht“ (ebd., 9). Demgegenüber steht der Nutzen des Modelllernens bzw. der stellvertretenden Erfahrung. Auch aus der reinen Beobachtung eines Modells heraus ist Lernen möglich, vorausgesetzt die Person, die beim Handeln beobachtet wird, ist der eigenen ähnlich (z.B. in ihren Fähigkeiten, ihrem Alter etc.). Wenn durch die Beobachtung Rückschlüsse auf die eigene Kompetenz

gezogen werden können, lassen sich neue Reaktionen erlernen oder alte Reaktionen modifizieren (vgl. Ahrens, Hans-Joachim et al. 2000, o.S.).

In Mischungsverhältnissen können also auch Chancen liegen. Tatsache ist, dass in der Gruppentherapie zu Pandemiebedingungen viele Kompromisse eingegangen werden müssen. Die Patientinnen leiden unter den „verringerten Trainingsmöglichkeiten sozialer Integration“ (DATPPP 2021, o.S.). Soziale Erprobung kann, wenn überhaupt, nur in Kleingruppen stattfinden. Gerade kleine Therapiegruppen sollten aber möglichst realistische Ziele verfolgen. Einige wichtige Ziele bestehen in diesem Zusammenhang darin, „Patienten in den Therapieprozess einzubinden (horizontal und zeitlich) und den Patienten zu zeigen, dass reden hilft, dann ihre Probleme zu erkennen und die einweisungsbedingte Angst abzubauen“ (Yalom 2005, 88). Aus der Sicht eines interdisziplinär tätigen Teams, das sowohl von einem sozialpsychiatrischen als auch psychodynamischen Grundverständnis geprägt ist, geht mit der Einschränkung der Gruppentherapie jedoch ein wertvoller Teil der Gesamtbehandlung verloren. Schließlich bestimmen die gruppenspezifischen Prozesse der Patient*innen wie auch die des Teams zu Nicht-Pandemiezeiten maßgeblich das therapeutische Milieu.

5. Innovative Behandlungsmethode: Online-Psychotherapie

Schon vor Ausbruch der Pandemie war festzustellen, dass immer mehr Menschen in Deutschland aufgrund von psychischen Erkrankungen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Hinsichtlich der Behandlung psychischer Störungen ist eine Versorgungslücke entstanden, die das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellt. Internetgestützte Interventionen bieten grundsätzlich die Chance, Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, vorausgesetzt sie basieren auf wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Techniken und erfüllen Sicherheitsstandards. Derzeit wird vermehrt auf digital unterstützte Therapien zurückgegriffen, um das Infektionsrisiko durch das Coronavirus zu verringern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. DGPPN 2022, o.S.)

Die aktuelle Corona-Krise hat im Bereich der Online-Psychotherapie eine absolute Trendwende herbeigeführt. Das moderne Praxis- und Forschungsfeld E-Mental-Health besteht bereits seit rund 20 Jahren, ist aber von Beginn an sehr kontrovers diskutiert worden. Bis vor kurzem debattierten Befürworter und Gegner heftig, „ob Psychotherapie im Online-Setting überhaupt lege artis sei“ (Eichenberg 2021a, 181)

und in diesem Rahmen eigentlich eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden könne. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverbandes beschlossen im Zuge der Pandemie am 25.03.2020, dass eine Psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Gespräche für die Zeit der Pandemie nun auch per Videotelefonat durchzuführen sind (vgl. ebd.). Insbesondere Quarantäne-Patienten waren gar nicht anders zu versorgen und älteren Menschen das Risiko einer Ansteckung auf dem Weg in eine Praxis nicht zuzumuten. Außer Videosprechstunden dürfen auch Telefonbehandlungen abgerechnet werden, um die Patient*innen zu erreichen, die nicht über die technischen Voraussetzungen verfügen oder keine technischen Kompetenzen besitzen. Die gesetzliche Auflockerung des traditionellen Face-to-face-Settings galt allerdings zunächst befristet. Aufgrund des dynamischen Geschehens der Covid-19-Pandemie wäre es jedoch von Vorteil, die Telefon- und Video-basierten Behandlungen auch mittel- bis langfristig möglich zu machen, damit Psychotherapeut*innen und Patient*innen die Sicherheit haben, länger darauf zurückgreifen zu können. Ein ständiger Wechsel des Settings könnte sich negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken. Zumindest sollte die Möglichkeit bestehen, eine einmal erfolgte Umstellung des Settings gegebenenfalls bis zum Ende der Therapie beizubehalten (vgl. ebd., 182).

E-Health ist ein Begriff, der als Schlagwort eigentlich alles charakterisiert, was mit Computern und Medizin zu tun hat. Darunter zu verstehen sind alle „Informations- und Kommunikationstechnologien, die der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung im Gesundheitswesen dienen“ (ebd., 183). E-Health als aufstrebendes Gebiet bezieht sich auf „Gesundheitsdienste und -informationen, die über das Internet und verwandte Technologien bereitgestellt oder verbessert werden“ (Eysenbach 2001, o.S.). Im Laufe der Jahre hat sich das Feld weiter ausdifferenziert. „E-Mental-Health“ umfasst die Nutzung digitaler Medien, die in verschiedenen Phasen psychischer und psychosomatischer Erkrankung dazu beitragen können, Symptome zu lindern oder Belastungen zu reduzieren. E-Mental-Health-Produkte können beispielsweise der universellen und gezielten Prävention für Risikogruppen dienen, als psychotherapeutische Internet-Intervention zur Überbrückung von Wartezeiten, als Ergänzung herkömmlicher Methoden oder als Rückfallprophylaxe nach einer Behandlung (vgl. DGPPN 2022, o.S.). Entsprechend breit und unüberschaubar ist die Vielfalt an Angeboten zur Behandlung psychischer

Beschwerden im Internet. Für die ambulante Psychotherapie in der Corona-Krise sind nur einige digitale Szenarien unmittelbar relevant (vgl. Eichenberg 2021b, 196).

Es gibt reine Online-Therapien, bei denen es sich um selbstgesteuerte Interventionsprogramme handelt, die auf einem festgelegten Behandlungsprotokoll basieren. Unterschieden werden muss hier in verschiedene Stufen dieser Programme, denn es gibt sie in angeleiteter Form unter Mitwirkung von Therapeut*innen oder als nichtangeleitete Interventionen, die von den Patient*innen völlig selbstständig durchgeführt werden. „Stand-alone-Anwendungen können von Patienten unabhängig von einer klassischen Therapie genutzt werden“ (Rubeis/Steger 2019, 497). Bei einer angeleiteten Online-Psychotherapie absolvieren die Patient*innen über mehrere Wochen Module, zu denen sie unterstützend Informationen und Feedback von einem bzw. einer Psychotherapeut*in erhalten. Der Kontakt wird z.B. per E-Mail, Telefon oder Kurznachrichtendienst aufrechterhalten. Die Konzeption solcher „Minimal-contact“-Angebote hat sich insbesondere in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen als therapeutisch effektiv erwiesen, hier ist sie von solider empirischer Evidenz. Mittlerweile gibt es entsprechende Angebote aber zu fast allen Problem- und Störungsbereichen (vgl. Eichenberg 2021a, 183 f). Onlinetherapien können als „Remote-Therapien“ auch ausschließlich per Telefon oder per Videokonferenz stattfinden. Die Lockerung der gesetzlichen Bestimmungen in der Corona-Krise ermöglicht zudem neue Behandlungen zu initiieren, z.B. mit Patient*innen, die zuvor noch nicht persönlich in der psychotherapeutischen Praxis vor Ort gesehen wurden (vgl. ebd., 184).

Neben Stand-alone-Anwendungen gibt es den Ansatz der „Blended therapy“. Hierbei wird die traditionelle Face-to-face-Behandlung mit Internet- und mobilgestützten Interventionen (IMIs) kombiniert. Die Anwendungen werden in den persönlichen Kontakt zwischen Patient*in und Therapeut*in integriert. Die IMIs können in synchroner Form, z.B. mit Hilfe audiovisueller Chats, zur Kommunikation eingesetzt werden. Darüber hinaus können Therapeut*innen auch asynchron per E-Mail oder SMS beispielsweise Anleitungen zum Selbstmanagement oder Informationen zum Therapieverlauf senden. Das bestehende Angebot ist sehr vielseitig, allgemein können die Interventionen in „Aktivitätsmonitoring, Erinnerungs- Feedback- und Verstärkungsautomatismen, Expositionsbehandlung sowie Selbsthilfelektionen“ (Rubeis/Steger 2019, 497) bestehen. Mit entsprechenden Apps können Patient*innen Aufgaben erledigen,

Tagebuch führen oder selbst Symptome aufzeichnen. Im Sinne der Blended therapy ist unter einer „integrierten Intervention“ beispielsweise zu verstehen, dass IMIs gleichzeitig mit der Therapie eingesetzt werden. So gewonnene Daten können in die Behandlung einfließen. Von einer „sequenziellen Intervention“ spricht man, wenn IMIs als Vor- oder Nachbereitung der Therapie eingesetzt werden (vgl. ebd., 498).

„In Zukunft sollte es nicht mehr darum gehen, ob internetbasierte Interventionen angemessen und hilfreich sind, sondern vor allem darum, wo und wie sich beide Formen der Intervention in der Versorgung sinnvoll ergänzen“ (Hautzinger/Fuhr 2017, 95). Nichtangeleitete Interventionen können z.B. einen ersten Behandlungsschritt darstellen und zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen. Setzt man sie als Frühintervention im Rahmen einer gestuften Versorgung ein, können traditionelle Therapieformen später an die digital vermittelten Inhalte anknüpfen (vgl. Rubeis/Steger 2019, 498). Auch andere Lücken im Versorgungssystem können sinnvoll mit Onlineangeboten gefüllt werden. Beispiele hierfür wären unter anderem die stationäre Nachsorge und die Behandlung von Personen mit unterschwellig ausgeprägter Symptomatik. Gemäß der S3-Leitlinie zur Depression werden bei leichten Episoden niedrigschwellige Angebote wie z.B. internetbasierte Interventionen empfohlen (vgl. Hautzinger/Fuhr 2017, 95).

Im niedrigschwelligen Zugang zu Versorgungsangeboten ist der zentrale Nutzen von IMIs zu sehen. Festgehalten werden muss, dass sich die meisten Angebote an Patient*innen mit leichten psychischen Störungen richten (vgl. Rubeis/Steger 2019, 499). Ein Vorteil der internetbasierten Psychotherapie liegt in der „raschen, globalen, zeit- und ortsunabhängigen Verfügbarkeit“ (Hautzinger/Fuhr 2018, 95). Der Zugang ist nicht nur niedrigschwellig, sondern auch anonym und dadurch weniger stigmatisierend als bei traditionellen Interventionsformen. So lassen sich auch Menschen erreichen, deren psychische Störungen – womöglich auch in schwerer Form – sonst unbehandelt blieben. Darüber hinaus zeigt sich im Hinblick auf die Kosteneffizienz, dass IMIs Behandlungskosten und stationäre Aufnahmen verringern. Angesichts der Knappheit von Therapieplätzen kann mithilfe von Onlineangeboten ferner „ein Allokationsproblem gelöst werden, was die Gerechtigkeit in der Versorgung psychischer Störungen fördert“ (Rubeis/Steger 2019, 500).

Internet- und mobilgestützte Interventionen bieten die Möglichkeit der individuellen Dosierung, da die Patient*innen selbst bestimmen, wann und wie sie die Angebote

nutzen. Die freie Entscheidung bzgl. Häufigkeit und Tempo bedeutet einen Zuwachs an Selbstbestimmung. Patienten erleben die Beziehung zum Therapeuten dadurch eher partnerschaftlich, Adhärenz und Vertrauen nehmen zu (vgl. ebd.). Die Begleitung von Online-Therapien stellt jedoch zusätzliche Anforderungen an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. In der Behandlungspraxis bedeutet das neben der entsprechenden technischen Ausstattung auch die Schulung von Personal, eine Umstellung der Organisation, usw. (vgl. Hautzinger/Fuhr 2018, 95). Die Herausforderung besteht auch auf Seiten der Patient*innen, denn nicht alle Menschen sind technikaffin. Vor allem ältere Personen lehnen das Online-Setting womöglich ab, auch bei einem dringendem Therapiebedarf.

In den meisten Fällen haben Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen in laufenden Therapien in der akuten Phase der Corona-Krise nur per (Video-) Telefonie weiterbehandelt. Telefonkontakte sind allgemein niederschwellig und leicht zu bewältigen und finden eine größere Akzeptanz als z.B. Videokonferenzen. Von Seiten der Psychotherapeutenkammer und der Fachverbände wurden in der akuten Situation des Lockdowns im Frühjahr 2020 eilig Handzettel zusammengestellt, die die wichtigsten Regeln zur Durchführung von Psychotherapie per Videotelefonie vermitteln sollten. Die Umstände erforderten zumindest basale Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, um im Online-Setting behandeln zu können (vgl. Eichenberg 2021a, 185). Im folgenden Kapitel sollen die Empfehlungen und Regeln für die Umsetzung insbesondere von Videotelefonie-Sitzungen betrachtet werden.

5.1 Videotelefonie als psychotherapeutisches Setting

Die Tatsache, dass sich mit der Corona-Krise die kritische Haltung vor allem der psychosozialen Berufsgruppen plötzlich verändert hat, bedeutet nicht, dass unabdingbare Qualitätskriterien außer Kraft gesetzt sind. Ein Mindestmaß an Fort- und Weiterbildung ist notwendig, um die Eigenheiten digitaler Kommunikation zu vermitteln. Um verantwortungsvoll therapeutisch im digitalen Raum tätig sein zu können muss ein Bewusstsein dafür entwickelt werden, dass sich Interventionen aus dem Face-to-Face-Kontext nicht eins zu eins in die verschiedenen Medien übertragen und adaptieren lassen (vgl. Kühne/Hintenberger 2020, 34). Darüber hinaus müssen selbstverständlich Datenschutzvorgaben eingehalten werden. So sind z.B. nur zertifizierte Videotelefonie-Programme zugelassen, außerdem muss dem/der Therapeut*in vor der ersten Sitzung eine schriftliche Einwilligungserklärung des/der Patient*in vorliegen

(vgl. Eichenberg 2021a, 187). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) empfiehlt in ihrer Praxis-Info vom September 2021 des Weiteren, Videobehandlungen nur in Praxisräumen durchzuführen, die vom privaten Lebensbereich getrennt sind. Die Räume müssen eine vertrauliche und störungsfreie Kommunikation ermöglichen, das Gespräch darf nicht von Dritten mitgehört werden. Ein bedeutender Unterschied zur Face-to-Face-Situation besteht darin, dass in der Videotherapie nur ein bestimmter Ausschnitt des Kommunikationsgeschehens übermittelt wird. Viele Informationen bleiben verdeckt bzw. werden nicht wahrgenommen, beispielsweise ein Wippen der Füße oder nervös spielende Hände (vgl. Kühne/Hintenberger 2020, 39). Symptome wie z.B. psychomotorische Unruhe sind in videobasierter Therapie nur schwer zu eruieren. Augenkontakt ist nur indirekt möglich, sofern die Kommunikationspartner*innen in die Kamera oder auf den Bildschirm schauen. Das ständige Fixieren des Bildschirms kann die Konzentration von den Gesprächsinhalten hinweg führen und auf Dauer ermüdend sein.

Selbst bei sorgfältiger Vorbereitung in Form von guter Ausleuchtung, Beachtung eines neutralen und reizarmen Hintergrundes und geschickter Platzierung der Kamera, bleibt das ungewohnte Setting anfällig für Störungen. Instabile Internetverbindungen und daraus resultierende Tonaussetzer und Sitzungsabbrüche können den psychotherapeutischen Prozess behindern (vgl. Stricker/Lukies 2021, 310). Nicht alle Herausforderungen und möglichen Probleme lassen sich im Vorfeld ausschließen. Wichtig für eine gelingende videobasierte Psychotherapie ist, dass Therapeut*in und Patient*in sich der Unterschiede zur traditionellen Therapieform bewusst sind. Die Reflexion darüber, dass eine Videobehandlung keine Face-to-Face-Behandlung, sondern vielmehr ein „Camera-to-Camera-Kontakt“ (Kühne/Hintenberger 2020, 39) ist, schließt aber letztlich auch nicht die Grenzverletzungen aus, die häufig unbewusst passieren. Ein Aufweichen der Settingregeln ist beispielsweise dann gegeben, wenn der/die Therapeut*in für die Videositzung das Wohnzimmer nutzt, Familienangehörige durchs Zimmer laufen oder der/die Patient*in vor dem Bildschirm eine Mahlzeit einnimmt.

In den Empfehlungen zur Durchführung videobasierter Psychotherapie, u.a. auch von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Interessengruppe E-Health, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie), fehlen behandlungstechnische Hinweise zum digitalen Medieneinsatz. Die jeweiligen Methoden der

Therapieverfahren müssen jedoch an das Videosetting angepasst werden. Psychoanalytische Behandlungen werfen dabei völlig andere Fragen auf als verhaltenstherapeutische Interventionen (vgl. Eichenberg 2021a, 188). Unklar bleibt auch, wie Behandlungssettings digital umgesetzt werden können, die die Interaktion mehrerer Beteiligten erfordern, denn Gruppenpsychotherapien oder systemischen Therapien erfordern besondere technische Voraussetzungen (vgl. Stricker/Lukies 2021, 310). Die Entscheidung, ob in einer psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz digitaler Medien „indikativ oder kontraindikativ“ (Eichenberg 2021a, 189) ist, muss im Einzelfall entschieden werden: „Nicht alle Personen können gleichermaßen von einer Online-Intervention profitieren“ (Eichenberg/Hübner 2020, 249). Von Bedeutung ist beispielsweise, ob mit dem/der spezifischen Patient*in ein Beziehungsaufbau auch per Videotelefonie gelingen kann. Wie bereits in Kapitel 3.1.1 dieser Arbeit erörtert, gilt die therapeutische Beziehung als essenzieller Faktor hinsichtlich des Therapieerfolges. Speziell zur Videobehandlung durchgeführte Studien unterstützen die Annahme, „dass die therapeutische Beziehung sowohl hinsichtlich der Bindung als auch der wahrgenommenen Präsenz vergleichbar der Vor-Ort-Behandlung ist“ (Simpson/Reid 2014, zit.n. Hartmann-Strauss 2020, 5). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie von Germain et al. (2010), speziell zur videobasierten Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Auch hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Therapiebeziehung, interessanterweise schätzten die Patient*innen die Behandlung insgesamt besser ein als die Therapeut*innen. Eine Studie von Steel et al. (2011) erbrachte darüber hinaus das Ergebnis einer höheren Akzeptanz von Seiten der Patient*innen für diese Behandlungsform, verglichen mit den Therapeuten (vgl. Hartmann-Strauss 2020, 6). Zusammenfassend widersprechen die bisher durchgeführten Studien zur Onlinepsychotherapie der Idee, „dass eine physische Kopräsenz von Therapeut und Patient im gleichen Raum gegeben sein muss, um eine therapeutische Allianz zu entwickeln“ (ebd.).

Im Gegensatz zur gewohnten Kommstruktur bleibt der/die Klient*in während der Onlinepsychotherapie in seinen bzw. ihren eigenen Räumlichkeiten, weshalb die Beziehung zum/zur Therapeut*in als ausgeglichener wahrgenommen werden kann. Das Videosetting scheint dadurch zunächst ein mehr an Sicherheit und Begrenzung zu bringen. Physische Übergriffe sind bei virtuellen Treffen ausgeschlossen und die Möglichkeit, aus der Sitzung schnell aussteigen zu können, garantiert eine hohe Kontrolle über die Situation. Die physische Distanz kann das Ausmaß der Selbstöffnung

ggf. erhöhen, weil es in der Intimität des eigenen Heims eventuell leichter fällt, mehr Einblicke zu gestatten und prekäre Themen anzusprechen. Dieses Geschehen kann aber auch Stress oder Scham auslösen, was folgende Kontakte im Verlauf der Therapie erschweren kann. Die Tatsache, dass der/die Patient*in den/die Therapeut*in bei sich zuhause empfängt, kann außerdem dazu führen, dass die Sitzung von ihm bzw. ihr als Kontrolle und Begrenzung der eigenen Freiheit erlebt wird (vgl. ebd., 54). Von Seiten des/der Therapeut*in gelten im Online-Setting selbstverständlich die bestehenden ethischen Richtlinien professionellen Handelns (vgl. Eichenberg/Hübner 2020, 249). Mit entsprechender Sensibilität bzgl. der oben angeführten Aspekte kann im Rahmen einer Onlinepsychotherapie durchaus eine stabile und positive therapeutische Beziehung aufgebaut werden (vgl. Eichenberg 2021a, 185).

Die meisten der bisher untersuchten online basierten Therapien basierten auf kognitiv-behavioralen Vorgehensweisen (vgl. Hartmann-Strauss 2020, 65). Sowohl Erwachsene als auch Kinder können von digitalen Behandlungsformen profitieren, nur bezüglich der Wirksamkeit bei älteren Menschen besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Es ist davon auszugehen, dass sich Videotherapie bei Störungen, „die z.B. durch eine stark eingeschränkte Aufmerksamkeit und Konzentration oder herausfordernde Interaktionsmuster gekennzeichnet sind“ (Stricker/Lukies 2021, 310), schwierig gestaltet. Unklar ist auch, inwieweit Menschen mit schweren psychischen Störungen wie z.B. Bipolarer Störung oder Psychosen aus digitalen Behandlungsformen Nutzen ziehen können. Sinnvoll ist auf jeden Fall, Patient*innen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung eine unmittelbare stationäre Behandlung zu ermöglichen (vgl. ebd.). Das folgende Kapitel wird beschreiben, inwieweit sich Online-Psychotherapie bzw. Videotelefonie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einsetzen lässt.

5.2 Chancen und Risiken im Kontext von Kinder- und Jugendpsychotherapie

Schon seit Jahren liegen für den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie zahlreiche empirische Studien zu Machbarkeit und Wirkung von Online-Psychotherapien vor. Der Bedarf der Entwicklung und Erforschung von Online-Angeboten insbesondere für Kinder und Jugendliche ist dagegen noch lange nicht gedeckt (vgl. Hiery et al. 2020, 406; Sindelar 2021, 197). Das verwundert, da vor allem Jugendliche eine „einerseits für psychische Störung besonders gefährdete Gruppe darstellen und andererseits als

Zielgruppe für Online-Interventionen prädestiniert sind“ (Hiery et al. 2020, 406). Digitale Medien bieten Chancen in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung und haben in diesem Zusammenhang mit der Corona-Krise an Bedeutung gewonnen. Zurzeit besteht die Notwendigkeit, „die Jüngsten unserer Gesellschaft in dieser Krisensituation zu unterstützen und dabei insbesondere die, die ihr im Zustand der behandlungsbedürftigen psychischen Störung ausgesetzt sind“ (Sindelar 2021, 198). In Anbetracht dieser Tatsache sind die Befindlichkeiten von Psychotherapeut*innen gegenüber den Medien Computer und Internet als nachrangig anzusehen. Die Skepsis gegenüber dem Einsatz digitaler Medien im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gründet zum einen auf Bedenken, durch Online-Psychotherapie speziell mit Jugendlichen die Entwicklung einer Computer- oder Internetsucht zu befördern. Zum anderen treten in diesem Kontext Unsicherheiten der Therapeut*innen bezüglich der eigenen Medienkompetenz zutage. Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, gibt es auch Vorbehalte im Hinblick auf die Datensicherheit von Videotelefonie. Mit Beginn des ersten Lockdowns stellte sich die Frage, ob der Einsatz von (Video-)Telefonie grundsätzlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu befürworten oder abzulehnen ist, nicht länger – denn hierin lag die einzige Möglichkeit, eine psychotherapeutische Behandlung weiterzuführen (vgl. ebd.). Dabei kam es vielerorts nicht zu gut durchdachten und geplanten Online-Interventionen mit entsprechender Vorbereitungszeit. Vielmehr handelte es sich um „rasch implementierte Ersatzstrukturen ohne entsprechende Rahmenbedingungen“ (Haslinger et al. 2021, 125).

Eine österreichische Studie widmete sich der Analyse einer Befragung von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialbereichs, die während des ersten Lockdowns Telefon und Onlinemedien zur Sicherstellung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nutzten. Als negative Aspekte der distanzierten Behandlung wurden die veränderten Rahmenbedingungen und das Fehlen des persönlichen Kontaktes beschrieben. In der Folge sei es bezüglich Beziehung, Inhalt und Methodik usw. zu Auswirkungen auf die Behandlung gekommen. Positiv hervorgehoben wurden dagegen insbesondere Kontinuität, Flexibilität und Anonymität des veränderten Settings (vgl. ebd., 124). Viele Interviewteilnehmer*innen nannten klare Vorzüge hinsichtlich der Video- oder Sprachtelefonie, dagegen fanden Email und Messenger-Dienste als Kommunikationsmedium seltener ihren Einsatz. Eine Studie des Universitätsklinikums Ulm untersuchte explizit die Akzeptanz der Videotherapie aus der Sicht von allen Beteiligten, nämlich von Patient*innen, Sorgeberechtigten und

Therapeut*innen. Neben der Frage nach der Gestaltung einer angemessenen therapeutischen Beziehung ist Gegenstand dieser Studie, inwieweit verhaltenstherapeutische Inhalte vermittelt werden können und es möglich ist, diese hinsichtlich des Umganges mit Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen in den Alltag zu transferieren (vgl. Bernheim/Fegert/Sukale 2021, 343). Beide oben genannten Studien verweisen auf die besonderen Kommunikationsbedingungen einer digitalen Therapie. Die erschwerte Erfassung von Mimik und Gestik führe beispielsweise zu Problemen, Emotionen wahrzunehmen und diese richtig einzuschätzen. Die ganzheitliche Wahrnehmung werde dadurch beeinträchtigt (vgl. Haslinger et al. 126). Technisch bedingte Verzerrungen würden zu Problemen führen, eine gemeinsame Realität zu erfahren. Ferner sei es durch die räumliche Distanz schwierig, Missverständnisse zu korrigieren (vgl. Bernheim/Fegert/Sukale 2021, 342). Das physische Miteinander fehle, obwohl Patient*innen vielfach beschreiben, dass auch durch die Videotherapie „ein Gefühl von Wärme und Bindung entstehen könne und dass eine von der Therapeuten-seite ausgehende Empathie spürbar sei“ (ebd.).

Therapeut*innen bewerten in ihrer Wahrnehmung digitale Angebote häufig schlechter als ihre Patient*innen. Das mag nicht zuletzt an Unsicherheiten zum Verhalten im Online-Setting liegen, sowie generell an dem mangelnden Komfort im Zusammenhang mit der Technologie (vgl. ebd. 342). Vor allem hinsichtlich der Vermittelbarkeit verhaltenstherapeutischer Methoden zeigen sich Therapeut*innen deutlich kritischer als deren Patient*innen und Bezugspersonen, bezüglich der therapeutischen Beziehung stimmen aber alle befragten Personengruppen darin überein, dass diese „auch unter den Bedingungen einer Videotherapie möglich sei und völlig zufriedenstellend etabliert werden könne“ (ebd., 345). Auch Studien aus der Zeit vor Corona belegen, dass sich im Videosetting eine tragende therapeutische Arbeitsbeziehung aufbauen lässt, die dem Vergleich mit der therapeutischen Beziehung bei Face-to-facej-Angeboten standhält. Die Studie aus Österreich, die ausschließlich behandelnde Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialbereichs befragte, konstatiert dagegen in ihrem Ergebnis Veränderungen im Behandlungsverlauf und in der Beziehungsgestaltung. Vor allem der Vertrauensaufbau und die Beziehungsarbeit im Umgang mit Klient*innen, die zuvor noch nie persönlich getroffen werden konnten, wurden im Telefon- und Videokontakt als problematisch geschildert. Behandlungsverläufe hätten sich auch insbesondere dann schwierig gestaltet, wenn bei Umstellung des Behandlungssettings noch wenig Beziehungsarbeit erfolgt war und von Seiten eines Jugendlichen

nicht viel Behandlungsmotivation vorlag: „Beziehungsfördernde, handelnde, eventuell auch fürsorgliche Gesten konnten nur eingeschränkt stattfinden“ (Haslinger 2021, 126). Die Spontaneität, die in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oft hilfreich ist, sei nur bedingt möglich gewesen. Bewährte Methoden der bisherigen Behandlung, beispielsweise Arbeitsblätter oder kreative Möglichkeiten, ließen sich nicht einsetzen. Beim Umgang mit Material und allgemein bei konkreten Übungen könne in einem Online-Angebot lediglich verbal interveniert werden (vgl. ebd.).

In der österreichischen Studie wurde von den Teilnehmer*innen inhaltlich eine Veränderung ihrer therapeutischen Arbeit wahrgenommen, sie berichteten davon, im Online-Kontext weniger konfrontativ gearbeitet zu haben. Verhaltensexperimente im Sinne eines Ausprobierens in der Lebensrealität seien nicht zu initiieren gewesen und soziale Kompetenz in Zeiten von Corona ein ohnehin schwieriges Thema. Schulische oder soziale Ängste schienen den Klient*innen weniger präsent gewesen zu sein. Bestimmte Themen seien explizit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden, wenn persönliche Begegnungen wieder möglich wären (vgl. Haslinger et al. 2021, 127). Zu Zeiten des Lockdowns verbrachte ein Großteil der Haushaltsmitglieder ihre Zeit in den eigenen vier Wänden, was Auswirkungen auf die Privatsphäre aller Beteiligten hatte. Das Bemühen der Therapeut*innen, einen geschützten Rahmen für ein Onlinesetting zu schaffen, stieß häufig an Grenzen. Fehlende Rückzugsmöglichkeiten in Ermangelung räumlicher Ressourcen konnten zu Unklarheit darüber führen, wer sich gerade alles im Raum befand. Das zu Beginn einer Behandlungseinheit hergestellte Setting konnte teils nicht aufrechterhalten werden, da die Verwendung eines digitalen Mediums (z.B. Handy, Tablet) rasche Wechsel des räumlichen Umfeldes ermöglichte (vgl. ebd.). Die Therapeut*innen berichteten von positiven wie negativen Erfahrungen. Beispielsweise sei es einigen Patient*innen im gewohnten Umfeld besser möglich gewesen, sich auf die Therapie zu fokussieren. Videotherapie erweise sich aber als weitgehend ungeeignet, um mit jüngeren, oppositionellen Kindern sinnvoll zu arbeiten (vgl. Bernheim/Fegert/Sukale 2021, 344). Bemerkte wurde auch, dass der Austausch mit Personen, die nur unzureichend Deutsch sprechen, sich im Setting der (Video-)Therapie ausgesprochen schwierig gestaltete. Gespräche mit Dolmetscher*innen konnten pandemiebedingt nur eingeschränkt stattfinden (vgl. Haslinger et al. 2021, 127).

Digitale Kommunikationsmedien spielen im Alltag von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle und werden von ihnen in fast allen Lebensbereichen intensiv genutzt (vgl. Zagorscak/Knaevelsrud 2019, 245). Abseits dessen fiel in der österreichischen Studie auf, dass vor allem Jugendliche die angebotenen Kommunikationsmittel häufig ablehnten. In diesem Zusammenhang kann von einer Art „Übersättigung“ ausgegangen werden, denn die Klient*innen dieses Alters gestalteten schließlich ihren gesamten schulischen Alltag zu Corona-Zeiten über Online-Medien und konnten auch mit ihren Freunden nur virtuell in Kontakt treten. Eine andere Hypothese lautet, dass die digitale Welt als die der Jugend verstanden wird, in der ein „Eintreten“ der Institution Kinder- und Jugendpsychiatrie unerwünscht ist (vgl. Haslinger et al. 2021, 129). Aus Sicht der Therapeut*innen sinkt mit zunehmendem Alter der Patient*innen die Akzeptanz der digitalen Therapieform. Im Kontakt zu Jugendlichen wird vermehrt der Wunsch geäußert, therapeutische Techniken mit „höherem Komplexitätsgrad ‚face-to-face‘ zu vermitteln beziehungsweise auch die Beziehung ‚face-to-face‘ zu pflegen“ (Bernheim/Fegert/Sukale 2021, 346). Telefon- und Videogespräche werden insgesamt von Klient*innen als weniger verbindlich angesehen und Termine für Sitzungen häufig vergessen. Wenn beispielsweise Jugendliche zum vereinbarten Zeitpunkt nicht erreichbar sind, kann der/die Therapeut*in nicht genau einschätzen, woran es liegt. Denkbar ist schließlich auch ein technisches Problem. Von Seiten der Therapeut*innen wird die Vermutung geäußert, dass für die Patient*innen der Weg in die Praxis die Verbindlichkeit des Gesprächs erhöht (vgl. Haslinger et al. 2021, 128). Kinder wie auch Jugendliche bezeichneten Videotherapie der Ulmer Studie zufolge insgesamt als „entspannt“, was als Haltung von den Bezugspersonen bestätigt wurde (vgl. Bernheim/Fegert/Sukale 2021, 345).

Die Möglichkeit, durch die Verwendung von Telefon und Online-Medien ein kontinuierliches Kontakt- und Beziehungsangebot aufrecht zu erhalten, verfügbar zu sein und somit eine weitere Versorgung gewährleisten zu können, wurde von den Teilnehmer*innen der österreichischen Studie als wesentlich angesehen. Die Balance zwischen einer Erreichbarkeit und einer Abgrenzung im Homeoffice zu erlangen schien den Behandler*innen aber schwer zu fallen (vgl. Haslinger et al. 2021, 129). Die digitale Behandlung wurde mehrheitlich als „anstrengend“ beschrieben, vor allem der intensive und ununterbrochene Augenkontakt während der Videotelefonie sei fordernd. Das „Halten der Aufmerksamkeit bei gleichzeitig höherer Neigung zur Ablenkbarkeit“ (ebd., 127) sei schwierig. Die Möglichkeit der Krisenintervention über Online-

medien bzw. Telefon wurde mehrfach als Vorteil gewertet. Das Videosetting ermöglicht demnach ein hilfreiches Wirken innerhalb der Familie. So hätten in Krisensituationen beispielsweise Inhalte wie „Links, Ideen für Spiele und Bewegungsangeboten, Kontaktadressen oder Überlegungen zur Tagesstrukturierung“ (ebd., 130) weitergegeben werden können. Der Transfer in den Alltag gelang häufig besser als im traditionellen Setting, denn die Familie war auf sich allein gestellt und hatte keine andere Wahl, als die Empfehlungen direkt zu Hause umzusetzen. Erfolge waren von ihnen unmittelbar zu beobachten. Die Anwesenheit der Eltern, die teilweise als Nachteil genannt wurde, führte teils aber auch zu einem besseren Verständnis für die Therapieziele. Die Eltern konnten in die Behandlung einbezogen werden und unterstützend eingreifen (vgl. ebd.).

Zu den Besonderheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört, dass sich die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in essentiell von der psychotherapeutischen Beziehung in der Psychotherapie Erwachsener unterscheidet. Bereits in Kapitel 3.1.1 wurde erörtert, dass das Verhältnis zwischen Therapeut*in und Patient*in unter anderem in hohem Maße von dem generationalen Unterschied geprägt ist. Die Abhängigkeit von erwachsenen Bezugspersonen gehört bei Kindern und Jugendlichen zur Lebensrealität, weshalb Eltern und Bezugspersonen auch in der medial gestützten Psychotherapie stets miteinbezogen werden müssen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie findet ferner in anderen Kommunikations- und Interventionsformen statt als Erwachsenenpsychotherapie. „Die Via Regia zur kindlichen Gefühlswelt ist das Spiel, in dem das Kind Gefühle und emotionale Konflikte ausdrückt und verarbeitet“ (Sindelar 2021, 200). Das Spiel ist stets mit Elementen der Körperlichkeit verbunden, denn es findet handelnd statt und verlangt Bewegung. Mit zunehmendem Alter tritt das handelnde Spiel immer mehr in den Hintergrund, aber auch in der Psychotherapie von Jugendlichen ist es als Begleitung des verbalen Dialogs noch von Bedeutung: „Das Spiel verlagert sich vom Handeln in die Metapher, in das Gespräch über die Inhalte und Ereignisse in der Welt des Jugendlichen“ (ebd.). Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie ist Kinderpsychotherapie ohne das Einbeziehen des Körpers in den psychotherapeutischen Dialog nicht denkbar. Diese grundlegenden Charakteristika lassen daran zweifeln, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie online überhaupt möglich ist. Schließlich gibt es hier keinen gemeinsamen, physischen Handlungsraum und körperliche Interaktionen ist ausgeschlossen (vgl. ebd.). Um das Spiel als primäres Ausdrucksmittel und

Interventionstechnik im Online-Setting zu realisieren, kann auf die Form des Computerspiels zurückgegriffen werden. Das lässt sich allerdings eher mit älteren Kindern ab Ende der Grundschulzeit umsetzen. Ab dieser Altersstufe sind die Patient*innen in der Lage sich auch im Online-Setting kreativ einzubringen und emotionale Problemfelder spontan in das Medium der Computerspiele zu übertragen (vgl. ebd., 207).

Die psychotherapeutische Begegnung im persönlichen Kontakt ist ein komplexes Geschehen im verbalen und nonverbalen Dialog“ (ebd., 204). Der Wechsel des Behandlungssettings zum Telefonat oder zur Videotelefonie hat einschränkende Auswirkungen auf das psychotherapeutische Beziehungsgeschehen, zumindest verändert er die Kommunikation. Die Sprechweise stellt sich um, wenn in ein Mikrofon gesprochen wird und die Modulation der Stimme wird in der Übertragung durch Mikrofon und Lautsprecher undifferenzierter. Kinder können auf diesen Umstand sensibler reagieren als Erwachsene. Wenn die therapeutische Beziehung zuvor im persönlichen Kontakt aufgebaut wurde, werden sie intuitiv weiterhin die differenzierte Wahrnehmung ihres Ausdrucks in der Online-Therapie erwarten. Wenn die Qualität der Beziehung durch die Verwendung digitaler Kommunikationstechnik abnimmt, wird das von den Kindern bzw. Jugendlichen eventuell nicht dem veränderten Setting zugeordnet, sondern als abnehmende Aufmerksamkeit und Zuwendung des/der Psychotherapeut*in erlebt. Dieser Aspekt sollte in der ersten Sitzung mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen unbedingt angesprochen werden (vgl. ebd.). Therapeut*innen und Patient*innen sollten vor allem bei den ersten Gehversuchen digitaler Psychotherapie Geduld miteinander haben und sich gemeinsam auf das neue Setting einstimmen (vgl. Eichenberg 2021a, 192).

6. Resümee: Der Wert von Gruppen- und Milieuthherapie unter Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln

Aufgrund der Bedrohung durch das Virus SARS-CoV-2 sind die Menschen seit März 2020 zu sozialer Distanz gezwungen, was die Gestaltung sämtlicher Sozialkontakte deutlich verändert hat. Als soziale Wesen sind wir abhängig davon, von anderen umgeben zu sein und uns eingebunden in eine Gemeinschaft zu fühlen. Soziale Beziehungen wirken sich positiv auf unsere körperliche Gesundheit sowie unser psychisches Wohlbefinden aus. Die Abstands- und Hygieneregeln, die das Corona-Virus uns aufzwingt, machen uns die Erfüllung eines Grundbedürfnisses schwierig bis unmöglich (vgl. Ditzen/Eckstein/Klein 2021, 45 f). Wie stark die physischen Abstands-

und Hygieneregeln tatsächlich einen Einfluss darauf haben, wie einsam sich jemand fühlt, wird wesentlich durch die sozialen Lebensbedingungen mitbestimmt. Hier spielen Wohnsituation und Beziehungsstatus eine Rolle, beispielsweise ob man in einer Familie lebt. Während der Pandemie strukturiert das Zusammenleben in einem Haushalt die alltäglichen Kontakte. Derzeit befinden sich die Menschen unfreiwillig in einem Experiment mit unklarem Ausgang, für deren Erforschung „keine Ethikkommission jemals ihr positives Votum ausgestellt hätte“ (ebd., 53). Die gewohnte und übliche Nähe-Distanz-Relativität ist außer Kraft gesetzt. „Social distancing“ im Außenkontakt ist mindestens ebenso belastend wie „social pressuring“ durch Nähe und Enge im häuslichen Rahmen (vgl. Bering 2020, 56). Von der Pandemie geht eine substantielle Bedrohung aus, die bei verminderter Verfügbarkeit sozialer Ressourcen bewältigt werden muss. Unklar ist, wie sich das auf bisher psychisch gesunde Menschen, aber auch auf Personen mit psychischen und körperlichen Vorerkrankungen auswirkt (vgl. Ditzen/Eckstein/Klein 2021, 53). Studien zufolge ist allerdings nicht die tatsächliche Anzahl und Häufigkeit der Kontakte entscheidend für Wohlbefinden und Gesundheit, sondern die wahrgenommene Einsamkeit: „Personen, die sich eingebunden, verstanden und generell unterstützt fühlen - unabhängig davon, ob das tatsächlich so ist -, sind gesünder, genesen nach Erkrankungen schneller und leben länger“ (ebd., 48). Diese Argumente lassen darauf schließen, dass auch ein deutlich reduziertes Therapieprogramm, in dem den Infektionsschutzrichtlinien Folge geleistet wird, im Rahmen einer Tagesklinik wirksam sein kann, sofern sich ein Gemeinschaftserleben unter den verbliebenen Patienten bilden und leben lässt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. 2020, o.S.).

Der Psychologische Psychotherapeut und Therapieforscher Klaus Grawe untersuchte in seiner Arbeit, welche Voraussetzungen für das Gelingen von Psychotherapie notwendig sind. Ziel seiner Forschung war, den Therapieschulenstreit zu überwinden und Grundlagen einer allgemeinen Psychotherapie zu entwickeln. Grawe validierte fünf zentrale Wirkfaktoren, die zum Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung beitragen. In Kapitel 3.1.1 dieser Arbeit wurde die therapeutische Beziehung als signifikanter Wirkfaktor bereits ausführlich erläutert. Darüber hinaus tragen Grawe zufolge Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, Problembewältigung und motivationale Klärung zum Erfolg einer Therapie bei. Die Kernaspekte einer guten Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in, wie beispielsweise Akzeptanz,

aktives Zuhören und Empathie, bleiben vom Pandemiegeschehen unberührt. Studien belegen, dass selbst im Kontext von Internet- und mobile-basierten Interventionen der Aufbau einer therapeutischen Beziehung möglich ist (vgl. Kapitel 5.1 dieser Arbeit; Eichenberg 2021a, 185).

Unter Problemaktualisierung ist das Prinzip des unmittelbaren Erfahrbarmachens der Probleme zu verstehen, zu deren Bewältigung die Therapie dienen soll (vgl. Grosse Holtforth 2017, 77). Gruppentherapie ist ein wertvoller Bestandteil im multimodalen Behandlungskonzept einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, denn die Gruppensituation bedeutet Realitätsnähe. Sie entspricht am ehesten dem natürlichen Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen. Im unmittelbaren Kontakt zu Gleichaltrigen treten die Probleme und Konflikte auf, derentwegen sich die Patient*innen in therapeutischer Behandlung befinden. In diesem Zusammenhang bietet sich den Therapeut*innen die diagnostische Möglichkeit zur Verhaltensbeobachtung, welche im Kontext von Einzeltherapie oft nicht gegeben ist. Interaktionelle und emotionale Prozesse lassen sich in der Konstellation einer Gruppe häufig besser bearbeiten. Konfliktbelastete Situationen können mit therapeutischer Unterstützung unmittelbar geübt werden (vgl. Schwenck/Maur 2020, 200).

Problemaktualisierung und -bewältigung können als Wirkfaktoren im aktuellen Krisenmodus nur eingeschränkt zum Erfolg der Therapie beitragen. Die Durchführung von Gruppentherapien wurde mit Beginn der Pandemie verringert bis vermieden, Sport oder andere körpernahe Therapien waren gar nicht mehr erlaubt. Dadurch gingen wichtige Trainingsmöglichkeiten sozialer Integration verloren (vgl. DATPPP 2020, o.S.; DATPPP 2021, o.S.). Mit der Verlagerung von Gruppen- zu Einzeltherapie findet eine „Individualisierung der Therapie“ (ebd.) statt, die zu Lasten der sozialen Erprobung geht. Im Hinblick darauf, dass ein überwiegender Anteil der Patient*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutliche Defizite in den sozialen Kompetenzen hat, fällt hier ein spezifisches Behandlungsmittel weg. Stattdessen rücken Stabilisierung und Ressourcenaktivierung in den Fokus der Behandlung, womit das Ziel verfolgt wird, Patient*innen nach möglichst kurzer Zeit wieder entlassen zu können (vgl. ebd.).

Bei der motivationalen Klärung, dem fünften Wirkfaktor nach Grawe, geht es darum, dass sich Patient*innen selbst über bewusste und unbewusste Ziele, Erwartungen, und Werte klar werden. Hierbei spielen äußere Abläufe eine geringere Rolle,

vielmehr zählt das, was der/die Patient*in wahrnimmt, denkt, fühlt und wie er handeln möchte bzw. was er vermeiden will. Auch zur motivationalen Klärung ist jedoch die unmittelbare Erfahrung in der Gruppe wichtig, denn Situationen müssen erlebt werden, um das eigene Empfinden und Verhalten zu verstehen (vgl. Universität Ulm 2021, o.S.). Gruppentherapien vermitteln neben den Regeln des sozialen Miteinanders allgemeine soziale und kommunikative Fertigkeiten. Die Behandlung in einer Tagesklinik arbeitet nicht nur in den Gruppenangeboten, sondern vor allem in der durchgängig stattfindenden milieuthérapeutischen Arbeit innerhalb der Stationen und Patient*innengruppen an einer Steigerung der sozialen Kompetenzen.

Tagesklinisch und stationär aufgenommene Kinder und Jugendliche werden in Gruppen betreut, die räumlich großen Wohnungen gleichen. Tageskliniken gelten als die familienähnlichste psychiatrische Institution und es ermöglicht ein Verständnis der „Wirkweise psychiatrischer Komplexleistungen“ (Eikermann 2010, 358) sie als soziotherapeutische Einrichtungen zu betrachten. In Kapitel 3.3 dieser Arbeit wurde das Konzept der Milieuthérapie beschrieben, wonach in der therapeutischen Gemeinschaft (bzw. temporären Lebensgemeinschaft der Patient*innen) ein wichtiges Teilelement der modernen institutionellen Psychiatrie zu sehen ist (vgl. ebd., 359). Aus milieuthérapeutischer Sicht ist eine strikte Umsetzung der Hygiene- und Abstandsregeln in einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum vorstellbar. Sollten die Patient*innen die meiste Zeit in Einzelzimmern verbringen und beispielsweise auch die Essenssituationen strikt voneinander getrennt erleben müssen, würde eine solche Therapie zur Isolierung der Kinder und Jugendlichen führen. Bedenkt man den Umstand, dass Patient*innen der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen verglichen mit somatischen Patient*innen sehr lange Verweildauern in den Krankenhäusern haben, käme eine solche Therapie gewissermaßen einer Deprivation gleich (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. 2020, o.S.).

Unter dem Aspekt der andauernden Pandemielage gilt es bezüglich der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher eine „Güterabwägung zwischen Infektionsschutz einerseits und der Behandlungsnotwendigkeit andererseits“ (ebd.) zu treffen. Niemand kann derzeit sagen, „auf welchem Punkt zwischen Anfang und Ende, auch der psychischen Belastungen, wir uns im Moment genau befinden“ (Thienel 2020, 30). Eine zu allem hinzukommende Angst - auch bei den Jüngsten unserer

Gesellschaft – ist, dass der Ausnahmezustand kein solcher ist und eine Rückkehr in die vertraute Normalität abermals unter Schwierigkeiten errungen werden muss oder womöglich gar nicht stattfinden kann (vgl. ebd.). „Kinder- und Jugendpsychiatrische Störungen besitzen eine hohe gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Relevanz“ (Lehmkuhl et al. 2015, 375), weshalb deren Behandlung auch in Krisenzeiten sichergestellt werden muss. Verlaufsstudien belegen, dass psychische Störungen bei Erwachsenen bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen und schnell chronifizieren. Zeit spielt in der jungen Lebensphase eine zentrale Rolle. Ein Lebensjahr hat für Kinder und Jugendliche eine andere Bedeutung und Gewichtung als für Erwachsene, denn hier laufen wichtige Entwicklungsprozesse ab – die in der Pandemie behindert werden (vgl. Nissen 2021, o.S.). Eine psychotherapeutische Behandlung muss rechtzeitig ansetzen, um einer Chronifizierung entgegenwirken zu können.

Gruppentherapie ist besonders dann von Wert, wenn möglichst optimale Gelingensbedingungen zur Durchführung gegeben sind. Gleichwohl es in der Praxis nie möglich sein wird sämtliche Kriterien umzusetzen, nehmen zu Pandemie-Zeiten die Hygiene- und Abstandsregeln deutlichen Einfluss auf diese Faktoren. Beispielsweise ist bei der Gestaltung der Therapiegruppen bezüglich Gruppengröße und -zusammensetzung derzeit kaum Spielraum vorhanden. Eine Berücksichtigung von Alter, sozial-emotionaler Entwicklung sowie kognitiver und kommunikativer Fertigkeiten der einzelnen Patient*innen kann wenn, dann nur sehr eingeschränkt erfolgen. Je geringer die Zahl der Patient*innen ist, desto weniger Möglichkeiten bestehen für eine sinnvolle Gestaltung der Gruppenangebote. Außer den spezifischen Kriterien zur Zusammensetzung einer Gruppe gehört zu den optimalen Bedingungen von Gruppentherapie eine „vertrauliche, angstfreie Atmosphäre“ (Weber/Petermann 2018, 216). Diese herzustellen kann sich unter den derzeitigen Bedingungen ebenfalls als schwierig erweisen, denn seit der Pandemie wird physische Nähe mit Ansteckungsgefahr assoziiert. Nähe wird deswegen von den Patient*innen unter Umständen nicht mit Sicherheit in Verbindung gebracht, sondern als Signal der Bedrohung wahrgenommen (vgl. Ditzen/Eckstein/Klein 2021, 49). Die Maskenpflicht im Stationsalltag löst dieses Problem nicht. Betrachtet man die Stationsgruppe im Sinne der Milieuthherapie als „häusliche Gemeinschaft“ ist sie nur schwer vertretbar (vgl. DATPPP 2020, o.S.).

Während der Pandemie empfinden Kinder und Jugendliche besonders die Verluste von Entwicklungsräumen als bedrückend. Gerade die Orte „draußen“ und deren

Möglichkeiten, welche als Plätze für die Verwirklichung wichtiger Entwicklungsbedürfnisse angesehen werden können, sind in der Pandemie „geschlossen“ – im wörtlichen wie im übertragenen Sinne. Insbesondere jüngere Kinder leiden am Verlust ihrer Bewegungsspielräume, die eigentlich eine wichtige Funktion für körperliche und psychische Ausgeglichenheit haben. Jugendlichen fehlen die Begegnungen mit Gleichaltrigen an Treffpunkten gesondert von der Familie. Auch für sie haben Bewegungsmöglichkeiten eine wichtige Bedeutung, beispielsweise als sportliches Kräftemessen, als Erregungs- und Anspannungsventil, als Integrationsmöglichkeit des sich verändernden Körperschemas und als Erleben von Vitalität. Ein wichtiger Entwicklungsort, an dem die eigene Identität verglichen und ausprobiert werden kann, ist die Schule. Während der Schulschließungen und Ausgangsbeschränkungen sind die mit den Entwicklungsorten verbundenen Regulations- und Entfaltungsmöglichkeiten nicht mehr verfügbar (vgl. Thienel 2020, 18 f). Gerade Jugendliche sind während der Pandemie dazu gezwungen, genau das Gegenteil zu ihrer eigentlichen Entwicklungsaufgabe zu tun, sie können weder neue Freundschaften knüpfen noch die Welt erkunden, sie sind dazu gezwungen monatelang zuhause in den eigenen vier Wänden zu hocken (vgl. Nissen 2021, o.S.).

Die gegenwärtige Situation ist ein Beispiel dafür, wie ausgesprochen relativ und osmotisch die Begrifflichkeiten von ‚Innen‘ und ‚Außen‘ sind. „Die Veränderungen innerpsychischer Räume, sozialer Begegnungsräume und äußerer Raumverhältnisse“ (Thienel 2020, 18) lassen sich für Kinder und Jugendliche auch in Normalzeiten oft kaum voneinander trennen. Aus den bisherigen Ausführungen dieser Arbeit kann darauf geschlossen werden, dass zu Pandemiezeiten die Tagesstruktur und das Sozialleben ‚innerhalb‘ einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eher der gewohnten, normalen Realität entspricht als der Alltag ‚außerhalb‘ der Einrichtung. Auch wenn Gruppen- und Milieuthérapie nicht in optimaler Form umgesetzt werden können, so erfahren die Patient*innen zumindest eine Tagesstruktur, Halt und Beziehungsangebote. Die Klientel einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von Patient*innen mit Risikokonstellationen und Vorbelastungen geprägt. Heranwachsende, die schon vor der Corona-Krise gut dastanden und auch während der schwierigen Zeit ein positives Familienklima, Unterstützung, schulische Erfolge etc. erleben dürfen, werden in der Regel in der Lage sein, die Pandemie gut zu bewältigen (vgl. Kölch/Schepker 2021, 146 f). Wirklich gefährdete und benachteiligten

Kinder und Jugendliche werden von einer tagesklinischen Behandlung profitieren, auch wenn diese aktuell vielen Kompromissen unterliegt.

Die Abstandsregeln und die Verlagerung von Gruppen- zu Einzeltherapie führt zu einer Verringerung der Gruppenkohäsion, womit ein wichtiges Behandlungsmittel der Tageskliniken leidet (vgl. DATPPP 2020, o.S.). Die Intensivierung der Einzelgespräche birgt aber auch Chancen: „Allein die Hoffnung auf Veränderung bewirkt bei den häufig resignierten Patienten zu Beginn der Therapie eine Verbesserung des Wohlbefindens“ (Borg-Laufs 2019, 182). Diese Hoffnung wird durch den/die Therapeut*in geweckt, der bzw. die kompetent, glaubwürdig, engagiert und professionell wirkt und der von den Patient*innen als wertschätzend erlebt wird (vgl. ebd.). Viele Kinder und Jugendliche erleben im pädagogisch-therapeutischen Milieu erstmals eine angemessene Alltags- und Freizeitgestaltung und dabei die Gelegenheit, positive Momente zu erleben. In diesem Kontext erfahren sie unmittelbar, dass „(Sich-An-)Vertrauen, Problemorientierung, Einsicht und Reflexion“ (Gahleitner 2021, 35) im Alltag möglich sind. Das pädagogisch-therapeutische Milieu findet im Alltag statt und dieser ist in seiner Bedeutung kaum zu überschätzen (vgl. ebd., 36 f). Letztlich wirkt die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, und sei sie noch so klein: „In einem klar strukturierten Lebensalltag können Kinder und Jugendliche modellhaft erleben, dass mit Unterstützung durch das Team und die Gruppe eine nächste Entwicklungshürde zu bewältigen ist“ (ebd., 36).

7. Fazit

Kinder und Jugendliche sind als eine entwicklungsbedingt vulnerable Bevölkerungsgruppe von den Auswirkungen der Pandemie und den Eindämmungsmaßnahmen besonders betroffen. Die schwierige psychische Situation der Heranwachsenden während der Schulschließungen und Ausgangsbeschränkungen ist mehreren, miteinander interferierenden Faktoren zuzuschreiben. Der umfassende Wegfall tragender Alltagsstrukturen ging mit einer Verdichtung innerfamiliärer Probleme und Dynamiken einher. Die Kinder und Jugendlichen erlebten ihre Eltern in einer multifaktoriellen Belastungssituation und hatten ihrerseits fortbestehende schulische Anforderungen zu tragen, welche ihnen ein hohes Maß an Selbststrukturierung, Selbstorganisation und Frustrationstoleranz abverlangten (vgl. Thienel 2020, 17). Insbesondere Kinder mit psychischen Vorbelastungen und sozialen Benachteiligungen entwickelten in der Folge Symptome, die sich häufig in Form von Ängsten und depressionsnahen

Verfassungen zeigten. Heranwachsende in schwierigen Lebenssituationen sind aktuell vermehrt Armutbedingungen, häuslicher Gewalt und Misshandlung ausgesetzt, worin klare Risikofaktoren für seelische Erkrankungen zu sehen sind (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. 2021, o.S.).

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bleiben auch in Pandemiezeiten behandlungsbedürftig, insbesondere im stationären und teilstationären Rahmen. Die in den Kliniken aufgenommenen Patient*innen haben spezifische Störungsbilder und können nicht ohne Weiteres in ein ambulantes Setting entlassen werden. Häufig sind es gerade die Faktoren des sozialen Umfeldes, wie die familiäre oder schulische Situation, die die Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses erforderlich machen. Daher ist es unter Berücksichtigung der besonderen Regelungen im Rahmen des Infektionsschutzes und der Hygienemaßnahmen wichtig, eine vertretbare Therapie aufrecht zu erhalten. Tageskliniken setzen in diesem Zusammenhang entweder auf eine Reduktion der Patient*innenzahl oder auf eine Verringerung der Therapiezeiten im Sinne einer Wechselbehandlung mehrerer Patient*innengruppen. Beide Vorgehen bringen Nachteile mit sich, denn in der Folge kommt es entweder zu verlängerten Wartezeiten oder zu einer geringeren Therapieintensität. Viele Therapieelemente (z.B. Sport) können nur eingeschränkt stattfinden, andere müssen umorganisiert werden, woraus sich im Resultat eine Verlagerung von Gruppen- zu Einzeltherapie ergibt. Darunter leidet als wichtiges und spezifisches Behandlungsmittel der Tageskliniken insbesondere die Gruppenkohäsion (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. 2020, o.S.).

Gruppentherapien sind notwendiger Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, denn sie bieten den Kindern und Jugendlichen als soziale Erfahrungs- und Lernspielräume Möglichkeiten zur sozialen Erprobung. Vor allem heterogen zusammengesetzte Gruppen entsprechen in etwa der Alltagsrealität der Patient*innen und aus den Interaktionen und der Gruppendynamik erwachsen wichtige therapeutische Prozesse. Die Umsetzung der Hygiene- und Abstandsregeln beeinträchtigt das Gruppentherapieangebot signifikant, weshalb ein wertvoller Teil des Behandlungsspektrums nur noch eingeschränkt zur Verfügung steht. Im Bemühen, diesen Missstand mit intensivierten Einzelkontakten auszugleichen, arbeiten viele Kliniken seit Beginn der Pandemie ergänzend mit Telefon- und Onlineangeboten (vgl.

Nissen 2021, o.S.). Trotz Unzulänglichkeiten der Technik und Unsicherheiten im Ausprobieren neuer Arbeitsweisen ist (Video-)Telefonie auch zum Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu befürworten, wenn sie die einzige Möglichkeit ist, die Psychotherapie weiterzuführen (vgl. Sindelar 2021, 198). Die Einschränkungen der Settingveränderung des Face-to-face-Kontaktes zur Begegnung im virtuellen Raum sind evident, aber kein Grund, die Psychotherapie gerade mit dieser besonders vulnerablen Patient*innengruppe abubrechen (vgl. ebd., 199). Es gilt auszuprobieren, was unter den gegebenen Umständen möglich ist. In Zeiten der Corona-Krise ist selbstverständlich, dass die Kriterien für die Behandlungsplanung eher weicher auszulegen sind und eine „Erhaltungstherapie“ Vorrang vor dem theoretischen Anspruch hat. Voraussetzung für die Etablierung angepasster Therapiepläne ist, dass sich ein Stionsteam auf einheitliche Grundsätze einigt und „die Effektivität von Therapiemethoden nicht allein an ihrem theoretischen Anspruch, sondern an auch an ihrer Durchführbarkeit und Wirksamkeit misst“ (Renschmidt 2000, 329). Fest steht, „dass es die richtige beziehungsweise in ihrer Absolutheit perfekte Intervention an sich nicht gibt“ (Fröhlich-Gildhoff 2011, 33).

Parallel zu den praktischen Schwierigkeiten, Therapien zu Pandemie-Zeiten durchzuführen, entsteht offenbar „eine Art erweiterter therapeutischer Raum, der bei aller Bedrängnis auch Entwicklungen freizusetzen vermag“ (Thienel 2020, 31). Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Online-Psychotherapie zeigt sich durch die Corona-Krise beschleunigt. Nicht nur Psychotherapie-Patient*innen haben in dieser Zeit eine „globale Krise mit individuell ganz unterschiedlichen Themen und Belastungsgraden“ (Eichenberg 2021a, 188) zu bewältigen, sondern wir alle. Im Hinblick auf die Nutzung digitaler Medien in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung ist es Teil der psychotherapeutischen Berufsethik, sich Weiterentwicklungen in Bereitschaft zur professionellen Weiterbildung zu stellen (vgl. Sindelar 2021, 198). Auch (Video-) Telefonie lässt im Bemühen um den Kontakt zum Patienten bzw. zur Patientin wertvolle Beziehungserfahrungen zu. Ein besonderer Umstand der psychotherapeutischen Begegnung derzeit ist, dass Patient*in und Therapeut*in eine existenzielle Erfahrung innerhalb dergleichen Gegenwart teilen – und dies auch voneinander wissen. Bei aller notwendigen Asymmetrie der therapeutischen Beziehung birgt diese ungewöhnliche Situation die Chance, eine besondere Qualität von Nähe und Vertrauen entstehen zu lassen (vgl. Thienel 2021, 30)

8. Literatur

Ahrens, Hans-Joachim et al. (2000): Beobachtungslernen. In: Wenninger, Gerd (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Online unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/beobachtungslernen/2128> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Aichinger, Alfons/Holl, Walter (2010): Gruppentherapie mit Kindern. Kinderpsychodrama: Band 1. 2. akt. und erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Baierl, Martin (2010): Herausforderung Alltag. Ein Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Beck, Volker (2020): Die ungewollte soziale Distanz in Zeiten der Corona-Pandemie: Eine Analyse der psychischen Auswirkungen. In: Bering, Robert/Eichenberg, Christiane (Hg.): Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer. Stuttgart: Klett-Cotta, 54-65

Bendel, Oliver (2021): Lockdown. Definition: Was ist ein „Lockdown“? In: Gabler Wirtschaftslexikon. Online unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/lockdown-122433> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz BGV Hamburg (2020): Allgemeinverfügung zur Eindämmung des Coronavirus in Hamburg durch vorübergehende Kontaktbeschränkungen. Online unter: <https://www.hamburg.de/allgemeinverfuegungen/13746326/2020-03-22-voruebergehende-kontaktbeschraenkungen/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Bernheim, Dorothee/Keller, Ferdinand/Fegert, Jörg-M./Sukale, Thorsten (2021): Akzeptanz der Videotherapie an einer Ausbildungsambulanz für Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche in Zeiten der Corona-Pandemie. Einschätzungen aus Patienten-, Sorgeberechtigten- und Therapeutesicht. In: *Nervenheilkunde*, 2021 (40), 341-347

Borck, Cornelius (2020): Vom Unwissen in Zeiten von Corona. In: *Zeitschrift für Kulturphilosophie*, 2020 (2), 101-110

Borg-Laufs, Michael (2012): Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 2012 (22), 6-21

Borg-Laufs, Michael/Hungerige, Heiko (2014): Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Borg-Laufs, Michael (2019): Erstkontakt und Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen. In: Markgraf, Jürgen/Schneider, Silvia (Hg.) (2021): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. 2. Aufl. Berlin: Springer

Buber, Martin (1983): *Ich und du*. 11., durchges. Aufl. Heidelberg: Lambert Schneider

Bundespsychotherapeutenkammer BptK (2021): Praxis-Info „Videobehandlung“. Online unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/03/bptk_praxisInfo_videobehandlung_21_web.pdf (letzter Zugriff 08.05.2022)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2022): *Infektionsschutz.de. Wissen, was schützt*. Online unter: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Cox, Nancy/Tamblyn, Susan/Tam, Theresa (2003): Planung einer Grippepandemie. In: Osterhaus, Albert et al. (Hg.): *Impfung*, Bd. 21, 2003 (16), 1801-1803

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik DATPPP (2020): *Tageskliniken in der 3. Welle. Aktuelle Entwicklungen und Veränderungen*. Online unter: <https://www.datppp.de/tk-und-covid19/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik DATPPP (2021): *Tageskliniken in der Pandemie*. Online unter: <https://www.datppp.de/aktuelles/details/tageskliniken-in-der-pandemie/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deister, Arno (2003): Milieutherapie. In: Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Kapfhammer, Hans-Peter (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 798,805

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGKJP (2020): Versorgung in Zeiten der Pandemie. Online unter: <https://www.dgkjp.de/versorgung-in-zeiten-der-pandemie/> (letzter Zugriff: 08.05.2022)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGKJP (2021): Unwahre Behauptungen über „Triage“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Online unter: https://www.dgkjp.de/wp-content/uploads/PM-DGKJP-Triage-19052021_final.pdf (letzter Zugriff: 08.05.2022)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. DGPPN (2022): Psyche online – Chancen und Risiken der Digitalisierung. Online unter: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/e-mental-health.html> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie DGPs (2020): Interessensgruppe E-Health in der Fachgruppe Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Empfehlungen zur Durchführung Videokonferenz-basierter Psychotherapie. Online unter: <https://ptk-hessen.de/download/empfehlungen-zur-durchfuehrung-videokonferenz-basierter-psychotherapie-von-der-dgps/> (letzter Zugriff: 08.05.2022)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken e.V. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik DATPPP (2020): Tageskliniken in der 3. Welle. Aktuelle Entwicklungen und Veränderungen. Online unter: <https://www.datppp.de/tk-und-covid19/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken e.V. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik DATPPP (2021): Tageskliniken in der Pandemie. Online unter: <https://www.datppp.de/aktuelles/details/tageskliniken-in-der-pandemie/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. DGKJP (2020): Versorgung in Zeiten der Pandemie. (Stationäre) kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der COVID-19 Pandemie in Deutschland. Online unter: <https://www.dgkjp.de/versorgung-in-zeiten-der-pandemie/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Deutsches Ärzteblatt (2021): Lange Wartezeiten bei Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein. Online unter:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125404/Lange-Wartezeiten-bei-Kinder-und-Jugendpsychiatrie-in-Schleswig-Holstein> (letzter Zugriff: 08.05.2022)

Ditzen, Beate/Eckstein, Monika/Klein, Thomas (2021): Wenn Beziehungen zur Gefahr werden: Social distancing. In: *Ruperto Carola* 2021 (18), 44-53

Eichenberg, Christiane (2021a): Online-Psychotherapie in Zeiten der Corona-Krise. In: Bering, Robert/Eichenberg, Christiane (Hg.): *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer*. Stuttgart: Klett-Cotta, 181-195

Eichenberg, Christiane (2021 b): Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie. In: *Psychotherapeut*, 2021 (66), 195-202

Eichenberg, Christiane/Hübner, Lisa (2020): E-Mental Health. Überblick über das Angebotsspektrum und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung im Online-Setting. In: *Wege zum Menschen* Jg.72, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 244-256

Eikermann, Birgit (2010): Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. In: *Der Nervenarzt* 2010 (3), 355-363

Eysenbach, Günther (2001): Was ist E-Health? In: *Journal of Medical Internet Research* Band 3, 2001 (2)

Freiberg, Alice et al. (2021): Beeinflussung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch das Tragen von Gesichtsmasken im öffentlichen Raum zur Prävention von Infektionskrankheiten: Ein systematischer Review. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2021 (64), 1592-1602

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2007): Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: *Klinische Sozialarbeit* 3, 2007 (4), 9-11

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2011): Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Wetzorke, Friederike/Schwarz, Marion (Hg.) (2011): *Ich sehe was, was du nicht siehst...* Stuttgart: Kohlhammer, 25-35

Gahleitner, Silke (2017): *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa

Gahleitner, Silke (2021): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 3., akt. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag

Germain, Vanessa et al. (2010): Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or video-conference treatment for posttraumatic stress disorder. In: *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 13, 2020 (1), 29-35

Goodman, Robert/Scott, Stephen/Rothenberger, Aribert (2000): Kinderpsychiatrie kompakt. Darmstadt: Steinkopf

Grawe, Klaus (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, Klaus/Donati, Ruth/Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Grosse Holtforth, Martin (2017): Was ist Problemaktualisierung. In: *Psychotherapeut* 62, 2017 (2), 77-82

Haas, John G. (2020): „Schädliche Informationen“ – Ursachen und Folgen einer Infodemie. In: Haas, John (Hg.): COVID-19 und Psychologie. Essentials. Wiesbaden: Springer, 51-55

Hartmann-Strauss, Susanna (2020): Videotherapie und Videosupervision. Praxishandbuch für Psychotherapie und Beratung online. Berlin: Springer

Hasslinger, Michaela et al. (2021): Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen im ersten Corona-Lock-Down unter Zuhilfenahme von Telefon und Online-Tools. Möglichkeiten und Grenzen. In: *Psychotherapie Forum* 2021 (25), 124-133

Hautzinger, Martin/Fuhr, Kristina (2018): Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen? Pro. In: *Nervenarzt* 2018 (89), 94-95

Hiery, Alisa et al. (2020): Stark durch die Krise: Möglichkeiten der (Online-) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie. In: *Hessisches Ärzteblatt* 2020 (7/8), 404-410

Hüther, Gerald (2004): Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 35, 2004 (4), 246-252

Huf, Andrea (1992): *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Huppertz, Hans-Iko et al. (2020): Verwendung von Masken bei Kindern zur Verhinderung der Infektion mit SARS-CoV-2. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2021 (169), 52-56

IfSG - Infektionsschutzgesetz (BGBl. I S. 1045) (2020), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162). Online unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/ifsg.pdf> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Keil, Geert/Jaster, Romy (2021): Die Philosophie und die Pandemie. In: Keil, Geert/Jaster, Romy (Hg.): *Nachdenken über Corona. Philosophische Essays über die Pandemie und ihre Folgen*. Stuttgart: Reclam, 7-15

Klasen, Fionna et al. (2017): Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KIGGS Welle 2. In: Robert Koch-Institut, *Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung* (Hg.): *Journal of Health Monitoring* 2, 2017 (S3)

Klosa-Kückelhaus, Annette (2020): Shutdown, Lockdown und Exit. In: Publikationsserver des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache (IDS), Mannheim 2020. Online unter: https://www.ids-mannheim.de/fileadmin/aktuell/Coronakrise/Klosa_shutdown_neu.pdf (letzter Zugriff 08.05.2022)

Knölker, Ulrich/Mattejat, Fritz/Schulte-Markwort, Michael (2003): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systemisch*. 3. Aufl. Bremen; London; Boston: UNIMED

Kodzo, Joshua (2021): Coronavirus. Wie verlief der erste Lockdown in Deutschland? In: *Wirtschaftswoche* 2021. Online unter: <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/corona-wie-verlief-der-erste-lockdown-in-deutschland/26853384.html> (letzter Zugriff 08.05.2022)

König, Oliver (2012): Gruppendynamische Grundlagen. In: Strauß, Bernhard/Mattke, Dankwart (Hg.): *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer, 21-36

Knölker, Ulrich/Mattejat, Fritz/Schulte-Markwort, Michael (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systemisch. 3. Aufl. Bremen; London; Boston: UNI-MED

Küffer, Matthias/Schmelzle, Matthias (2010): Das Führungskonzept des Mitunternehmertums und der milieutheraeutische Behandlungsansatz in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2010 (1), 36-54

Kühne, Stefan/Hintenberger, Gerhard (2020): Onlineberatung und -therapie in Zeiten der Krise. Ein Überblick. In: *e-beratungsjournal.net* 16.Jg., 2020 (1), Artikel 3, 33-45

Lehmkuhl, Gerd et al. (2015): Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen: Perspektiven für die Praxis. In: Lehmkuhl, Gerd et al. (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxishandbuch*. Göttingen: Hogrefe, 375-379

Lempp, Reinhart (2015): Geleitwort. In: Rotthaus, Wilhelm: *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Nachdruck der 2., unveränderten Auflage (1998) im verlag modernes lernen. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 9-13

Levold, Tom (2012): Differenz und Vielfalt statt Einheit: Identität in Theorie und Praxis der systemischen Therapie. In: Petzold, Hilarion (Hg.): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 379-406

Maur-Lambert, Sabine/Schwenck, Christina/Oehler, Klaus-Ulrich (2009): Gruppentherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen bei Kindern mit Verhaltensproblemen (FESKKO). In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2008 (4), 6-14

Melicherova, Ursula/Köllner, Volker (2020): Offen oder geschlossen? Das ist hier die Frage! In: *PID Psychotherapie im Dialog* 2020 (21), 76-79

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2018): *Influenzapandemieplan. Rahmenplan*, Kiel. Online unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/I/Infektionsschutz_Seuchenalarm_influenzaPandemiePlanSH.pdf?_blob=publicationFile&v=6 (letzter Zugriff 08.05.2022)

Niebergall, Gerhard (1997): Gruppentherapie, Psychodrama und Rollenspiel. In: Remschmidt, Helmut (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme, 134-147

Niebergall, Gerhard (1997): Gruppentherapie, Psychodrama und Rollenspiel. In: Remschmidt, Helmut (Hg.) (1997): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme, 134-147

Niebergall, Gerhard/Quaschner, Kurt (1997): Psychotherapie im teilstationären Bereich. In: Remschmidt, Helmut (Hg.) (1997): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme, 439-450

Nissen, Hilke (2021): Jugend im Lockdown: Viele junge Menschen leiden psychisch. In: *Klinik Management aktuell* 26, 2021 (09), 72-74

Orlinsky, David/Howard, Kenneth (1987): A generic model of psychotherapy. In: *Journal of Integrative Eclectic Psychotherapy* 6, 1987 (1), 6-27

Osterloh, Falk (2021): Das stille Leiden der Kinder und Jugendlichen. In: *Deutsches Ärzteblatt* Jg.118, 2021 (39), 1441-1444

Pennecke, Christiane (2020): Die heilende Wirkung von Beziehung in Gruppen. In: Mattke, Dankwart/Pröstler, Martin (Hg.): Kann, will, muss ich Gruppe? Formen ambulanter Gruppentherapie, Psychotherapie: Praxis. Berlin: Springer Verlag, 109-118

Pfister, Sandra Maria (2020): Corona als Bruch zwischen „alter“ und „neuer“ Normalität? In: Gedanken zur Corona-Krise, *MeinBezirk.at* 2020. Online unter: https://www.meinbezirk.at/oberoesterreich/c-politik/katastrophen-soziologin-corona-als-bruch-zwischen-alter-und-neuer-normalitaet_a4035096 (letzter Zugriff 08.05.2022)

Quaschner, Kurt/Mattejat, Fritz (2020): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Remschmidt, Helmut/Becker, Katja (Hg.) (2020): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme, 435-477

Ravens-Sieberer, Ute et al. (2021): Seelische Gesundheit und Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2021 (64), 1512-1521

Reiß, Franziska (2018): Wenn die Seele krank – psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Landesjugendring Hamburg e.V.* 2018 (1), Online unter: <https://www.ljr-hh.de/index.php?id=1961> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Remé, Thomas (2008): Risikomanagement besonderer Infektionssituationen. In: *Trauma und Berufskrankheit* 2008 (10), 69-71

Remschmidt, Helmut (2000): Therapie und Rehabilitation. Allgemeine Gesichtspunkte. In: Remschmidt, Helmut (Hg.) (2000): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 325-329

Rengeling, David (2020): Die Corona-Pandemie 2020 – über eine allumfassende Prävention hinaus. In: *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 2020 (28), 211-217

Retzlaff, Rüdiger/Sydow, Kirsten von (2015): Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Psychotherapeut* 2015 (60), 295-301

RKI Robert Koch-Institut (2022a): Das Robert Koch-Institut. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html;jsessionid=E98036125740CD01D90BB248F2B4F04C.internet112 (letzter Zugriff 08.05.2022)

RKI Robert Koch-Institut (2022b): Infektionsschutzmaßnahmen. Online unter: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Infektionsschutz.html (letzter Zugriff 08.05.2022)

Rogers, Carl (1972): *Die nicht-direktive Beratung*. Reinbek: Rowohlt

Rogers, Carl (1977): *Therapeut und Client*. München: Kindler

Rotthaus, Wilhelm (2015): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Nachdruck der 2., unveränderten Auflage (1998) im verlag modernes lernen. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

Rubeis, Giovanni/Steger, Florian (2019): Internet- und mobilgestützte Interventionen bei psychischen Störungen. Implementierung in Deutschland aus ethischer Sicht. In: *Nervenarzt* 5, 2019 (90), 497-502

Sabrow, Martin (2020): Geschichte im Ausnahmezustand. Vier Thesen und die gesellschaftspolitischen Folgen. In: *Deutschland Archiv*, 1.5.2020. Online unter:

<https://www.bpb.de/geschichte/zeitgeschichte/deutschlandarchiv/308316/coronavirus-geschichte-im-ausnahmestand> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Schaade, Lars et al. (2010): Pandemieplanung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2010 (53), 1277-1282

Schepker, Renate/Kölch, Michael (2021): Frequently Asked Questions (FAQ) zu Kindern und Corona-Lockdown – eine Argumentationshilfe. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* Jg.49, 2021 (2), 146-150

Schmid, Raimund (2021): COVID-19-Pandemie verschärft Behandlungsdefizite massiv. In: *Pädiatrie* 2021 (33), 56-57

Schultz-Venrath, Ulrich (2011): Psychotherapien in Tageskliniken – Historische Perspektiven und zukünftige Aufgaben. In: Schultz-Venrath, Ulrich (Hg.): *Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte, Strukturen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1-11

Schulze, Ulrike/Blaumer, Dorothee (2013): Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Schule. In: Fegert, Jörg/Kölch, Michael (Hg.): *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 2. überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer Verlag, 522-525

Schwenck, Christina/Maur, Sabine (2020): Gruppentherapien. In: Döpfner, Manfred/Linden, Michael/Hautzinger, Martin ((Hg.): *Verhaltenstherapiemanual: Kinder und Jugendliche*. Berlin: Springer, 199-203

Simanowski, Roberto (2021): Rebelle Halbbildung. Infodemie als Seuche der Zukunft. Online unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/infodemie-als-seuche-der-zukunft-rebelle-halbbildung-100.html> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Simpson, Susan/Reid, Corinne (2014): Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. In: *Australian Journal of Rural Health* 22, 2014 (6), 280-299

Sindelar, Brigitte (2021): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Online in Zeiten der Corona-Krise. In: Bering, Robert/Eichenberg, Christiane (Hg.): *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer*. Stuttgart: Klett-Cotta, 196-208

Slavson, Samuel (1972): Einfnachdruckkührung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen. 2. unveränderter Nachdruck, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Spitzer, Manfred (2020): Pandemie. Was die Krise mit uns macht und was wir aus ihr machen. 3. Aufl. München: mvg Verlag, Imprint der Münchener Verlagsgruppe GmbH

Steel, Katie/Cox, Diane/Garry, Heather (2011): Therapeutic videoconferencing interventions fort he treatment of long-term conditions. In: *Journal of Telemedicine and Telecare* 17(3) 109-117

Steinhausen, Hans-Christoph (2019): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9. Aufl. München: Elsevier

Stippel, Andrea/Lehmkuhl, Gerd (2012): Gruppen mit Kindern und Jugendlichen. In: Strauß, Bernhard/Mattke, Dankwart (Hrsg.): *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer, 379-387

Stricker, Johannes/Lukies, Rabea (2021): Digitale Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen in der COVID-19-Pandemie. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2021, 89, 308-313

Thienel, Christian (2020): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Zeit der Corona-Pandemie. Online unter: https://vakjp.de/pdf/meldungen/Thienel_Psychotherapie_mit_Kindern_und_Jugendlichen_in_der_Zeit_der_Corona-Pandemie.pdf (letzter Zugriff 08.05.2022)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (2021): COPSYS-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie [Pressemitteilung, 10.02.2021]. Online unter: https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104081.html (letzter Zugriff 08.05.2022)

Universität Ulm (2021): Die fünf Wirkfaktoren der Psychotherapie. Online unter: <https://www.psychonlinetherapie.de/news/wirkfaktoren-der-psychotherapie/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Voos, Dunja (2016): Struktur, Strukturniveau und die psychotherapeutische Sprache. In: *Medizin im Text*. Online unter: <https://www.medizin-im-text.de/2016/49052/struktur-strukturniveau-und-die-psychotherapeutische-sprache/> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Warnke, Andreas/Quaschner, Kurt (1997): Psychotherapie im teilstationären Bereich. In: Remschmidt, Helmut (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme, 439-450

Weber, Hannah/Petermann, Franz (2018): Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten. In: *Kindheit und Entwicklung* 27, 2018 (4), 199-219

World Health Organization WHO (2020): Situation Report Nr. 13. Online unter: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf> (letzter Zugriff 08.05.2022)

Yalom, Irvin (2005): Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. München: Btb Verlag

Zagorscak, Pavle/Knaevelsrud, Christine (2019): Online-Therapie. In: Schneider, Silvia/Markgraf, Jürgen (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3, 2. Aufl. Berlin; Heidelberg: Springer, 233-247

Zajec, Karin (2016): „Strukturturniveaugemischt“ – über Notwendigkeiten und Chancen in der stationären Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 62, 2016, 6-23

9. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift