

Die Tagesklinik für Jugendliche (TKJ) am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich (ZKJP) der Universität Zürich: Konzept und erste Erfahrungen

■ H. Braun-Scharm, M. Dünner-Kramp, M. Fernández, B. Hassler, E. Hotz, P. Iarriccio, C. Mastrogiacono, H. P. Mösch, G. Pozzi, J. Scherrer Braun, H.-C. Steinhausen

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich

Summary

Braun-Scharm H, Dünner-Kramp M, Fernández M, Hassler B, Hotz E, Iarriccio P, Mastrogiacono C, Mösch HP, Pozzi G, Scherrer Braun J, Steinhausen H-C. [The day clinic for adolescents at the Department of Child and Adolescent Psychiatry (University of Zurich): conceptual issues and first experience.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2001; 152:11–8.

In the field of child and adolescent psychiatry there are many day hospitals for children but only a few for adolescents. The concept and initial experience of the day clinic for adolescents at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Zurich, which was established in 1998, are introduced and the first data published. The development so far would suggest that the specific services of the day hospital for adolescents are not yet well known but have already received some resonance. A general limitation of day hospital treatments is that emergency cases normally cannot be taken care of. The advantages are that patients' family and social relationships remain unaffected, stays in the ward are shortened and ambulant treatments can be intensified so that the child and adolescent psychiatric care provision network will expand and treatment costs fall.

Keywords: child and adolescent psychiatry; day clinic for adolescents; partial hospitalisation; multiprofessional team

Zusammenfassung

Im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen Kindertageskliniken relativ häufige, Jugendtageskliniken sehr seltene Versorgungsangebote dar. Das Konzept und die ersten Erfahrungen der seit 1998 bestehenden Tagesklinik für Jugendliche (TKJ) am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich werden vorgestellt und die ersten Belegungsdaten beschrieben. Die bisherige Entwicklung lässt darauf schliessen, dass das spezifische Angebot der TKJ zwar noch wenig bekannt ist, aber bereits eine gewisse Resonanz gefunden hat. Die generelle Einschränkung der tagesklinischen Behandlung besteht darin, dass Notfälle normalerweise nicht betreut werden können. Vorteile sind dagegen, dass die familiären und sozialen Beziehungen der Patienten unbeeinträchtigt bleiben, stationäre Aufenthalte verkürzt, ambulante Behandlungen intensiviert werden können, das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsnetz dichter wird und die Behandlungskosten niedriger sind.

Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendpsychiatrie; Tagesklinik für Jugendliche; teilstationäre Behandlung; multiprofessionelles Team

Einleitung

Teilstationäre, tagesklinische Abteilungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen eine fachspezifische Differenzierung des Behandlungsangebots dar und schliessen Lücken im Versorgungsnetz. Noch 1991 waren kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in der Schweiz, Österreich und Deutschland wesentlich seltener als stationäre Abteilungen (Bettschart 1982 [1], Corboz 1983 [2], Herzka und Hotz 1999 [3], Specht und Anton 1992 [4]). Eigenständige Tageskliniken für Jugendliche gibt es bislang kaum; auch Belegungsdaten, wie sie für stationäre Abteilungen vorliegen, fehlen bisher (Braun-Scharm et al. 1991 [5], Mattejat et al. 1994 [6]).

Korrespondenz:
PD Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Zürich
Neumünsterallee 3
Postfach
CH-8032 Zürich
e-mail: hbs@kjpd.unizh.ch

Abbildung 1a
Aufenthalt
in Monaten
(Mädchen).

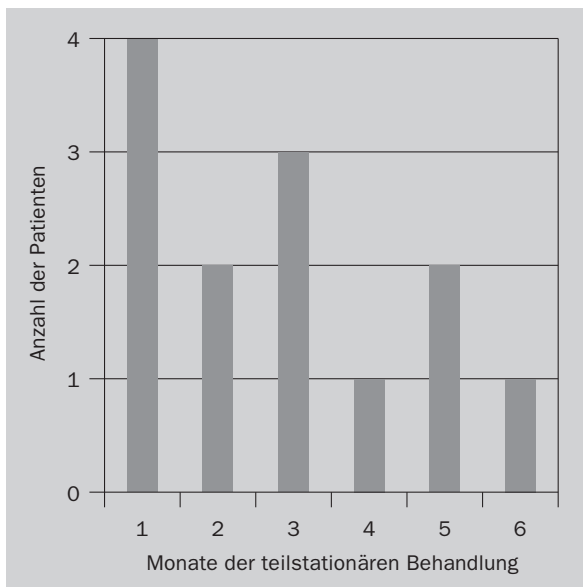
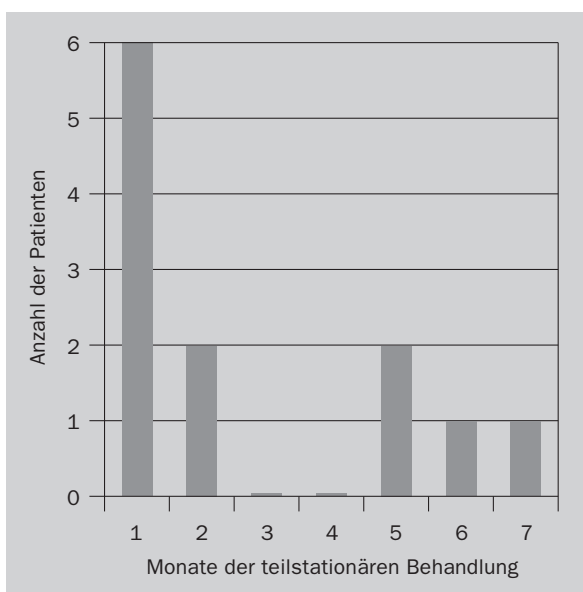


Abbildung 1b
Aufenthalt
in Monaten
(Jungen).



Im Juni 1998 wurde das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ZKJP) der Universität Zürich eröffnet, dessen Realisierung sich über drei Jahrzehnte hingezogen hatte. Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden bestehende und neue kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen zusammengeführt. Drei gründlich sanierte Altbauvillen und ehemalige Klinikgebäude beherbergen nun die Poliklinik, die zwei Jugendlichenstationen, die Tagesklinik für Kinder, die Tagesklinik für Jugendliche sowie diverse Forschungs-, Verwaltungs- und Direktionsräume. Die Poliklinik, die Tagesklinik für Kinder und die ausserhalb gelegene Kinderstation Brüschtal können auf jahrzehntelange Traditionen zurückblicken. Die Stationen und die Tagesklinik für Jugendliche (TKJ) stellen dagegen neue Versorgungsangebote im Kanton Zürich dar. Die wesentliche Erweiterung des ZKJP stellt somit der jugendpsychiatrische Bereich dar.

Tageskliniken für Jugendliche dokumentieren nicht nur die wachsende Bedeutung der Jugendpsychiatrie (Parry-Jones 1995 [7], Thompson et al. 1986 [8]), sondern bieten vor allem wesentliche psychosoziale Vorteile. Die Jugendlichen bleiben in Kontakt mit Familie und Peer group, sie können ihre Hobbies und Freizeitaktivitäten weiterführen, sie fühlen sich nicht in dem Mass in ihrer Autonomie beengt wie im stationären Setting und sie müssen mehr Verantwortung für die Therapie übernehmen (vgl. Goldman 1990 [9]). Gleichzeitig sind sie wesentlich kostengünstiger als stationäre Abteilungen, können aber trotzdem auch Patienten mit ausgeprägten psychischen Störungen übernehmen (Grizenko und Papineau 1992 [10], Kiser 1991 [11]).

Im folgenden wollen wir kurz über die Rahmenbedingungen und bisherigen klinischen Erfahrungen der Tagesklinik für Jugendliche im ZKJP berichten. Die TKJ umfasst 8 Plätze für männliche und weibliche Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren. Der Eintritt in die TKJ setzt eine jugendpsychiatrische Indikationsstellung voraus, die Aufenthaltsdauer ist grundsätzlich flexibel und richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten. Eine wichtige konzeptionelle Entscheidung war es, dass die TKJ keine rehabilitative Langzeitabteilung für chronisch Kranke sein sollte, wie es häufig im Erwachsenenalter der Fall ist. Vielmehr sollte sie ein ähnliches Klientel wie eine offene vollstationäre Abteilung versorgen können, um die Behandlungsmöglichkeiten psychisch kranker Jugendlicher in der Region tatsächlich verbessern und erweitern zu können (Creed et al. 1989 [12], Creed et al. 1991 [13]).

Aus diesem Grunde ist die TKJ auch nicht als reine Nachsorgeinstitution für die Jugendlichenstationen des ZKJP konzipiert. Jugendliche können zwar nach Abklingen der akuten Symptomatik sowohl von den Stationen auf die TKJ wechseln als auch bei Zunahme der Symptomatik in die Stationen eintreten. Gleichzeitig stand aber die TKJ von Anfang an allen anderen, insbesondere ambulanten Zuweisern offen, aber auch den umliegenden Kliniken, Jugendämtern/Jugendsekreteriaten, Jugendanwaltschaften und Schulpsychologischen Diensten.

Die TKJ wurde im September 1998 in Betrieb genommen. Von September 1998 bis Dezember 1999 sind in der TKJ 32 Eintritte erfolgt, davon 15 Mädchen und 17 Jungen. Das Durchschnittsalter der Jugendlichen betrug 16 Jahre. Die Aufenthaltsdauer der Patienten zeigt eine bimodale Verteilung mit zwei Gipfeln, vor allem bei den Knaben (Abb. 1b).

Tabelle 1 Belegungsdaten September 1998 bis Dezember 1999.

8 Plätze für männliche und weibliche Jugendliche		
bisherige Eintritte		
		n = 32
Mädchen		n = 15
Jungen		n = 17
Durchschnittsalter		
Mädchen		16,0 Jahre
Jungen		15,7 Jahre
durchschnittliche Aufenthaltszeit		
Mädchen		2,9 Monate
Jungen		2,6 Monate
Eintritt von		
psychiatrischen Kliniken, Kinderspital		n = 4
Stationen		n = 10
Kinder- und Jugendpsychiatrie/KJPD/Poliklinik		n = 11
JS/JUGA usw.		n = 5
SPD		n = 2
Entlassung		
zu den Eltern		n = 13
Wohnheim/Schulheim		n = 2
Station/Spital		n = 9
Hauptdiagnosen ICD-10		
Schizophrenie	F2	n = 5
affektive Störung/Depression	F3	n = 7
Zwang	F42	n = 4
Somatisierung	F45	n = 1
Essstörung	F5	n = 3
Persönlichkeitsstörung	F6	n = 6
Asperger-Syndrom	F84	n = 1
Störung des Sozialverhaltens	F91	n = 4
emotionale Störung	F93	n = 1

Unter den Kurzaufenthalten befinden sich dabei nicht – wie sonst meistens in Belegungsstatistiken – viele Abbrecher, sondern Diagnostik- und Abklärungsaufträge sowie vorübergehende Aufenthalte als Vorstufe für stationäre Behandlungen. Bei längerem Aufenthalt liegt der Schwerpunkt bei 5–6 Monaten, bei kürzeren Aufenthalten bei 1–2 Monaten. Die Eintritte erfolgten überwiegend von den Stationen, praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiatern, der Poliklinik und den regionalen Ambulatorien des kantonalen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD), in geringerer Zahl von anderen Kliniken, den Jugendsekretariaten, der Jugendanwaltschaft und den Schulpsychologischen Diensten. Die Entlassungen erfolgten überwiegend nach Hause oder in stationäre Abteilungen (die eigenen Stationen

eingeschlossen). Die Verlegungen auf die Stationen geschahen nur zum geringen Teil deshalb, weil der teilstationäre Rahmen nicht ausreichend war. Aufgrund der kleinen Zahl der bisherigen Teilstichproben haben wir auf weitere statistische Berechnungen verzichtet.

Die diagnostische Verteilung der bisher entlassenen Patienten ergibt ein jugendpsychiatrisches Spektrum, das sich nicht wesentlich von der Verteilung im stationären Bereich unterscheidet. Ähnliche Befunde wurden auch von anderen Autoren berichtet (Remschmidt et al. 1988 [14]). Wir sehen vorwiegend Patienten und Patientinnen mit schizophrenen Psychosen, affektiven Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und anderen jugendtypischen Störungen (Tab. 1).

Neben einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Grundstörung gehören zu den Voraussetzungen für den Eintritt in die TKJ folgende Punkte:

- Die Fähigkeit, den Weg von zu Hause in die TKJ und zurück überwiegend selbständig zurücklegen zu können.
- Fahrzeit von nicht wesentlich mehr als einer Stunde.
- Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit der Familie.
- Eine relativ zuverlässige Motivation, sich an organisatorische und therapeutische Regeln zu halten.

Folgende Aufnahmeindikationen sind bisher umgesetzt worden:

- Übernahme von Jugendlichen aus dem stationären Bereich nach Abklingen der Akutsymptomatik.
- Betreuung von Jugendlichen, die im ambulanten Setting nicht mehr ausreichend betreut werden können.
- Diagnostische Abklärungen unter Einschluss neuropsychologischer und neurophysiologischer Methoden.
- Medikamentöse Ein- und Umstellungen.
- Probatorische Behandlungen für Jugendliche, bei denen die Indikation zu teilstationären oder vollstationären Behandlungen offen ist.
- «Komplizierte Plazierungen», d.h. erfolglose Vorplazierungen.

Anmeldephase

Die Anmeldung in der TKJ erfolgt bei externen Zuweisern telefonisch. Die Probleme der Jugendlichen werden kurz beschrieben und eine Vorverständigung über die Nützlichkeit der tagesklinischen Behandlung wird hergestellt. Ähnlich

wie bei offenen psychiatrischen Stationen sind floride Psychosen, akute Suizidalität, andauernde Dissozialität und Substanzmissbrauch absolute Kontraindikationen. Die abstrakten Kriterien sind jedoch nicht immer für oder gegen eine tagesklinische Behandlung entscheidend, weil sie erfahrungsgemäss je nach Perspektive unterschiedliches Gewicht haben. Die Entscheidung über die Realisierbarkeit der Behandlung fällt daher normalerweise erst im Vorstellungsgespräch, das beim Leitenden Arzt stattfindet. Dabei werden die aufnahmerelevanten Kriterien abgewogen, die sich je nach individuellen Gegebenheiten stark unterscheiden können. Auch die aktuelle Gruppenzusammensetzung der TKJ kann auf die Aufnahmepraxis Einfluss nehmen.

Abklärungsphase

Am Beginn eines tagesklinischen Aufenthalts – mit Ausnahme kurzer Abklärungsaufträge – steht eine 4–6wöchige Beobachtungs- und Diagnostikphase, die mit einem Eintrittsgespräch beginnt und einem ersten Standortgespräch ihren Abschluss findet. Am Eintrittsgespräch sollten die Eltern und die eintretenden Jugendlichen teilnehmen. Vom Team sind die Bezugspersonen des Betreuungsteams, die Psychologen und Psychologinnen des Behandlungsteams sowie die zuständigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen anwesend.

Im Aufnahmegespräch werden der bisherige Symptomverlauf, die Lösungsvorstellungen und Behandlungsversuche zusammengetragen. Daraus werden erste Behandlungsziele sowie ein zeitlicher Aufenthaltsrahmen entwickelt. Gleichzeitig wird allen Beteiligten Gelegenheit gegeben, Erwartungen und Befürchtungen im bezug auf die Behandlung in einer psychiatrischen (Tages)Klinik zu äussern.

Nach dem ersten Kontakt sind die zuständigen Therapeuten dafür verantwortlich, die behandlungsbezogenen Vorbefunde zu beschaffen und die dafür erforderlichen Schweigepflichtsentbindungen einzuholen. Die Lehrerinnen und Lehrer der Klinikschule stellen die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Schulen oder Lehrbetrieben her. In den ersten Tagen nach der Aufnahme wird der Psychostatus erhoben sowie eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Bei körperlichen Grunderkrankungen oder regelmässigen Medikamenteneinnahmen werden Laborkontrollen und Spezialuntersuchungen angeordnet. Weiterhin wird eine ausführliche Eigen-, Fremd- und Familienanamnese erhoben.

Die Verhaltensbeobachtung erfolgt vom ersten Tag an durch alle Teammitglieder und wird schriftlich dokumentiert. Zur Erfassung der elterlichen Beurteilung, des subjektiven Erlebens und Verhaltens und mehrerer anderer Variablen werden standardisierte Formen der Datenerhebung benutzt; es handelt sich dabei um leicht modifizierte Fragebogen, die mittlerweile in mehreren kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen eingesetzt werden (Mattejat und Remschmidt 1997 [15]). Die erhobenen Kerndaten der Jugendlichen, der familiären Bezugspersonen sowie der Psychostatus fliessen zusammen mit Fragebogendaten in eine für das ganze Zentrum verbindliche Basisdokumentation ein.

Die psychologische Basisdiagnostik zu Beginn des Aufenthalts ermittelt die aktuelle intellektuelle Leistungsfähigkeit sowie die Persönlichkeitsstruktur mit Hilfe standardisierter, an den gängigen Klassifikationssystemen orientierter Fragebogen wie der Child Behavior Checklist, des Youth Self Report (CBCL, YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993 [16, 17]), des Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventars (PSSI: Kuhl und Kazdén 1997 [18]) und des Inventars zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und -Störungen (IPMS; Berner et al. 1998 [19]). Je nach Problematik werden weitere vertiefende diagnostische, zum Teil familienorientierte und projektive Verfahren eingesetzt. Bei Änderung des klinischen Bildes oder längerem Aufenthalt können testpsychologische Untersuchungen auch wiederholt werden.

Wenn die Eltern einverstanden sind, wird möglichst bald nach dem Eintritt ein Hausbesuch durchgeführt, um Beobachtungen und Eindrücke für die Familiendiagnostik zu gewinnen und das Umfeld kennenzulernen, aus dem die Jugendlichen kommen und in das sie täglich zurückkehren.

Alle diese Befunde fliessen zusammen mit den Beobachtungen aus dem Alltag, der Schule, der Einzelpsychotherapie, der Bewegungstherapie, den Bezugspersonengesprächen und den Gruppengesprächen in das erste Standortgespräch ein. In diesem wird der laufende Behandlungsprozess reflektiert und revidiert. Dazu gehören die Präzisierung der diagnostischen Hypothesen und der Therapieplanung.

Behandlungskonzept

Eine Tagesklinik zeichnet sich im Unterschied zu anderen Behandlungsangeboten durch die spezifische Tagesstruktur aus, die sie anbietet. Unser Tagesablauf beginnt mit einer kurzen Morgen-

runde um 8.30 Uhr und endet mit einer kurzen Abendrunde um 16.30 Uhr; diese Klammer bietet einen verbindlichen Rahmen und eine Gewähr dafür, dass die Jugendlichen ihre Probleme von zuhause morgens abgeben und die Probleme der Tagesklinik abends nicht mit nachhause nehmen müssen. Während des Tages führen die gemeinsamen Mahlzeiten, die Unterrichts-, Hausaufgaben- und Psychotherapieeinheiten sowie die Gruppenaktivitäten zu einem dichten, aber immer noch variablen Stundenplan, der relativ wenig Leerlauf aufweist.

Die Wochenenden und 5 Wochen innerhalb der üblichen Schulferienzeiten können die Jugendlichen zuhause verbringen.

Tageskliniken sind grundsätzlich offene Abteilungen, die einen freiwilligen Aufenthalt voraussetzen. Sie sollen einen möglichst unmittelbaren Kontakt und Übergang zu nichtklinischen, «normalen» Lebensbedingungen ermöglichen und erleichtern. Tageskliniken sind jedoch keine «Allzweckmittel» und nicht in erster Linie dafür geeignet, stationäre Aufenthalte für wenig motivierte Familien zu ersetzen.

Einzelgespräche

Einzelgespräche basieren auf der Basis einer intensiven, vertrauensvollen Zweierbeziehung und finden 1–2mal wöchentlich statt. Die Arbeitsweise ist eklektizistisch und vereinbart psychodynamische, familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Aspekte. Das Vorgehen ist dabei zum einen symptom- und störungsspezifisch und greift gezielt die Bearbeitung essenzieller Defizienzen und Einschränkungen an, um Verbesserungen zu erreichen. Zum anderen finden auch allgemeine entwicklungspsychologische und familiendynamische Gesichtspunkte wie pubertäts- und adoleszenzkritische Probleme, Ablösung vom Elternhaus, familiäre Beziehungsstörungen und Autonomiebestrebungen Berücksichtigung. Verarbeitung von Schwächen sowie Förderung von Ressourcen und Entwicklung von effektiven Coping-Strategien gehen dabei Hand in Hand. In Zukunft streben wir an, spezifische Therapiemodule für jugendpsychiatrische Störungen zu entwickeln; dazu gehören Essstörungen, Borderline-Störungen, Selbstverletzungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und Psychosen.

Die «Dosierung» der Einzeltherapie richtet sich nach der Belastbarkeit, Verbalisierungsfähigkeit und Effizienz dieser Methodik. Bei wenig belastbaren schizophrenen Jugendlichen kann es anfangs möglich sein, dass die Gesprächsdauer nur einen

Teil der üblichen Zeit umfasst und die Thematik weitgehend an Alltagsproblemen orientiert ist, da diese Jugendlichen bereits durch alltägliche Belastungen in Überforderungssituationen geraten, in denen wesentliche Teile der Psychopathologie enthalten sind.

Gruppengespräche

Gruppengespräche werden im interdisziplinären, gemischtgeschlechtlichen Team durchgeführt. Die therapeutische Ausrichtung ist multimethodal entsprechend den therapeutischen Ausbildungen der Mitarbeiter. Grundlage ist ein primär pragmatischer, an den Alltagsthemen der Jugendlichen orientierter Gesprächsstil. Der Behandlungsansatz strebt Einsicht in zentrale Probleme, die Entwicklung von lösungsorientierten Verhaltensmodifikationen und erreichbare Ziele an. Die allgemeinen Inhalte der Gruppengespräche sind, dass die Jugendlichen sich besser einbringen können, gegenüber anderen persönlicher werden, den Gesprächsrahmen wahren, auf andere eingehen können, den Kommunikationsstil in der Gruppe entwickeln, adäquate Rückmeldung geben und entgegennehmen können, die Stimmung kontrollieren, sich mit jugendtypischen Fragen auseinandersetzen und Beziehungen differenziert beginnen und beenden können.

Die Gruppengespräche finden wöchentlich 2mal mit einer Dauer von jeweils 1¼ Stunden statt. Das Gespräch wird durch Psychologen sowie Bezugspersonen geleitet. Unsere Erfahrung ist, dass die obligatorische Teilnahme an diesen Gesprächen nicht in Frage gestellt wird. Verweigerungen kommen selten vor, auch wenn Unlustgefühle manchmal gross sind. Das Gespräch wird von den Jugendlichen dazu genutzt, Themen anzusprechen, die in der Luft liegen und Probleme bereiten. Der Gesprächsrahmen ist formal möglichst streng (pünktlicher Beginn und Schluss, klares Einhalten von Regeln), inhaltlich jedoch offen, vor allem bei Gesprächsbeginn. Wenn die Jugendlichen keine aktuellen Themen anbieten oder offensichtlich Probleme verleugnet werden, bringen die Gruppenleiter diese Aspekte ein.

Familiengespräche

Familiengespräche können informierenden, beratenden oder therapeutischen Charakter haben. Die Angehörigen werden über Diagnostik, Behandlung und Arbeitsabläufe informiert und in die Therapieplanung miteinbezogen. Dadurch kann im

Prozess auch die Familiendiagnostik verbessert werden. Bei tendenziell chronischen Störungen (Schizophrenien, Zwangsstörungen usw.) finden psychoedukative Methoden mit ausführlicher Information über das Krankheitsbild, elterliche Kooperationsmöglichkeiten bei der Behandlung und Rezidivprophylaxe statt. Bei entsprechender Indikation finden gezielte familientherapeutische Interventionen statt, die der Verbesserung der familiären Beziehungen, der verbesserten Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Familienmitglieder und vor allem der Gestaltung der Ablösungs- und Autonomiebestrebungen der Jugendlichen dienen sollen. Dazu gehören auch Aufhebung von Schuldzuschreibungen, die sich sowohl an die jeweils eigene als auch an die Adresse anderer Familienmitglieder richten können. Am Ende des Aufenthalts steht die Planung der weiteren Zukunft, die Entwicklung konkreter Perspektiven für Schule und Ausbildung, die Gestaltung des familiären Zusammenlebens, die Anbahnung von Ausbildungs- und Plazierungsplätzen sowie die Besprechung von Nachbetreuungsmodalitäten.

Psychopharmakologie

Eine medikamentöse Behandlung wird durchgeführt, wenn sie sinnvoll und effizient erscheint. Die Entscheidung darüber fällt im wesentlichen auf der Basis der Diagnose bzw. abgegrenzter Symptome. So werden beispielsweise schizophrene Jugendliche nahezu immer, essgestörte Jugendliche nur selten medikamentös behandelt. Dabei finden möglichst nebenwirkungsarme Substanzen auf der Basis der neusten Erkenntnisse der pharmakologischen Behandlung Einsatz. Die Dosierung sollte immer so niedrig wie möglich sein, richtet sich aber im wesentlichen nach der individuellen Response in Relation zu eventuellen Nebenwirkungen. Die häufigsten verordneten Substanzen sind Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Stimulantien.

Ausdrucksmalen

Das Ausdrucksmalen findet an einem Nachmittag während 1½ Stunden statt. In einem speziellen Raum wird stehend an der Wand gemalt. Die Farben und Pinsel sind in der Mitte des Raumes bereitgestellt, so dass die Jugendlichen sich nicht um Farben und Material kümmern müssen. Den Raum und den Palettentisch mit Farben und

Pinseln treffen die Jugendlichen immer gleich an. Dies soll Geborgenheit und Vertrauen schenken sowie Verlässlichkeit vermitteln.

Das Format des Blattes ist vorgegeben, die Frage nach Hoch- oder Querformat, Farbe, Themen, richtigen und falschen Maltechniken, ästhetischen Fragestellungen oder der Beendigung eines Bildes wird individuell entschieden. Für den Malenden ist es das Ziel, frei zu malen, je nach Bedürfnis und Stimmung. Der Malleiter unterstützt diesen Prozess, indem er bei praktischen Tätigkeiten hilft (Reissnägeln versetzen, Bilder abhängen, Mischen von Farbtönen usw.), so dass für die Jugendlichen ein Malen ohne Hindernisse möglich ist.

Die Ziele des Ausdrucksmalens sind:

- den Jugendlichen freien Raum zu geben;
- Förderung von Selbstentscheidung und Autonomie;
- Stärkung des Selbstwerts und der Unabhängigkeit von aussen;
- Spass und Lust am Malen;
- Lernen, bei sich zu sein und trotzdem die Gruppe wahrzunehmen.

Bewegungstherapie

Im Zentrum der Bewegungstherapie steht die Beziehung zum Körper. Die Körperwahrnehmung erlaubt einen unmittelbaren und oft elementaren Zugang zur eigenen Person und Erfahrungswelt, die sich im Kontext mit anderen Dingen und Menschen, Raum und Zeit befindet.

Für die Jugendlichen der Tagesklinik stehen zwei Gruppentermine sowie mehrere Einzeltermine zur Verfügung. Die Therapien finden entweder in einem grösseren Raum, der Möglichkeit für bewegungsintensive Übungen bietet, einem kleineren Raum für Einzel- und Entspannungssitzungen oder im Schwimmbad statt. Die inhaltlichen Schwerpunkte der verschiedenen bewegungstherapeutischen Angebote, die auch den anderen Abteilungen des Zentrums zur Verfügung stehen, werden durch Diagnosen (Psychosen, Anorexien), psychodynamische Ansätze (Selbstwertgruppe), geschlechtsbezogene Themen (Mädchen-/Knabengruppe) oder das Arbeitsmedium (Wasser, Entspannung) vorgegeben.

Klinikschule

Während ihres Aufenthalts in der Tagesklinik werden die Jugendlichen auch schulisch betreut. Die Klinikschule ergänzt das therapeutische Angebot der Klinik, sie bietet einen Arbeits- und Lebens-

raum, in dem sich die Schüler und Schülerinnen entfalten und entwickeln können. Die Unterrichtsatmosphäre ist geprägt von Wertschätzung und Interesse für die Jugendlichen, die von den Lehrern und Lehrerinnen in ihrer ganzen Persönlichkeit erfasst werden.

Ziel des Unterrichts

In der Sonderschule wird gemäss dem Lehrplan unterrichtet. Die Schule ist von den allgemeinen Lernzielen befreit und kann so gut auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Einzelnen eingehen.

Ein klares Ziel ist die Optimierung des ganzen Lernbereichs, die anschliessende Integration in eine Schule oder Lehre. Oft ist es auch wichtig, dass den Jugendlichen der Wiedereintritt in die vorübergehend verlassene Klasse ermöglicht wird.

Schul- und Unterrichtsform

Die Schule umfasst als gegliederte Sekundarschule alle Schultypen dieser Altersstufe, inklusive das Gymnasium.

Als Unterrichtsformen ergeben sich der Gruppenunterricht (4–6 Schüler/innen) auf verschiedenen Niveaus und der Förderunterricht (einzeln oder in Kleingruppen). Die Zusammensetzung der Schüler- und Schülerinnengruppen erfolgt übergreifend mit den stationären Abteilungen. Dadurch wird der Rahmen für persönliche Beziehungen über die Tagesklinik hinaus erweitert.

Das Schulangebot konzentriert sich auf die Hauptfächer Deutsch, Mathematik und Fremdsprachen. Daneben werden punktuell auch Geschichte und Naturwissenschaften angeboten. Nicht zu kurz kommen der musische Bereich und das Turnen.

Die Anzahl der wöchentlichen Lektionen ist individuell verschieden, sie beträgt im Durchschnitt 18–20 Lektionen pro Woche.

Zusammenarbeit

In der Klinikschule verstehen wir die pädagogische Arbeit als gemeinsame Arbeit im Team. Der tägliche Austausch zwischen den Lehrpersonen ist selbstverständlich.

Die Zusammenarbeit mit der Tagesklinik ist so organisiert, dass ein Lehrer für den Kontakt mit der Klinik verantwortlich ist. Er nimmt jeden Tag am Morgentreff teil und besucht auch die Teamsitzungen und die Chefvisiten. Auf diese Art ist auch die Zusammenarbeit mit den Therapeuten und Therapeutinnen gewährleistet.

Beratung und Beurteilung

Entscheidend für eine gute Arbeit in der Schule

sind die verschiedenen Aussenkontakte. Besondere Bedeutung kommt dabei der Zusammenarbeit mit den Lehrern und Lehrerinnen der Herkunfts- und Zielschule zu. Damit sich die Jugendlichen sicher fühlen, sind regelmässige Absprachen nötig. Meistens sind die Eltern auf fachliche Beratung von Seite der Schule angewiesen. So werden z.B. Unsicherheiten bezüglich des weiteren Schulweges an Familiengesprächen diskutiert.

Nach 10 Wochen Klinikaufenthalt ist unsere Schule für die Beurteilung der Jugendlichen verantwortlich. Ein wichtiges Instrument für die Beurteilung ist der Lernbericht, der beim Austritt erstellt wird. Dabei wird auf Noten verzichtet, die formative Lernbeurteilung steht im Zentrum. Neben der Beurteilung durch die Lehrer und Lehrerinnen werden das Sozial-, Arbeits- und Lernverhalten auch von den Schülern und Schülerinnen selbst beurteilt. Dies vor allem auch im Hinblick auf die Förderung der Eigenverantwortlichkeit. Die Beurteilung wird dann im gemeinsamen Gespräch ausgewertet.

Bisherige Belegungspraxis

Die geringe Vertrautheit mit dem Konzept einer jugendpsychiatrischen Tagesklinik scheint dafür verantwortlich zu sein, dass die Unsicherheiten bei der Zuweisung nach wie vor gross sind, wann und unter welchen Umständen Jugendliche in der Tagesklinik angemeldet werden können. Die Standardsituation ist offensichtlich so, dass die meisten Jugendlichen so lange ambulant behandelt werden, bis sie entweder nicht mehr therapiebedürftig sind oder aber eine möglichst umgehende stationäre Behandlung benötigen. In diesem Modell ist nur wenig Platz für die Versorgungsleistung einer Tagesklinik.

In einem differenzierten Versorgungsnetz hat aber eine Tagesklinik für Jugendliche die Aufgabe der Erweiterung des bisherigen therapeutischen Angebots. Die Indikation zu einer tagesklinischen Behandlung im Jugendalter sollte allerdings bereits möglichst früh, eher zu Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gestellt werden, wenn noch genügend Spielraum für Anmelde- und Wartefristen vorhanden ist. Wir sind uns aber natürlich darüber im klaren, dass der Eintritt in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik für viele Jugendliche und Familien nach wie vor eine grosse Hürde darstellt und mit mannigfachen Vorurteilen verbunden ist.

Weitere Perspektiven

Die steigende Zahl der Nachfragen und die Vollbelegung über lange Zeit lassen darauf schliessen, dass das Konzept der TKJ Anklang findet und als hilfreich empfunden wird. Die Mehrzahl der Patienten und Patientinnen kann durchgängig teilstationär behandelt werden, auch bei schwerwiegenden psychiatrischen Diagnosen. Es bleibt abzuwarten, ob sich das bisherige Konzept bewährt oder ob neue Erfahrungen zu Modifikationen führen. Durch Einbezug von Musiktherapie und Ergotherapie soll mit der Zeit unser therapeutisches Angebot wirksam erweitert werden. Die Realisierung zusätzlicher teilstationärer Projekte, wie etwa die einer Nachtklinik für solche Jugendliche, die bereits wieder Schule oder Ausbildung besuchen können, wird dagegen noch einige Zeit benötigen.

Limitierungen

Tagesklinische Einrichtungen weisen grundsätzlich Einschränkungen auf, die auch auf die hier vorgestellte Abteilung zutreffen. So können Notfallsituationen, akute Eigen- und Fremdgefährdung üblicherweise nicht in einer Tagesklinik aufgefangen werden. Die Anforderungen an Zuverlässigkeit und Mitarbeit der Jugendlichen und ihrer Familien sind höher und führen zu einer stärkeren Selektion der Patienten, als dies im stationären Bereich der Fall ist. Auch ist die Versorgungsregion durch die zweimal täglich anfallenden Fahrzeiten kleiner als für stationäre Einrichtungen.

Literatur

- 1 Bettschart W. Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 1982;31:87–92.
- 2 Corboz RJ. Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Schweiz. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1983;11:116–32.
- 3 Herzka H, Hotz R. Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Basel: Schwabe; 1999.
- 4 Specht F, Anton S. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1992;41:367–74.

- 5 Braun-Scharm H, Räder K, Martinius J. Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtagsuntersuchung. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1991;19:70–7.
- 6 Mattejat F, Gutenbrunner C, Remschmidt H. Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1994;22:154–68.
- 7 Parry-Jones WLL. The future of adolescent psychiatry. *Br J Psychiatry* 1995;166:299–305.
- 8 Thompson JW, Rosenstein MJ, Milazzo-Sayre LJ, MacAskill RL. Psychiatric services to adolescents: 1970–1980. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37:584–90.
- 9 Goldman DL. Historical notes on partial hospitalisation. *Int J Partial Hosp* 1990;2:111–6.
- 10 Grizenko N, Papineau D. A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Can J Psychiatry* 1992;6:393–400.
- 11 Kiser LJ. Treatment-effectiveness research in child and adolescent partial hospitalization. *Psychiatr Hosp* 1991;2:51–8.
- 12 Creed F, Anthony P, Godbert K, Huxley P. Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital. *Br J Psychiatry* 1989;154:341–7.
- 13 Creed F, Black D, Anthony P, Osborne M, Thomas P, Franks D, et al. Randomised controlled trial of day and in-patient treatment. 2: Comparison of two hospitals. *Br J Psychiatry* 1991;158:183–9.
- 14 Remschmidt H, Schmidt MH, Mattejat F, Eisert HG, Eisert M. Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1988;3:124–34.
- 15 Mattejat F, Remschmidt H. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Manual der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg; 1997.
- 16 Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). 1993.
- 17 Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). 1993.
- 18 Kuhl J, Kazdén M. Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI). Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 19 Berner W, Benninghoven C, Genau M, Lehmkuhl G. Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen: empirische Untersuchung einer Feldstichprobe mit dem «Inventar zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und -Störungen (IPMS). *Persönlichkeitsstör* 1998;2:91–200.