

10.

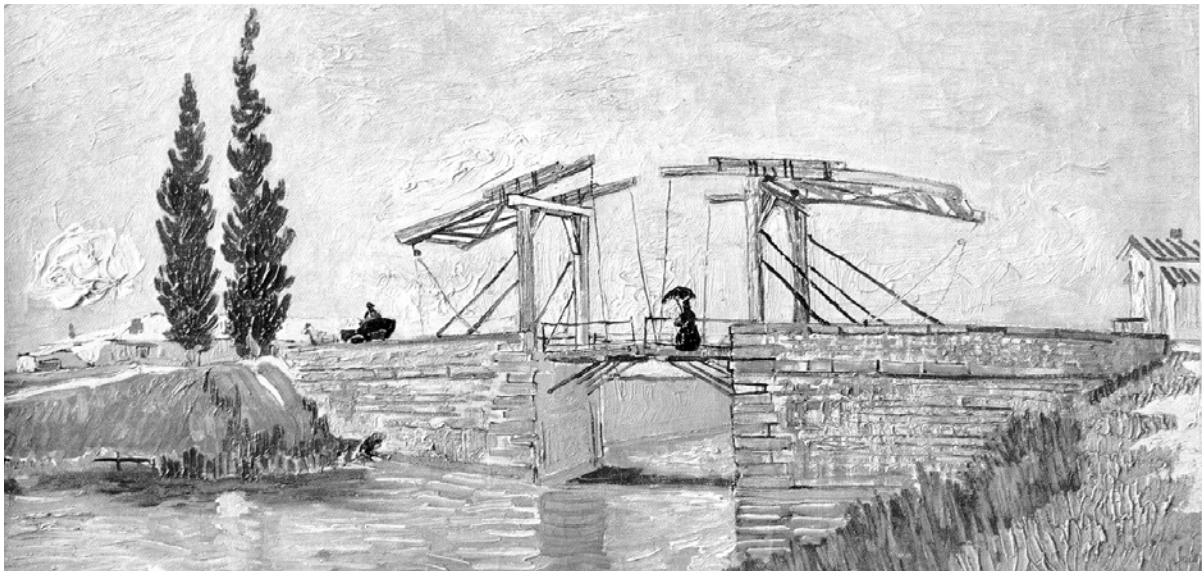
RHEINISCHE ALLGEMEINE  
PSYCHOTHERAPIETAGE

ideologiefrei\_schulenübergreifend\_berufsgruppenübergreifend

16. – 18. September 2004, Bonn

## Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie

„Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust“



Du bist Dir nur des einen Triebs bewusst;  
O lerne nie den andern kennen!  
Zwei Seelen wohnen, ach! In meiner Brust;  
Die eine will sich von der anderen trennen:  
Die eine hält in derber Liebeslust  
Sich an die Welt, mit klammernden Organen;  
Die andre hebt gewaltsam sich vom Durst  
Zu den Gefilden hoher Ahnen  
(Goethe: Faust)

Veranstalter:

**gap-ev.**

GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINE PSYCHOTHERAPIE E.V.  
und Rheinische Kliniken Bonn, Kinder- und JugendPsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
mit Kooperation der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen des Berufsverbandes Deutscher  
Psychologinnen und Psychologen

Tagungsleiter:  
Dr. med. Jürgen Junglas, Diplom-Psychologe

Geschlechtergerechte Angebote werden in der Medizin und den psychosozialen Berufen z.Zt. intensiv gefordert und diskutiert. Die Politik unterstützt diese Bemühungen.

Welche Bedeutung für die Behandlung das Geschlecht des/der Therapeuten/-in und das Geschlecht des/der Patienten/-in hat wird in der Psychotherapie schon lange diskutiert. Unter der Diskussion des *gender mainstreaming* scheint es zu einem Qualitätskriterium zu generieren, dem zu folgen ein muss! zu werden droht.

Andererseits verspricht eine vertiefte Betrachtung des gender-konzepts, jenseits vordergründiger Geschlechtsbetrachtungen, die weitere Erschließung therapeutisch wirksamer Dimensionen.

Unsere Tagung dient dem Ziel, den aktuellen Diskurs des *gender mainstreaming* aufzunehmen und den TherapeutInnen und PatientInnen nutzbar zu machen.

In der Vorbereitung der Tagung hatten wir den Zwischentitel "Von OpferInnen und TäterInnen", der den Geschlechtstpos "aktiv-passiv" aufgriff; diese und ähnliche Vorurteile gilt es zu identifizieren und dem therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

#### Wissenschaftlicher Beirat:

Priv.Doiz. Dr. M. Banger, Essen, Bonn

Prof. Dr. J. Fengler, Köln

Prof. Dr. T. Held, Berlin, Bonn

Prof. Dr. Dr. R. D. Hirsch, Erlangen, Bonn

Prof. Dr. W. P. Hornung, Münster, Bonn

Priv.Doiz. Dr. M. R. Lemke, Kiel, Bonn

Dr. E. Rosen, Bonn

Prof. Dr. H.G. Schlack, Bonn

Prof. Dr. O.B. Scholz, Bonn

**Donnerstag 16.9.2004**  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Vorsitz: Dr. Jürgen Junglas

**09.00 h:**

**Dr. Jürgen Junglas, Bonn**

Sensibel oder gerecht? Institutionen auf dem Weg zur personenzentrierten Hilfe

**09:30 h:**

**Irmgard Eckelt, Schwelm**

Mädchen- und jungenspezifischer Mathematikunterricht

**10:00 h:**

**Andrea Frewer, Köln**

Mädchenspezifische Prävention – Beratung – Therapie bei Ess-Störungen am Beispiel der Beratungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN – Mädchenhaus Köln e.V.

10:50 h: Vorstellung der folgenden Workshops durch die Leiter

**11:00 – 12:30 Uhr (parallel)**

**Norbert Berg, Gudrun Droletz, Bonn**

Essgestörte in der Klinik

**Andrea Frewer, Köln**

Ess-Störungen, ein Modethema?

**Stefanie Lenger, Bonn**

Alles gender? Thema oder Unthema der Kinder- und Jugendhilfe

**Georg Schwender, Frederike Trautmann, Bonn**

Mädchen und Jungen in der Tagesklinik

12:30 – 14:00 Uhr Mittagspause

Essen in der Klinikcafeteria (Hauptgebäude) möglich

**14:00 h:**

**Dr. Ulrich Preuss, Bern**

Kranke Mädchen – Böse Jungs

**14:30 h:**

**Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Mönchengladbach**

Die Geschlechterperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**15:00 h:**

**Dr. Dr. Reinhard Arndt, Dr. Jürgen Junglas, Bonn, Prof. Dr. Ellen Aschermann, Köln**

Geschlechterspezifische Behandlungswünsche in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

15:50 h: Vorstellung der folgenden Workshops durch die Leiter

**16:00 – 17:30 Uhr (parallel)**

**Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Mönchengladbach**

Anwendung der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

**Norbert Darimont, Bonn**

Teilleistungsstörungen und psychische Störungen bei Mädchen und Jungen

**Hildegard Goletz, Köln**

Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen - Familiaritätsstudie

18:00 Uhr: Mitgliederversammlung Gesellschaft für Allgemeine Psychotherapie e.V.

---

### **Zeitraster**

09:00 – 10:30 Uhr Vorträge à 30 Minuten

11:00 – 12:30 Uhr Workshops (parallel)

*12:30 – 14:00 Uhr Mittagspause*

14:00 – 15:30 Uhr Vorträge à 30 Minuten

16:00 – 17:30 Uhr Workshops (parallel)

**Freitag 17.9.2004**  
**Psychiatrie und Psychotherapie**  
**Vorsitz: Reiner Schwarz**

**09:00 h:**

**Reiner Schwarz, Köln**

Sollten Patienten immer von einer gleichgeschlechtlichen Therapeutin oder Therapeuten behandelt werden?

**09:30 h:**

**Prof. Dr. Wolfgang Weig, Osnabrück**

Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Gruppe von Sexualstraftätern unter dem Aspekt der Förderung von sozialer Kompetenz und Genussfähigkeit

**10:00 h:**

**Prof. Dr. Dr. R. D. Hirsch, Bonn**

Demenz ohne Geschlecht

10:50 h: Vorstellung der folgenden Workshops durch die Leiter

**11:00 – 12:30 Uhr**

**Annelie Dott, Köln**

Mobbing – Frauen werden gemobbt, Männer auch

**Dr. Adelheid Hecker-Niediek, Bonn**

Geschlechtersensible Psychopharmakotherapie

**Prof. Dr. Wilhelm Peter Hornung, Bonn**

Angehörige in der Behandlung schizophrener und schizoaffektiver Psychosen: die Rolle von Mutter und Vater

**Reiner Schwarz, Köln**

Erfahrungen in therapeutischen Beziehungen mit oder ohne Divergenz der Geschlechter

12:30 – 14:00 Uhr Mittagpause

Essen in der Klinikcafeteria (Hauptgebäude) möglich

**14:00 h:**

**Dr. Niclaas Bliesener, Bonn**

Pubertät und Neuroleptika

**14:30 h:**

**Dr. Sven-Uwe Kutscher, Essen; PD Dr. Markus Banger, Bonn**

Psychiatrische Komorbidität unter besonderer Berücksichtigung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit

**15:00 h:**

**Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, München**

Gender und Suizid

15:50 h: Vorstellung der folgenden Workshops durch die Leiter

**16:00 – 17:30 Uhr (parallel)**

**Dr. Karl-Eberhardt Dickkopf-Kaschenbach, Bonn**

Mutter und Kind in der Psychiatrie - Riskmanagement

**Annelie Dott, Köln**

Mobbing – Frauen werden gemobbt, Männer auch

**Christian Ditz, Bonn**

Geschlechtersensible Pflege in der Gerontopsychiatrie

**Klaus Niel, Köln**

HelferInnen in Märchen

18:00 Uhr **Dr. Dr. Bernhard Wegener, Berlin**

Tier und Mensch – Lebensgemeinschaften

-Buffetempfang-

**Samstag 18.9.2004**  
**Psychosomatik und Psychotherapie**  
Vorsitz: Gerhild von Müller

**09.00 h:**

**Prof. Dr. Ellen Aschermann, Köln**

Selbstbild von Jugendlichen unter Geschlechterperspektive

**09:30 h:**

**Dr. Bertram von der Stein, Köln**

Das Koro-Phänomen – ein kulturgebundenen Syndrom oder universales Symptom als Variante der Kastrationsangst und Ausdruck einer unsicheren Geschlechtsidentität?

**10:00 h:**

**Jürgen Vogt, Köln**

Der Therapeut als Zweigeschlechterwesen? Mythen und Modelle der Sexualität

10:50 h: Vorstellung der folgenden Workshops durch die Leiter

**11:00 – 12:30 Uhr**

**Annelie Dott, Köln**

Mobbing – Frauen werden gemobbt, Männer auch

**Anne M. Lang, Bonn**

Ressourcenorientierte Psychotherapie in Praxis, Supervision und Lehre

**Klaus Niel, Köln**

HelferInnen in Märchen

**Dr. Ernstbernard Rosen, Bonn**

Zur Psychotherapie/psychische Strukturen

**Dr. Bertram von der Stein, Brigitte Klein, Köln:**

Kastrationsangst, Identitätsunsicherheit und Destruktivität zwischen den Geschlechtern

**Jürgen Vogt, Köln**

Der Therapeut als Zweigeschlechterwesen? Mythen und Modelle der Sexualität

Ab 13:00 Uhr:

**13:00 h:**

**Prof. Dr. Heinz Rüddel, Bad Kreuznach**

Gender mainstreaming in der Psychosomatischen Rehabilitation

**13:30 h:**

**PD Dr. Markus Banger, Bonn**

Affektive Störungen in der Perimenopause

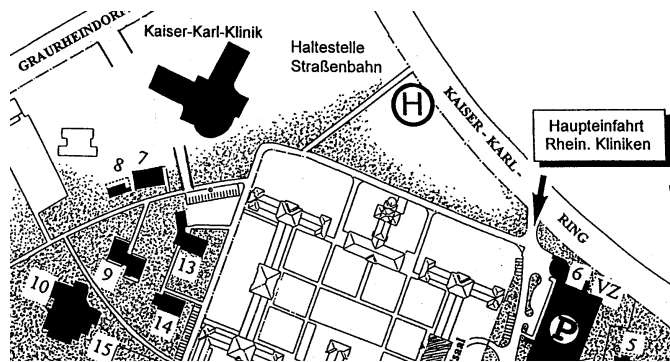
**14:00 h:**

**Dr. Dirk Arenz, Euskirchen**

Doppelgängerphänomene in der Psychiatrie

## Tagungsort:

Rheinische Kliniken Bonn, Kaiser-Karl-Ring  
20, 53111 Bonn, Haus 10



## Anreise mit der Bahn:

Ab Bonn-Hbf. mit der Linie 61 Richtung Auerberg bis Haltestelle Rheinische Kliniken

## Hotels:

34 – 39,50 €: Hotel Baden, Graurheindorfer Str. 1, Tel. 02 28 96 96 80

ab 51,00 €: Römerhof (Hotel garni), Römerstr. 20, Tel. 02 28 60 41 80

ab 58,00 €: CJD-Gästehaus, Graurheindorfer Str. 149, Tel. 02 28 98 96 – 0, Fax: 02 28 98 96 1 11, e-mail:  
cjd.bonn@cjd.de

ab 68,00 €: Hotel ibis, Vorgebirgstr. 33, Tel. 02 28 7 26 60, Fax 02 28 7 26 64 05, www.ibishotel.com

## Büchertisch:

Heidelberger Kongressbuchhandlung Auer & Ohler GmbH. [www.kongressbuchhandlung.de](http://www.kongressbuchhandlung.de), Fon 06220-914882, Fax 06220-914883

## Kontaktbüro:

Kaiser-Karl-Ring 20, D-53111 Bonn:

Fon 0228 551 2587, Fax 0228 551 2673;

E-Mail [j.junglas@ivr.de](mailto:j.junglas@ivr.de); [www.psychoforum.de](http://www.psychoforum.de)

## CME:

Für die Tagung werden von der Ärztekammer Nordrhein 18 Fortbildungspunkte bescheinigt.

## Tagungsgebühr(einschl. Buffetempfang):

↑ Gesamttagung 130 € (Stud./AiP 80 €)

↑ Tageskarte 50 € (Stud./AiP 30 €)

↑ Halb-Tageskarte 30 € (Stud./AiP 20 €)

(Ermäßigung nur bei Vorlegen entsprechender Bescheinigung)

## Verbindliche Anmeldung:

Name, Vorname	Titel, Beruf
PLZ, Ort	Straße
Tel.	Fax
Den Teilnehmerbeitrag von .....€ habe ich auf das Konto der GAP Nr. 11704301 bei der Sparkasse Bonn (BLZ 380 500 00) überwiesen	
Ort, Datum	Unterschrift

-Programmänderungen vorbehalten-

## Die abstracts

<b>Dirk Arenz</b> .....	9
Doppelgängerphänomene in der Psychiatrie.....	9
<b>Markus Banger</b> .....	9
Affektive Störungen in der Perimenopause .....	9
<b>Niclaas Bliesener<sup>1</sup>, Jürgen Junglas<sup>2</sup>, Dietrich Klingmüller<sup>1</sup></b> ..	10
Untersuchung über den Einfluß der Neuroleptika-induzierten Hyperprolaktinämie auf die Pubertätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen.....	10
<b>Michael Borg-Laufs</b> .....	11
Die Geschlechterperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	11
Anwendung der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen .....	12
<b>Karl Dickopf Kaschenbach</b> .....	12
Mutter und Kind in der Psychiatrie – Riskmanagement .....	12
<b>Irmgard Eckelt</b> .....	13
Welchen Mathematikunterricht halten Mädchen,welchen halten Jungen für gelungen?.....	13
<b>Andrea Frewer</b> .....	13
Mädchenspezifische Prävention- Beratung- Therapie bei Ess- Störungen am Beispiel der Beratungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e.V. ....	13
Ess- Störungen, ein Modethema ?.....	13
<b>Hidegard Goletz</b> .....	14
Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen – Familiaritätsstudie .....	14
<b>Adelheid E. Hecker-Niediek</b> .....	15
Geschlechtsspezifische Pharmakotherapie /     Pharmakologie; - „Sind Frauen anders“ - bei Arzneimittelwirkungen ? -.....	15
<b>W. Peter Hornung</b> .....	16
Angehörige in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen: Die Rolle von Mutter und Vater.....	16
<b>Sven-Uwe Kutscher<sup>1</sup>, Markus Banger<sup>2</sup></b> .....	16
Psychiatrische Komorbidität unter besonderer Berücksichtigung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit .....	17
<b>Anne M. Lang</b> .....	18
Ressourcenorientierte Psychotherapie in Praxis, Supervision und Lehre.....	18
<b>Stefanie Lenger</b> .....	18
Alles gender? Thema oder Unthema in der Jugendhilfe .....	18
<b>Anne Maria Möller-Leimkühler</b> .....	19
Gender und Suizid.....	19
<b>Ulrich Preuss, Daniel Gutschner, Marc Walther</b> .....	19
Kranke Mädchen – böse Jungs.....	19
<b>Reiner Schwarz</b> .....	21

Sollten Patienten immer von einer gleichgeschlechtlichen Therapeutin oder Therapeuten behandelt werden?.....	21
Erfahrungen in therapeutischen Beziehungen mit oder ohne Divergenz der Geschlechter .	21
<b>Bertram von der Stein</b> .....	<b>21</b>
Das Koro-Phänomen – ein kulturgebundenes Syndrom oder universales Symptom als Variante der Kastrationsangst und Ausdruck einer unsicheren Geschlechtsidentität? .....	21
<b>Bertram von der Stein, Brigitte Klein</b> .....	<b>22</b>
Kastrationsangst, Identitätsunsicherheit und Destruktivität zwischen den Geschlechtern .	22
<b>Wolfgang Weig</b> .....	<b>23</b>
Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Gruppe von Sexualstraftätern unter dem Aspekt der Förderung von sozialer Kompetenz und Genussfähigkeit.....	23



## **Dirk Arenz**

Dr. med., Marienhospital, Euskirchen

### ***Doppelgängerphänomene in der Psychiatrie***

Die Doppelgänger-Thematik spielt seit Urzeiten im Denken der Menschen eine nicht unwesentliche Rolle. In den unterschiedlichsten Epochen findet der Doppelgänger als Motiv in Literatur und Kunst Verwendung. Die Bedeutung des Motivs ist vielfältig. Neben „bloßen“ Verwechslungskomödien bekommt der Doppelgänger eine unheimliche Bedeutung besonders in der Literatur der Romantik. Hier trifft sich das literarische Motiv mit der Bedeutung des Doppelgängers im Volks- und Aberglauben. Nachdem – nach psychoanalytischer Theorie – der Doppelgänger im sog. „animistisch-mystischen“ Zeitalter zunächst als verdoppelte eigene Existenz und als gleichsam materialisierte „Lebensversicherung“ gedeutet wurde, kehrte er später als „Wiederkehr des verdrängten Todes“ und somit als Todesbote ins Bewusstsein der Menschen zurück. Die Unheimlichkeit des Doppelgängers bezieht sich dabei – nach Freud – vor allem auf dessen Existenz im „Intermediärreich“ zwischen Leben und Tod. Er steht dabei als „Untoter“ im Aberglauben in einer Reihe mit anderen unheimlichen Wesen (Vampire, Werwölfe, Legende von Ahasverus, etc.).

In der Psychiatrie begegnet uns der Doppelgänger in verschiedenen psychiatrischen Syndromen bei den unterschiedlichsten Störungen (z.B. Capgras-Syndrom, Frégoli-Syndrom, Syndrome of Subjective Doubles, Intermetamorphose, Héautoskopie, Out-of-Body-Experience, Multiple Persönlichkeit).

Im Vortrag wird auf die unterschiedlichen Aspekte des Doppelgängermotivs eingegangen. Es werden kulturhistorische und psychiatrische Themen aufgegriffen und Erklärungsansätze vorgestellt. Es finden sich darüber hinaus in der Literatur und bei psychiatrischen Patienten geschlechtlich „komplementäre“ Doppelgängerphänomene, die dem vorangestellten Motto des Symposiums: „Zwei Seelen wohnen, ach! In meiner Brust“, entsprechen.

## **Markus Banger**

Privatdozent Dr. med. Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn Kaiser-Karl-Ring-20 53111 Bonn, F.: 0228-551-2878, FAX: 0228-551-2484

### ***Affektive Störungen in der Perimenopause***

Depressive Störungen treten bei Frauen regelmäßig häufiger auf als bei Männern. Die erhöhte Vulnerabilität der Frauen bezieht sich nicht nur auf die major Depression (MDD), sondern auch auf die atypische Depression, die gemischte Angst und depressive Störung, die saisonal abhängigen depressiven Störungen, nicht aber auf die bipolaren affektiven Störungen. Das Phänomen der erhöhten weiblichen Vulnerabilität für affektive Syndrome, ist insbesondere gut dokumentiert für die

sogenannten „reproduktiven Jahre“. Für den perimenopausalen Lebensabschnitt (Altersfenster 45-51 Jahre) besteht diesbezüglich kein eindeutiger Konsens. Unter Perimenopause versteht man den Abschnitt direkt vor Beginn der natürlichen Menopause und das erste Jahr der Amenorrhoe. Durch die Beendigung der Ovulation kommt es zu einem Absinken der Sexulasteroide, insbesondere von Östradiol und Progesteron, sowie zu einem Anstieg der Hypophysenhormone LH und FSH. Dabei wird bei einem Teil der Frauen über problematische Symptome berichtet (erhöhte Irritabilität, Schlafstörungen, Angstsymptome, depressive Symptome, Gedächtnisstörungen). Es gibt frühe Arbeiten von Kraepelin in denen über eine erhöhte Prävalenz und eine Schweregradzunahme von Depressionen in den menopausalen Jahren („Involutiondepression“) berichtet wird. Die Ergebnisse der frühen Arbeiten konnten durch moderne epidemiologische Untersuchungen allerdings nicht bestätigt werden. Gleichwohl bleibt auch in den neueren Arbeiten eine Kontroverse bestehen, so zeigten Mc Kinlay et al. (1992), daß Frauen mit natürlicher Menopause nicht häufiger depressiv sind, Anderson et al. (1987) dagegen zeigten, daß Frauen die wegen menopausaler Beschwerden Menopausen-Kliniken aufsuchten häufiger depressiv sind als ein entsprechendes Vergleichskollektiv. Ballinger demonstrierte 1990, daß es kaum Zusammenhänge gibt zwischen LH und FSH Spiegeln und der Entwicklung von Depressionen. Schmidt et al. gelang 1997 der Nachweis, daß ein Östrogenrückgang zu einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen führt. Wohingegen Suicidversuche in der Menopause seltener sind als in früheren Jahren. Von unterschiedlichen Autoren konnten folgende Risikofaktoren für die Entwicklung affektiver Störungen in der Menopause herausgearbeitet werden: - Psychiatrische Vorgeschichte, -hereditäre Belastungen für affektive Störungen, - schlechter Gesundheitszustand, -sozialer Stress Dies verdeutlicht, das es eine eigene Krankheitsentität die „klimakterische Depression“ nicht gibt. Dennoch, wegen der bekannten positiven zentralnervösen Effekte von Östrogenderivaten (Verbesserung der Reagibilität des serotonergen Systems, Hemmung der MAO Aktivität, Erhöhung der synaptischen Verbindungen im Hippocampus, etc.) ist bei einem Teil der perimenopausalen Frauen mit affektiven Störungen eine sequentielle Gabe von Östradiol und Progesteron, auch angesichts der aktuell kritischen Diskussion um die Hormonsubstitution zu überlegen, ggf. in Kombination mit einer antidepressiven Pharmakotherapie.

## **Niclaas Bliesener<sup>1</sup>, Jürgen Junglas<sup>2</sup>, Dietrich Klingmüller<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Institut für Klinische Biochemie, Abteilung Endokrinologie, Universitätsklinikum Bonn. <sup>2</sup>Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Kliniken Bonn.

### ***Untersuchung über den Einfluß der Neuroleptika-induzierten Hyperprolaktinämie auf die Pubertätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen***

Bei Kindern mit einer schizophrenen Psychose ist der dauerhafte Einsatz von Neuroleptika häufig unumgänglich. Daher ist es von besonders großer Bedeutung, das potentielle Nebenwirkungsprofil bei der Auswahl des Neuroleptikums zu berücksichtigen. Die hochpotenten sogenannten typischen Neuroleptika verursachen alle dosisabhängig eine Hyperprolaktinämie. Der Vorteil der sogenannten atypischen Neuroleptika liegt vor allem in der verminderten Induktion extrapyramidal motorischer Bewegungsstörungen. Bezüglich

ihrer Potenz, eine Hyperprolaktinämie zu induzieren, unterscheiden sich die atypischen Neuroleptika erheblich. Clozapin, Quetiapin und Olanzapin stimulieren die Prolaktinsekretion klinisch nicht relevant. Risperdal und vor allem Amisulprid verursachen jedoch regelmäßig teilweise sehr stark ausgeprägte Hyperprolaktinämien. Die Hyperprolaktinämie verursacht über eine Hemmung der pulsatilen GnRH-Produktion einen zentralen Hypogonadismus mit Östrogenmangel bei der Frau und Testosteronmangel beim Mann. Die Leitsymptome der Hyperprolaktinämie bei der Frau sind Amenorrhoe und Galaktorrhoe, beim Mann Libido und Potenzverlust. Ein chronisches Östrogendefizit führt u.a. zu einer Verminderung der Knochendichte mit der Gefahr der Entwicklung einer Osteoporose. Zudem bedingt die verminderte Sekretion von GnRH eine Störung der Fertilität bei Mann und Frau.

Bei Kindern und Jugendlichen kann eine Verzögerung der Pubertätsentwicklung und des Längenwachstums infolge einer Neuroleptika-induzierten Hyperprolaktinämie nicht ausgeschlossen werden. Zudem kann eine Galaktorrhoe heranwachsende Mädchen stark verunsichern. Erst die Möglichkeit des Einsatzes von Neuroleptika mit unterschiedlicher prolaktinelevierender Potenz erlaubt die vergleichende Untersuchung des Einflusses der Neuroleptika-induzierten Hyperprolaktinämie auf die Pubertätsentwicklung. Umfangreiche klinische Studien, die neben der Bestimmung der Serum-Prolaktinkonzentration auch die Entwicklung der gonadotropen Achse und der Pubertätsentwicklung berücksichtigen, wurden jedoch bislang nicht durchgeführt.

Wir haben daher eine Studie ins Leben gerufen, mit der ein möglicher Einfluß der NIH auf die Gonadenfunktion und die Pubertätsentwicklung systematisch untersucht werden soll. Bei allen Patienten zwischen 8 und 18 Jahre, die dauerhaft mit Neuroleptika behandelt werden, werden die Hormone Testosteron, LH und FSH, bei Mädchen zusätzlich Östradiol und Progesteron, bei Jungen zusätzlich Inhibin B bestimmt. Zusätzlich wird der Entwicklungsstand durch die Bestimmung der Pubertätsstadien nach Tanner erfasst und eine Menstruationsanamnese erhoben. Zur Erfassung intraindividuelle Verläufe werden sowohl die Hormonbestimmungen als auch die Einstufung in die Pubertätsstadien nach Tanner bei allen Patienten im Rahmen der in regelmäßigen Zeitabständen (ca. alle 6 Monate) erforderlichen ambulanten Vorstellungen wiederholt. Aufgrund der naturgemäß großen Varianz sowohl des Eintrittsalters als auch der Dauer der Pubertätsentwicklung ist eine große Probandenzahl erforderlich, damit ein möglicher Unterschied der Pubertätsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen, die mit oder ohne prolaktinelevierende Neuroleptika behandelt werden, erfasst werden kann.

## **Michael Borg-Laufs**

Prof. Dr. Dipl.Psych., KJP, PP. Lehrstuhl „Theorie und Praxis der psychosozialen Arbeit mit Kindern“ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein. Fachleiter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Ausbildungszentrum Krefeld der DGVT. Dozent und Supervisor an verschiedenen Instituten. Vorsitzender des Ausschusses KJP der Psychotherapeutenkammer NRW, Mitglied des Ausschusses KJP der Bundespsychotherapeutenkammer, Sprecher der Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der DGVT, diverse Veröffentlichungen, u.a. Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen in 2 Bänden (DGVT-Verlag, Tübingen). Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Richard-Wagner-Str. 101, 41065 Mönchengladbach, [Michael.Borg-Laufs@hsnr.de](mailto:Michael.Borg-Laufs@hsnr.de)

## ***Die Geschlechterperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie***

In diesem Vortrag wird reflektiert, aus welchen Gründen wesentlich mehr Frauen als Männer an Ausbildungsgängen in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teilnehmen, während das Klientel von KJPen mehr Jungen als Mädchen sind. Vor diesem Hintergrund werden auch geschlechtsspezifische Besonderheiten der Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapie in Diagnostik und Intervention angesprochen und diskutiert.

## ***Anwendung der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen***

Bindungstheorie und Verhaltenstherapie pflegen weitgehend eine lange Tradition der gegenseitigen Ignoranz. Da die Bindungstheorie aber auch für verhaltenstherapeutische PraktikerInnen entscheidende Impulse geben kann, wäre eine Verknüpfung dieser beiden wichtigen Modelle äußerst wünschenswert. In diesem Workshop soll daher das neue Konzept einer „Bindungsorientierten Verhaltenstherapie“ vorgestellt und diskutiert werden.

## **Karl Dickopf Kaschenbach**

Dr. med. Kaiser Karl Ring 20, D-53111 Bonn, E-Mail: [Karl.Dickopf-Kaschenbach@lvr.de](mailto:Karl.Dickopf-Kaschenbach@lvr.de)  
Tel.: +49(0)22855 2390

## ***Mutter und Kind in der Psychiatrie – Riskmanagement***

Seit 1984 wurden auf einer Allgemeinpsychiatrischen Station 68 Mütter behandelt, die zusammen mit ihrem Säugling aufgenommen wurden.

Dabei haben sich Behandlungsstandards bewährt, die zusammenfassend vorgestellt werden, wie auch die unterschiedlichen Krankheitsbilder sowie die epidemiologischen Daten zu psychischen Erkrankungen in der Postpartalperiode, einer Zeit erhöhter Vulnerabilität.

Wie für zahlreiche psychische Störungen gilt auch für die psychischen Erkrankungen in der Postpartalperiode eine multifaktorielle Genese. Auf die physischen Faktoren, peripartalen Faktoren, psychischen Faktoren, sozialen Faktoren und gesellschaftlichen Aspekte wird kurz eingegangen.

Einerseits kommen die Mütter nach Auftreten der psychischen Störung nur sehr verspätet in die stationäre Behandlung, andererseits findet sich dann aber überwiegend eine gute Remission. Nur in wenigen Fällen kam es schließlich zu einer Trennung von Mutter und Kind.

Diese eher „günstigen“ Ausgänge und der positive Effekt durch die Anwesenheit der Säuglinge auf das Stationsklima, hat sicherlich auch dazu geführt, dass mittlerweile zahlreiche, psychiatrische Kliniken und Abteilungen die „Mutter-Kind-Behandlung“ anbieten. Diese beinhaltet aber auch das Risiko des Suizids der Mutter. Die Suizidrate liegt bei etwa 1,22 bis 2,9%. An Hand zweier Kasuistiken soll auf mögliche Variablen hingewiesen werden, die geeignet sein können, das Risiko der Suizidalität zu fördern.

## **Irmgard Eckelt**

Westfalendamm 2, 58332 Schwelm, Mitarbeiterin der MUED (Mathematik-Unterrichts-Einheiten-Datei)

### ***Welchen Mathematikunterricht halten Mädchen, welchen halten Jungen für gelungen?***

Ein Großteil der Mädchen und einige Jungen legen großen Wert auf gründliches Vorgehen ohne jeden Zeitdruck und haben ein starkes Bedürfnis nach sogenannten „Haltegriffen“. Einen Teil der Jungen stört das langsame Vorgehen und sie möchten durch mehr anspruchsvolle Aufgaben gefordert werden (S. Jahnke-Klein).

Ich möchte Ihnen das Konzept eines Mathematikunterrichts vorstellen, der Mädchen und Jungen gerecht werden will. Für die veränderten Inhalte bringe ich Ihnen eine bunte Ausstellung von erprobtem Unterrichtsmaterial mit, zur veränderten Unterrichtskultur viele Ideen.

## **Andrea Frewer**

Dipl. Heilpädagogin, Psychotherapie (HPG)  
LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e.V.

Dipl. Heilpädagogin (Uni Köln), Kunsttherapeutin, Integrative Therapeutin - Schwerpunkt Sucht (VdR), Psychotherapeutin (HPG), jahrelange Tätigkeit in der stationären med. Rehabilitation suchtkranker Frauen, seit 2002 in der Beratungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e.V. für den Schwerpunkt Ess-Störungen zuständig

### ***Mädchenspezifische Prävention- Beratung- Therapie bei Ess-Störungen am Beispiel der Beratungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e.V.***

Workshop:

#### ***Ess- Störungen, ein Modethema ?***

Das Thema Ess- Störungen ist in aller Munde, Bilder von magersüchtigen Models schockieren. Doch das Thema Ess- Störung umfaßt mehr: Magersucht, Bulimie und Ess-Sucht sind ernst zu nehmende Erkrankungen, die die Lebenswelt der Betroffenen und ihrer Angehörigen deutlich beeinträchtigen. Auch wenn zunehmend Jungen und Männer betroffen sind, muss nach wie vor von frauenspezifischen Erkrankungen gesprochen werden. Der

**GESCHLECHTERGERECHTE PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHIATRIE 16.-18.9.2004, BONN**

gesellschaftliche Hintergrund ist von entscheidender Bedeutung. In diesem Workshop wird der spezifische Ansatz der Beratungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e.V. mit seinen Implikationen für Beratung, Therapie und Prävention vertiefend vorgestellt und anhand praktischer Übungen erläutert.

## **Hidegard Goletz**

Diplom-Psychologin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität zu Köln

### ***Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen – Familiaritätsstudie***

Etwa 50 % der erwachsenen Patienten mit einer Zwangsstörung weisen die Störung bereits im Kindes- und Jugendalter auf. Der Störungsbeginn von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter liegt überwiegend in der Adoleszenz und weniger in der frühen Kindheit. Die Prävalenzrate von Zwangsstörungen im Jugendalter beträgt zwischen 1 % und 4 %. Die Mehrzahl der Störungen im Kindes- und Jugendalter beinhaltet multiple Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, während ausschließliche Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen eher selten beschrieben werden. Die Häufigkeit der Manifestationsformen der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter ist der Häufigkeit im Erwachsenenalter analog. Die häufigsten Zwangshandlungen bei Kindern und Jugendlichen stellen Wasch- und Putzzwänge dar. Als häufigste Zwangsgedanken werden Angst vor Verschmutzung, Verseuchung oder Vergiftung, aggressive und gewalttätige Vorstellungen, Angst vor Selbst- oder Fremdverletzung, auf den eigenen Körper bezogene Gedanken, religiöse oder sexuelle Inhalte beschrieben. Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig mit deutlichen Beeinträchtigungen bezüglich schulischer oder beruflicher Leistungen, Gleichaltrigenbeziehungen und des Familiensystems verbunden. Überdies findet sich eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Angststörungen, Depression, Ticstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen sowie oppositionelle / dissoziale Störungen. Der Verlauf zeichnet sich durch eine geringe Spontanremissionsrate und lange Störungsdauer aus. Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter sind international bislang wenig untersucht worden.

Ausgehend von der Darlegung der Symptomatik, der Ätiologie und des Verlaufs von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter werden das diagnostische Vorgehen (einschließlich spezifischer diagnostischer Verfahren) und die indikationsspezifischen therapeutischen Ansätze dargelegt. Im Fokus der Therapieansätze steht, eventuell in Kombination mit einer pharmakologischen Therapie, eine multimodale verhaltenstherapeutische Behandlung. Diese impliziert, als drei sich häufig ergänzende Interventionsansätze, familienzentrierte Interventionen zur Verminderung familiärer Bedingungen, die die Symptomatik mitbedingen und / oder aufrechterhalten, Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung und Interventionen zur Verminderung von Zwangsgedanken.

An unserer Klinik wurden Studien zu den Langzeiteffekten einer multimodalen verhaltenstherapeutischen Behandlung (familienzentrierte Interventionen und Exposition mit Reaktionsverhinderung) von zehn Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen durchgeführt. Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt, die die Stabilität der verhaltenstherapeutischen Behandlungserfolge belegen, werden präsentiert.

In einer derzeit laufenden kontrollierten Studie in Kooperation mit den Universitätskliniken Bonn, Köln und Greifswald und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn, Frankfurt, Hamm, Marl-Sinsen und Viersen wird das Ausmaß familiärer Häufung von Zwangsstörungen in Abhängigkeit von komorbiden Störungen (insbesondere der Ticstörung) ermittelt. Darüber hinaus werden familiär-genetische Subtypen / Prägnanztypen von Zwangsstörungen identifiziert und die Grenzen des intrafamiliär übertragenen Phänotyps eruiert. Die Stichprobe unserer Klinik umfasst fünfzig Kinder- und Jugendliche mit Zwangsstörungen, deren Eltern und Geschwister sowie fünfzig Kinder und Jugendliche ohne Zwangsstörungen und deren Familien (Kontrollgruppe). Die Messinstrumente beinhalten psychopathologische Interviewverfahren, Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen sowie bei einer Substichprobe angewandte neuropsychologische Untersuchungsinstrumente. Zwischenergebnisse dieser Studie werden präsentiert.

## **Adelheid E. Hecker-Niediek**

Dr. Fachapothekerin für Klinische Pharmazie, seit 1991 Leiterin der Apotheke der Rheinischen Kliniken Bonn

### ***Geschlechtsspezifische Pharmakotherapie / Pharmakologie; - „Sind Frauen anders“ - bei Arzneimittelwirkungen ? -***

- . Gibt es Unterschiede bei den Arzneverordnungen? Welche Fakten sind bekannt?
- . Physiologische Unterschiede Mann / Frau .
- . Wie unterscheidet sich die Pharmakokinetik?
- . Haben Hormone tatsächlich einen Einfluß?
- . Gibt es auch Unterschiede bei den unerwünschten Nebenwirkungen?
- . Wie ist der Stand der heutigen Forschung in bezug auf diese Erkenntnisse?

Resumee

## **W. Peter Hornung**

Prof. Dr, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie 1, RK Bonn

### ***Angehörige in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen: Die Rolle von Mutter und Vater***

Den Familienangehörigen von Patienten mit schizophrenen Störungen wurden Jahrzehnte lang von Seiten der Fachwelt wenig Beachtung geschenkt. Allenfalls schienen sie von Bedeutung zu sein, wenn es um die genetisch bedingte oder psychosozial ausgelöst Verursachung der Erkrankung ging. Nicht selten jedoch wurden sie weitestgehend ignoriert oder sogar bewusst von der Behandlung ausgegrenzt. Dies hat sich glücklicherweise im Verlauf der letzten Dekade gründlich geändert.

Zunächst wurde deutlich, dass der Verlauf der Psychose mit der häuslichen Situation der Schizophreniekranken in Zusammenhang steht. In diesem Kontext befasste man sich mit der Erfassung und Messung der emotionalen Atmosphäre in den Familien der Patienten. Dann erkannte man zusehends die Belastungen der Angehörigen selbst durch das erkrankte Familienmitglied und widmete sich den Ressourcen und den Bewältigungsmechanismen der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung. Dabei wurde deutlich, welch großen Beitrag die Familie im gesamten Behandlungsgeschehen in der Regel übernimmt.

Um die Bürde der Familien zu verringern und gleichzeitig ihre Befähigung zur Mitbehandlung des erkrankten Angehörigen zu verbessern, wurden psychoedukativ-verhaltenstherapeutische Interventionen entwickelt. Überwiegend erreicht man mit diesen Interventionen jedoch nur die Mütter betroffener Patienten. Welche Bedeutung die Väter in der Entwicklung und Verarbeitung des z. T. chronischen Krankheitsprozesses der Psychose haben, ist nicht ganz eindeutig zu beantworten. Der Workshop zielt auf die Beantwortung der Frage ab, welche Rolle einerseits die Mütter schizophrener Patienten und andererseits deren Väter im gesamten Erkrankungs- und Behandlungsgeschehen einnehmen. Zunächst soll die Entwicklung der sog. Expressed-Emotion-Forschung und deren Bedeutung für die heutige Praxis dargestellt werden. Davon ausgehend wird die psychoedukativ-psychotherapeutische Methodik erörtert. Eine besondere Beachtung innerhalb des Workshops wird den unterschiedlichen Rollen der einzelnen Elternteile geschenkt. Hierzu sollen die Workshop-Teilnehmer eigene Erfahrungen einbringen und ihr eigenes geschlechtsspezifisches Rollenverständnis bei der Betreuung schizophrener Patienten reflektieren.

## **Sven-Uwe Kutscher<sup>1</sup>, Markus Banger<sup>2</sup>**

Korrespondenz



Dr. med. Dipl.-Psych. Sven-Uwe Kutscher, Institut für Forensische Psychiatrie, Rheinische Kliniken Essen/Universität Duisburg-Essen, Virchowstr. 180, 45147 Essen, Tel. 0201- 7227 117, Fax: 0201- 7227 105, /Email: [sven.kutscher@uni-essen.de](mailto:sven.kutscher@uni-essen.de)

1 Institut für Forensische Psychiatrie, Universität Duisburg-Essen Rheinische Kliniken Essen  
2 Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Bonn

## ***Psychiatrische Komorbidität unter besonderer Berücksichtigung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit***

Hintergrund: Für alkoholabhängige Patienten wurde eine erhöhte Belastung mit kritischen biographischen Lebensereignissen beschrieben. Die Häufigkeitsangaben erreichen bis zu 70 - 80%. In anglo-amerikanischen Untersuchungen wurden Prävalenzen einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bei Alkoholabhängigen von 7-26% angegeben. Etwas geringere Häufigkeiten wurden für Skandinavien und die Niederlande mit 5–16% berichtet. Ziele: Es wurde eine Inanspruchnahme-Stichprobe alkoholabhängiger Patienten nach einer qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung, u.a. bezüglich Trauma- und PTSD-Prävalenz und psychischer Komorbidität untersucht. Methoden: N=128 alkoholabhängige (ICD-10 F10.25) Patienten (n=79 Männer und n=49 Frauen), Alter (MW 43.1 Jahre, SD 9.1 Jahre, kein Altersunterschied zwischen Männern und Frauen) wurden am Tag 14+2 nach Beginn einer stationären Alkoholentzugsbehandlung mit der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, der Impact of Event Scale (IES), der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und dem Sense of Coherence (SOC) Fragebogen untersucht. Ergebnisse: 73.5% der Frauen und 68.4% der Männer berichteten über mindestens ein Trauma. Ein „qualifiziertes“ Trauma nach dem DSM-IV (DSM-IV-Kriterium A1 und A2 positiv) wurde von jeweils knapp 51% der Frauen und Männer angegeben. Eine aktuelle PTSD-Symptomatik (eine DSM-IV-Trauma und einen IES-Gesamtscore >0) lag bei 6.3% der Männer vs. 14.3% der Frauen vor (n.s.). Männer berichteten mehr Unfälle (39.2% vs. 22.4%) und von mehr Gewalt durch Fremde (25.3% vs. 10.2%), Frauen mehr sexuelle Gewalt in der Familie (18.4% vs. 2.5%) und von mehr sexueller Gewalt durch Fremde (20.4% vs. 2.5%). Männer und Frauen unterschieden sich nicht in ihrem Ausmaß an Angst, Depression und der Anzahl an Traumatisierungen (Männer 1.7 vs. Frauen 1.6). PTSD-neg. und PTSD-pos. Männer zeigten ein jeweils höheres Ausmaß an Somatisierung. PTSD-neg. und PTSD-pos. Frauen ein jeweils höheres Ausmaß auf der IES-Skala-Vermeidung. PTSD-pos. Patienten berichteten mehr Traumatisierungen (MW 3.2 vs. 1.5) wie die PTSD-neg. Patienten. Hierbei wiesen PTSD-pos.-Männer mehr Traumata wie PTSD-neg.-Männer (4.2 vs. 1.5) auf. Bei den PTSD-pos.-Frauen war dieser Unterschied nicht zu finden (2.4 vs. 1.5). PTSD-Negative beiderlei Geschlechts äußerten darüber hinaus ein signifikant geringen Grad an vorhandenem Kohärenzgefühl. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse unsere Studie weisen auf die Bedeutung sexualisierter Gewalt bei alkoholabhängigen Frauen hin. Bei einer PTSD-Rate von 14.3% bei den Frauen sollte diese komorbide Störung, neben der Belastung durch Angst und Depression bei den weiblichen Abhängigen, gezielt erfragt werden. Für Frauen wie Männer unserer Stichprobe scheint das Ausmaß an wahrgenommenem Kohärenzgefühl eine wichtige Bewältigungsressource für die Bewältigung von Traumata zu sein und somit vor der Entwicklung einer PTSD zu schützen.

## **Anne M. Lang**

### ***Ressourcenorientierte Psychotherapie in Praxis, Supervision und Lehre***

In dem Vortrag wird Ressourcenorientierte Psychotherapie hinsichtlich dessen vorgestellt, wie sie das Thema „Geschlechtergerechtigkeit“ löst.

Das Spezifische dieser Vorgehensweise ist, dass auf individuelle Ressourcen, die vorhanden sind und im Prozess entstehen, fokussiert wird. Defizitkategorien, wie sie in Krankheitsdiagnosen, Persönlichkeitskategorien oder Therapiemodellen der Krankenbehandlung transportiert werden, bleiben außen vor und sind irrelevant. Da wir es meist mit der „weiblichen Patientin“ zu tun haben, ist das zum Thema relevant.

Die ressourcenorientierte **Therapie** wird von Beginn an mit den von den KlientInnen gefundenen Ziele, ihren Ressourcensituationen, ihren Vorstellungen von Veränderungen individuell gestaltet. In der Therapie wird so jeder Person Eigenverantwortlichkeit und Lösungskompetenz von vorne herein unterstellt.

In der **ressourcenorientierten Supervision** werden ganz besonders die fachlichen Veränderungskonstrukte der TherapeutInnen, die in den Therapieprozess einfließen, auf Nützlichkeit hin hinterfragt. Es zeigt sich, dass gerade auch die Implikationen der TherapeutInnen als Suggestionen wirken. Ihre Veränderungsvorstellungen für ihre KlientInnen zeigen sich dann darin, was sie zum Inhalt der Gespräche machen und was nicht, wie sie mit den Themen der KlientInnen umgehen, sie aufgreifen oder nicht, wie sie ungewollt die Problemtrance mit aufrechterhalten oder einen „Lösungsraum“ ermöglichen. Da wir in der Ausübung der Psychotherapie mehr Frauen finden, ist hier zu beobachten, wie eine Defizitorientierung auch zum Burn-Out der Behandlerinnen führt.

**In der TherapeutInnen –Ausbildung** heisst das, dass Therapiermodelle wieder lediglich als Modelle fungieren. Es geht weniger um weitere Störungsbehandlungskompetenz nach dem Muster. „Wie gehe ich mit Störung XY um“, sondern um eine Kommunikation als Prozessrahmen zur (Wieder-)Befähigung. „Wie stelle ich einen Rahmen her zur Möglichkeitserweiterung“. Da wir es auf der Ausbilder- und Gutachterebene mit männlichen Funktionsträgern zu tun haben, ist dies besonders interessant, wie hier Modelle Wirklichkeiten bestimmen mit weitreichenden Konsequenzen wie Zulassungen, Forschungsgelderbereitstellung usw..

## **Stefanie Lenger**

Diplom-Pädagogin, stellvertretende Einrichtungsleiterin des Godesheims, Leiterin der Zufluchtstätte für Mädchen, seit 12 Jahren Erfahrung in der Kinder- und Jugendhilfe in unterschiedlichen Bereichen, Fortbildungen in unterschiedlichen Bereich u.a. Sozialmanagement und Qualitätsmanagement – EFQM –Assessorin

### ***Alles gender? Thema oder Unthema in der Jugendhilfe***

Arbeitsgruppe, die zu folgenden Themen arbeiten wird:

1. Bedeutung des Themas für die Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe
2. Bedeutung des Themas für die MitarbeiterInnen in der Jugendhilfe
3. Grenzen, Möglichkeiten und Handlungsansätze vom Kindergarten bis zur Verselbständigung von Jugendlichen

Ich möchte das abstract gerne etwas genereller halten und durch vielleicht provozierende Aussagen in der Praxis verwertbare Arbeitsergebnisse erhalten.

## **Anne Maria Möller-Leimkühler**

Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

### ***Gender und Suizid***

Suizide und Suizidversuche weisen geschlechts- und altersspezifische Verteilungen auf und spiegeln geschlechtsrollenspezifisches Verhalten. Seit etwa 20 Jahren steigt die Suizidrate bei jungen Männern.

Ausgehend von der zwei- bis sechsfach höheren Suizidrate bei Männern im Vergleich zu Frauen wird die Geschlechtsspezifik vorrangig im Zusammenhang mit der männlichen Geschlechtsrolle erörtert. Im Mittelpunkt steht die Frage, warum traditionelle Maskulinität unter subjektiv belastenden Bedingungen mit ungünstigen Copingstrategien einhergeht wie emotionaler Gehemmtheit, mangelndem Hilfesuchverhalten, Alkoholmißbrauch, Risiko-verhalten oder Suizid. Ein möglicher Zusammenhang mit Depression wird diskutiert. Darüberhinaus wird gezeigt, inwieweit gesellschaftliche Faktoren und Einflüsse wie zunehmender Individualismus oder Wandel der männlichen Geschlechtsrolle den Bewältigungsstress zusätzlich erschweren können.

## **Ulrich Preuss, Daniel Gutschner, Marc Walther**

EFCAP Schweiz

(European Forensic Child and Adolescent Psychiatry and allied professions)

Dr. rer. nat. Ulrich Preuss

Leiter Abteilung Lehre und Forschung

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie Bern

Effingerstrasse 12

CH-3011 Bern

### ***Kranke Mädchen – böse Jungs***

Gender differences of antisocial behaviour in youth

Gegenstand

Es wird in einem Review der aktuelle Stand der Forschung zu Geschlechterunterschieden dissozialen Verhaltens von Jungen und Mädchen dargestellt.

### Methode

Es wurde eine Literaturrecherche über die gesamte kriminologische, psychologische, psychiatrische, feministische, pädagogische und juristische Literatur zum Thema durchgeführt. Dabei wurde das Schwergewicht auf den Grad der Evidenz und die Spezifität der Beiträge in Bezug auf den Forschungsgegenstand gelegt. Die gewonnenen Ergebnisse wurden in einem Übersichtsaufsatz zusammengestellt und fanden Eingang in einem Herausgeberband, in dem Beiträge anderer Forscher zu diesem Thema integriert werden konnten.

### Ergebnisse

Weltweit lässt sich eine deutliche Differenz hinsichtlich der Inzidenz dissozialen Verhaltens zu Ungunsten der männlichen jugendlichen Bevölkerung feststellen. In verschiedenen Untersuchungen werden Raten angegeben, die bis zu einem 20-Fachen der Häufigkeit von Dissozialität bei männlichen Jugendlichen finden. Es werden verschiedene Ursachen für das Bestehen dieser Differenzen angenommen. Bei männlichen Jugendlichen liegt ein Vorherrschen gewaltbereiten Verhaltens vor. Die Grundbedingungen der dissozialen Entwicklung gelten für beide Geschlechter. Mädchen sind insbesondere gefährdet, dissozial persistierende Entwicklungen zu zeigen, wenn sie sexuelle Kontakte und Liebesbeziehungen zu delinquenten älteren Männern unterhalten und daraus eine Abhängigkeit resultiert. Die Assoziation mit Drogen und Dissozialität ist für Mädchen ein besonderer Belastungsfaktor. Aspekte der Kriminalitätsfurcht spielen eine besondere Rolle bei der öffentlichen Wahrnehmung weiblicher und männlicher Delinquenz. Intrafamiliär ist von besonderer Bedeutung die Zusammensetzung der Ursprungsfamilie, tiefgreifende Mutter/Tochter-Konflikte sowie Rauchen während der Schwangerschaft.

### Folgerungen

Insgesamt ist zu folgern, dass es eine leichte Zunahme weiblicher Delinquenz bei Jugendlichen bei insgesamt zurückgehenden Verurteilungszahlen von Jugendlichen gibt. Die Grundlagen dissozialen Verhaltens sind für männliche und weibliche Jugendliche gleich, entscheidend ist die Anzahl der Risikofaktoren, die auf den betroffenen Jugendlichen wirkt. Soziale und psychotherapeutische Interventionen und auch psychiatrische Behandlungen bei Indikation zeigen hohen präventiven Wert. Insgesamt bedarf es noch umfangreicher weiterer Forschung, um die vielen bestehenden Fragen zu klären.

### Key Words

Geschlechterdifferenzen  
Kindheit und Jugend  
Dissozialität  
Verhaltensstörungen  
Psychosoziale Entwicklung  
Behandlung

## **Reiner Schwarz**

### ***Sollten Patienten immer von einer gleichgeschlechtlichen Therapeutin oder Therapeuten behandelt werden?***

Insbesondere weibliche Patientinnen wünschen sich oft eine Therapeutin des eigenen Geschlechts, weil sie sich hier besser verstanden fühlen. Eine Psychotherapie einer Frau durch einen Mann kommt vor, wird aber aus manchem Blickwinkel skeptisch beäugt. Auch Männern wird gelegentlich der Rat gegeben, einen gleichgeschlechtlichen Therapeuten aufzusuchen. Die „heterosexuelle“ Paarung gilt aber hier als weniger anrühlich. In die Geschlechtspräferenz von Patienten gehen aber auch unbewusste Motive mit ein, die häufig biographische Wurzeln haben. Diese Motive gehen bedeutsam in den therapeutischen Prozess mit ein und sollten berücksichtigt werden.

### ***Erfahrungen in therapeutischen Beziehungen mit oder ohne Divergenz der Geschlechter***

Welche Erfahrungen haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. andere helfende und beratende Berufe in bezug auf die Frage, ob die Klientin oder der Klient das Geschlecht des Helfers teilt oder nicht? Der Workshop dient einem Erfahrungsaustausch, wobei eigenes Fallmaterial mit eingebracht werden kann. Sollten Frauen grundsätzlich nur von Frauen behandelt bzw. beraten werden? Gilt das gleiche für Männer? Was ist, wenn Patienten bewusst von dieser Regel abweichen wollen? Aus eigenen Fallbeispielen des Referenten soll sowohl etwas über unbewusste Motive deutlich werden als auch der allgemein gesellschaftliche Kontext mitberücksichtigt werden.

## **Bertram von der Stein**

Dr. med. B. von der Stein, Quettinghofstr. 10 a, 50769 Köln, Tel.: 0221/783166, Fax: 0221/3379057, Mail:Dr.von.der.Stein@netcologne.de  
Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Düsseldorf

### ***Das Koro-Phänomen – ein kulturgebundenen Syndrom oder universales Symptom als Variante der Kastrationsangst und Ausdruck einer unsicheren Geschlechtsidentität?***

Unter dem Koro-Phänomen versteht man die mit Angst besetzte Vorstellung, die sich beim Mann in der Überzeugung manifestiert, (1.) dass der Penis schrumpfe, (2.) dass er sich in den Bauchraum zurückziehe und (3.) dass dieser Prozess der Retraktion des Gliedes zu einem tödlichen Ausgang führe. Ursprünglich als ein kulturgebundenen Syndrom in Südostasien und China beschrieben (van Brero, 1897), zeigten zunehmende klinische Erfahrungen seit den 1970er Jahren, dass das Koro-Phänomen ebenfalls im kaukasischen Kulturkreis und hier als ein ätiologisch unspezifisches Symptom im Rahmen zahlreicher psychischer Störungen

auftreten kann, welche schizophrene Psychosen, (induzierte) wahnhafte Störungen, Depressionen, Angststörungen, Depersonalisationssyndrome, substanzinduzierte Störungen sowie Fälle von Koro bei hirnorganischen Psychosyndromen einschließen (Berrios und Morley, 1984). Derartige Vorstellungen sind auch im Verlauf von Psychoanalysen und Psychotherapien in unserem Kulturkreis gelegentlich anzutreffen.

Die deskriptiv-phänomenologisch zu demonstrierende Universalität des Symptoms verleiht psychoanalytischen Ansätzen eine aktualisierte Relevanz, welche mit Wittkower (1969) das Koro-Phänomen als eine Variante der männlichen Kastrationsangst interpretieren. Die bei der Frau beschriebene Variante des Koro-Phänomens, bei der ein Zurückziehen der Brüste ins Körperinnere gefürchtet wird, lässt sich aus psychoanalytischer Sicht auf prägenitale Erfahrungen beziehen, die als Vorläufer der Kastrationsphantasien anzunehmen sind. Bei beiden Geschlechtern bezieht sich das Koro-Phänomen auf Erfahrungen, bei denen etwas, was ursprünglich zum eigenen Körper erlebt wurde, verloren gehen kann.

### Literatur

Berrios GE, Morley SJ. Koro-like symptom in a non-Chinese subject. Br J Psychiatry 1984; 145: 331-334.

Van Brero PCJ. Koro, eine eigenthümliche Zwangsvorstellung. Allg Z Psychiat 1897; 53: 569-573.

Wittkower ED. Perspectives of Transcultural Psychiatry. Int J Psychiat 1969; 8: 811-824.

## **Bertram von der Stein, Brigitte Klein**

Dr. med. B. von der Stein (Adresse und Daten siehe Briefkopf)

Dr. phil. B. Klein Psychologin/Psychoanalytikerin, Gereonstr. 46 50670 Köln

### ***Kastrationsangst, Identitätsunsicherheit und Destruktivität zwischen den Geschlechtern***

Die Geschlechtsidentität wird nach gängiger psychoanalytischer Auffassung in drei Komponenten eingeteilt: Die Kerngeschlechtsidentität, die Geschlechterrollen-Identität und die Geschlechtspartnerorientierung. In den Beziehungen zu den Eltern steht im Kontext mit ödipaler Rivalität das von Freud entwickelte Konzept der Kastrationsangst bei Jungen und des Penisneids bei Mädchen im Vordergrund. Aus heutiger Sicht werden diese Begriffe oft als Entwicklungsmetapher verstanden im Hinblick auf die Konsolidierung der Geschlechtsidentität. Bekanntermaßen wird das Konzept der weiblichen Kastrationsangst unterschiedlich aufgefasst: So ging M. Klein davon aus, dass sich die Verletzungsangst weniger auf einen phantasierten Phallus beziehe sondern auf das Innere des Körpers. Hiermit würden destruktive Impulse gegen den Bauch der Mutter gewendet.

Bis heute sind die verschiedenen Konzepte der männlichen und weiblichen Kastrationsangst kontrovers.

Im Alltag zeigt sich häufig, dass beide Geschlechter, v. a. wenn sie in homogenen Gruppen auftreten, dem anderen Geschlecht destruktiv, entwertend, und „kastrierend“ gegenüber

auftreten. Diese Verhaltensweisen haben meist einen latent homosexuellen Anstrich. Aus Therapiegruppen aber auch aus Gruppen am Arbeitsplatz und Privatleben sind männlich oder weiblich dominierte Gruppen bekannt, die es der einzigen Frau oder dem einzigen Mann schwer machen sich zu behaupten. In diesem Workshop soll neben theoretischer Einordnung vor allem Alltagsdestruktivität zwischen den Geschlechtern, die aus unsicherer Geschlechtsidentität und unbewältigten Kastrationsängsten resultiert Thema werden und mögliche Wege aus geschlechterpolarisierender sollen Destruktivität aufgezeigt werden.

Literatur:

Fast, I. (1991): Von der Einheit zur Differenz. Psychoanalyse der Geschlechtsidentität. Berlin: Springer

Mertens, W. (1992): Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität Bd. I : Geburt bis viertes Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer

Sham, S., Surrey J.: Alphabete der Liebe: Warum Mann und Frau doch zusammenpassen

Van Brero, P.C.J.: (1897): Koro, eine eigenthümliche Zwangsvorstellung. Allg Z Psychiat 1897; 53 569-573

Wittkower E. D., (1969): Perspectives of Transcultural Psychiatry. Int J. Psychiat 1969;811-824

## **Wolfgang Weig**

Prof. Dr. med., Nervenarzt, Psychotherapie, Ärztlicher Direktor Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Knollstr. 31, 49088 Osnabrück, Tel 0541/313-100, eMail: [wolfgang.weig@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de](mailto:wolfgang.weig@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de)

### ***Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Gruppe von Sexualstraftätern unter dem Aspekt der Förderung von sozialer Kompetenz und Genussfähigkeit***

Noch immer ist der Umgang mit Sexualstraftätern vom Hintergrund des Triebskonzeptes geprägt mit erheblichen Konsequenzen für die Therapiegestaltung. Verschärft wird die Problematik durch Bestrafungsphantasien aus dem „gesunden Volksempfinden“. Abgesehen von theoretischen Problemen mit dem Ansatz treffen Triebhypothesen jedenfalls auf eine Gruppe wenig aggressiver, in der soziosexuellen Reife und Kompetenz defizitärer Täter mit Sicherheit nicht zu.

Für diese Gruppe hat sich ein verhaltenstherapeutischer Ansatz bewährt, der von der hedonistischen Position eines Rechtes auf sozial verträgliche Sexualität ausgeht. Vermittlung von Informationen und Bearbeitung von Mythen in einem psychoedukativen Rahmen, Trainin in angemessener sozialer Wahrnehmung, Kommunikation und Genussfähigkeit sind wesentliche Elemente, die teilweise einem Programm zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit nicht delinquenten Personen modifiziert entnommen werden können. Über langjährige positive Erfahrungen mit einem derartigen Ansatz kann anhand von Kasuistiken berichtet werden.

**GESCHLECHTERGERECHTE PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHIATRIE 16.-18.9.2004, BONN**