

10.

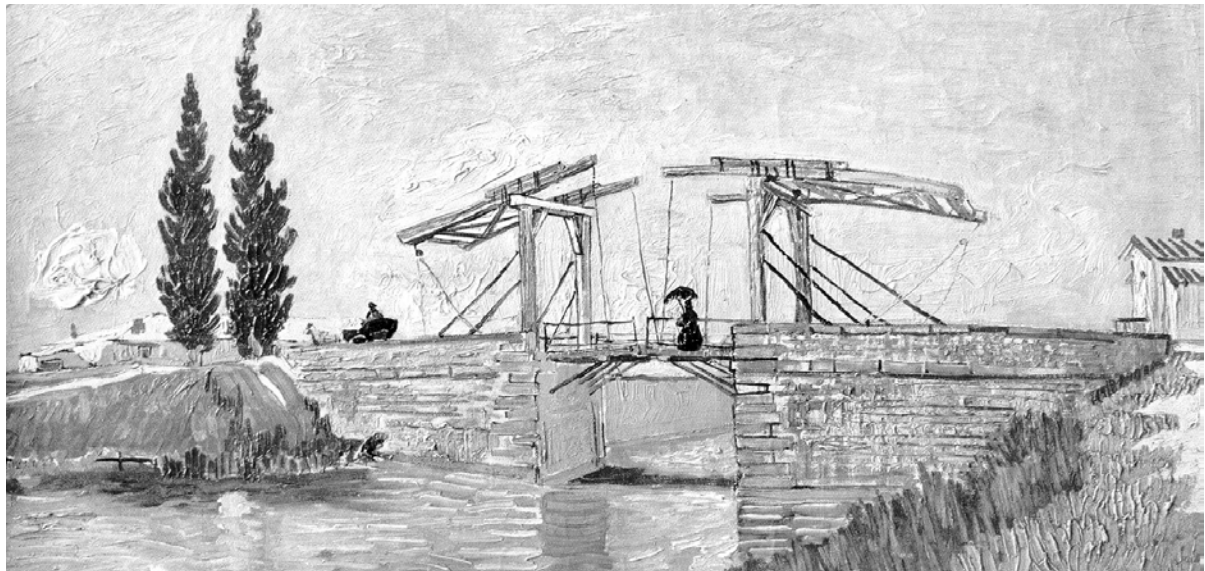
RHEINISCHE ALLGEMEINE PSYCHOTHERAPIETAGE

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

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 Geschlechtstopos "aktiv-passiv" aufgriff; diese und ähnliche Vorurteile gilt es zu identifizieren und dem therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Donnerstag 16.9.2004
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Dr. Jürgen Junglas, Bonn

Sensibel oder gerecht? Institutionen auf dem Weg zur personenzentrierten Hilfe

Irmgard Eckelt, Schwelm

Mädchen- und jungenspezifischer Mathematikunterricht

Andrea Frewer, Köln

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

Norbert Berg, Claudia Eggert, Bonn

Essgestörte in der Klinik

Stefanie Lenger, Bonn

Alles gender? Thema oder Unthema der Kinder- und Jugendhilfe

Georg Schwender, Frederike Trautmann, Bonn

Mädchen und Jungen in der Tagesklinik

Dr. Ulrich Preuss, Bern

Kranke Mädchen – Böse Jungs

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Mönchengladbach

Die Geschlechterperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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

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

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

Reiner Schwarz, Köln

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

Prof. Dr. Wolfgang Weig, Osnabrück

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

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

Demenz ohne Geschlecht

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

Dr. Niclaas Bliesener, Bonn

Pubertät und Neuroleptika

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

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

Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, München

Gender und Suizid

Dr. Karl-Eberhardt Dickkopf-Kaschenbach, Bonn

Mutter und Kind in der Psychiatrie - Riskmanagement

Annelie Dott, Köln

Mobbing – Frauen werden gemobbt, Männer auch

Bernd Winkler, 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

Prof. Dr. Ellen Aschermann, Köln

Selbstbild von Jugendlichen unter Geschlechterperspektive

Dr. Bertram von der Stein, Köln

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

Jürgen Vogt, Köln

Der Therapeut als Zweigeschlechterwesen? Mythen und Modelle der Sexualität

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:

Prof. Dr. Heinz Rüddel, Bad Kreuznach

Gender mainstreaming in der Psychosomatischen Rehabilitation

PD Dr. Markus Banger, Bonn

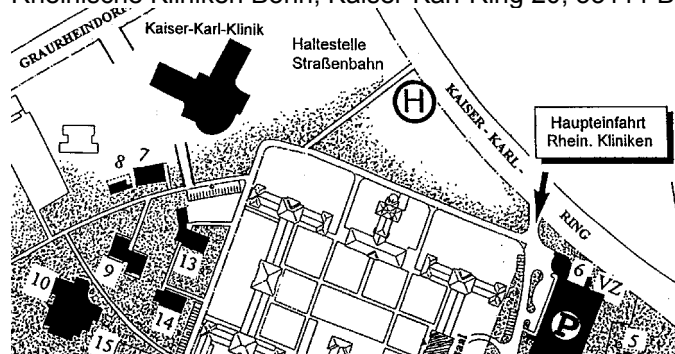
Affektive Störungen in der Perimenopause

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, 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@lvr.de; 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

Markus Banger	9
Affektive Störungen in der Perimenopause	9
Niclaas Bliesener¹, Jürgen Junglas², Dietrich Klingmüller¹ ..	10
Untersuchung über den Einfluß der Neuroleptika-induzierten Hyperprolaktinämie auf die Pubertätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen	10
Michael Borg-Laufs	11
Die Geschlechterperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	11
Anwendung der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	11
Irmgard Eckelt	11
Welchen Mathematikunterricht halten Mädchen, welchen halten Jungen für gelungen?	11
Adelheid E. Hecker-Niediek	12
Geschlechtsspezifische Pharmakotherapie / Pharmakologie; - „Sind Frauen anders“ - bei Arzneimittelwirkungen ? -	12
Andrea Frewer	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
Goletz H.	13
Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen – Familiaritätsstudie	13
Sven-Uwe Kutscher¹, Markus Banger²	15
Psychiatrische Komorbidität unter besonderer Berücksichtigung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit	15
Anne M. Lang	16
Ressourcenorientierte Psychotherapie in Praxis, Supervision und Lehre	16
Stefanie Lenger	16
Alles gender? Thema oder Unthema in der Jugendhilfe	17
Anne Maria Möller-Leimkühler	17
Gender und Suizid	17
Ulrich Preuss, Daniel Gutschner, Marc Walther	18
Kranke Mädchen – böse Jungs	18
Reiner Schwarz	20
Sollten Patienten immer von einer gleichgeschlechtlichen Therapeutin oder Therapeuten behandelt werden?	20
Erfahrungen in therapeutischen Beziehungen mit oder ohne Divergenz der Geschlechter ..	20
Bertram von der Stein	20
Das Koro-Phänomen – ein kulturgebundenes Syndrom oder universales Symptom als Variante der Kastrationsangst und Ausdruck einer unsicheren Geschlechtsidentität?	20
Bertram von der Stein, Brigitte Klein	21
Kastrationsangst, Identitätsunsicherheit und Destruktivität zwischen den Geschlechtern ..	21

Wolfgang Weig	22
Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Gruppe von Sexualstraftätern unter dem Aspekt der Förderung von sozialer Kompetenz und Genussfähigkeit	22

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 Bliesener¹, Jürgen Junglas², Dietrich Klingmüller¹

¹Institut für Klinische Biochemie, Abteilung Endokrinologie, Universitätsklinikum Bonn. ²Kinder- 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 pulsilen 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

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.

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.

Adelheid E. Hecker-Niediek

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

- . Gibt es Unterschiede bei den Arzneiverordnungen? 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

Angaben zur Person:

Dr. Adelheid E. Hecker-Niediek
Fachapothekerin für Klinische Pharmazie
verh., 2 Kinder,
seit 1991 Leiterin der Apotheke der Rheinischen Kliniken Bonn

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 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.

Goletz H.

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.

Sven-Uwe Kutscher¹, Markus Banger²

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

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 Zielen, 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 anrühend. 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) wahnhaftige 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 bezöge 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

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.

GESCHLECHTERGERECHTE PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHIATRIE 16.-18.9.2004, BONN

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, Training in angemessener sozialer Wahrnehmung, Kommunikation und Genussfähigkeit sind wesentliche Elemente, die teilweise einem Programm zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit nicht delinquenter Personen modifiziert entnommen werden können. Über langjährige positive Erfahrungen mit einem derartigen Ansatz kann anhand von Kasuistiken berichtet werden.