



Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle,  
2. Vorsitzender der BVKJ

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die **psychosoziale & psychotherapeutische Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen** und ihren Bezugspersonen stellt unser Hilfesystem zunehmend vor neue Herausforderungen. Bei der Lösung der Probleme ziehen die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundesärztekammer und die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer an einem Strang. Ähnliches wäre für die politisch und organisatorisch Verantwortlichen wünschenswert. Im heutigen Newsletter finden Sie einen Auszug aus einem Gespräch mit Frau Simone Wasmer, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die sich schon seit vielen Jahren mit minderjährigen Flüchtlingen beschäftigt. Für das ausführliche Gespräch verweise ich gerne auf die BVKJ-Webseite [www.bvkJ.org](http://www.bvkJ.org).

In der Rubrik **Aktuelle Testrezensionen des Testkuratoriums** beschäftigen wir uns heute mit dem TEA-Ch, einem Verfahren zur Aufmerksamkeitsdiagnostik, das sehr häufig Verwendung findet, aber auch mit Problemen der Reliabilität und Validität zu kämpfen hat.

Darüber hinaus stellen wir die wichtigsten Empfehlungen der neuen AWMF-Leitlinie zur **Diagnostik und Therapie von nicht-organischer Harninkontinenz und Enuresis** vor, an deren Erstellung die BVKJ beteiligt war.

Schließlich berichten wir von der Verleihung des **BVKJ-Ehrenpreises** an Prof. Dr. Günter Esser (Potsdam). Laudator war Prof. Dr. Fritz Matzejat (Marburg).

Hinweisen und zur Teilnahme anregen möchte ich noch auf unsere Mitgliederversammlung 2016 (im Rahmen der Fachgruppentagung Klinische Psychologie, 5.-7.5. in Bielefeld) und unseren 2. BVKJ-Kongress (28./29.4.2017 in Berlin), wo wir Gelegenheit zum persönlichen Austausch haben werden.

Ihr Wolfgang Ihle

### Inhaltsverzeichnis

- Psychosoziale & psychotherapeutische Versorgung minderjähriger Flüchtlinge
- TBS-TK Rezension: TEA-Ch
- Leitlinie nicht-organische Harninkontinenz & Enuresis
- Verleihung des BVKJ Ehrenpreises

## Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung minderjähriger Flüchtlinge

Im Jahr 2015 sind mehr als eine Million Flüchtlinge in Deutschland angekommen und 441.899 Asylerstanträge wurden gestellt. Von den in den ersten beiden Monaten des Jahres 2016 gestellten Erstanträgen stammten 30,8% von unter 18-Jährigen und seit 2015 wird eine starke Zunahme der Zahlen unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) konstatiert. Die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen stellt uns vor besondere Herausforderungen, die nicht ohne Veränderungen und zusätzliche Angebote des Hilfesystems zu bewältigen sind. Zu dieser Thematik führten wir ein Gespräch mit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Simone Wasmer (Foto rechts), die die Kinder- und Jugendabteilung des Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. in Berlin leitet.



### Welche psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfsangebote werden am dringendsten benötigt?

In den letzten zwei Jahren hat sich eine deutliche Veränderung in den benötigten Hilfsangeboten ergeben. Während die Kinder und Jugendlichen (v.a. die UMF) bis dahin gut in qualifizierte Angebote der Jugendhilfe wie spezialisierte Wohneinrichtungen oder andere Maßnahmen nach SGB VIII eingebunden waren, ist dies heute oft nicht mehr der Fall. Häufig machen wir die Erfahrung, dass Anfragen nach Therapie eher von Seiten der Helfer kommen, die Bedarf sehen, die Jugendlichen oder Familien aber zunächst eher von einer fundierten Rechtsberatung oder sozialarbeiterischer Betreuung profitieren. Die gesamte Lage bezüglich Aufenthaltsverfahren, Unterbringung etc. hat sich dermaßen dramatisiert, dass die psychotherapeutische Aufarbeitung erlebter Traumata für die Betroffenen eher an 2. oder 3. Stelle gerutscht ist. Anfangs sind der unsichere Aufenthalt, die ungeklärte Wohnsituation oder z.B. die Suche nach einem Schulplatz von zentraler Bedeutung. Auch hierbei ist in der Regel Unterstützung notwendig. Zu

vielen stützenden Maßnahmen sind die Wege für die Familien ohne Hilfe von außen zu komplex oder schwer durchschaubar. Somit ist es für die Kinder und Jugendlichen eine sehr große Hilfe, über qualifizierte Beratung und Unterstützung im psychosozialen Bereich eine allgemeine Stabilisierung der Lebenssituation zu erfahren. Leider gibt es nicht ausreichend Angebote, viele Träger die sich jetzt mit der neuen Klientel konfrontiert sehen haben bisher noch nie in diesem Bereich gearbeitet. Nach einer Klärung der Rahmenbedingungen sind im Anschluss häufig psychotherapeutische Hilfsangebote notwendig und sinnvoll. Dabei bleibt zu bedenken, dass im Großteil der Fälle der äußere Rahmen in Bezug auf den Aufenthalt über Jahre hinweg unsicher bleiben kann, dennoch aber traumafokussiertes therapeutisches Arbeiten häufig indiziert und möglich ist.

Das gesamte Gespräch finden Sie unter [www.bvkJ.org](http://www.bvkJ.org)

Weiterführende Informationen zum Thema z.B. unter [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org).

## TBS-TK Rezension: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)

Der TEA-Ch ist ein breit angelegtes Verfahren, welches mit 9 Subtests Informationen über die Ausprägungen von 6- bis 16-Jährigen zu drei relevanten Aufmerksamkeitsbereichen (selektive Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit, Aufmerksamkeitskontrolle) liefert. Vermisst werden Angaben, wie die Ergebnisse der 9 Subtests zu einem eindeutigen Aufmerksamkeitsprofil zusammengefasst werden können. Die Durchführung des kompletten Tests ist sehr zeitaufwändig (mind. 1h). Das Verfahren weist einige Stärken auf: der TEA-Ch basiert auf einem neurowissenschaftlichen Modell von Aufmerksamkeitsfunktionen und ermöglicht eine sehr differenzierte Erfassung verschiedener Aufmerksamkeitsleistungen. Darüber hinaus werden im TEA-Ch Testaufgaben vorgegeben, die eine hohe ökologische Validität aufweisen und somit sehr gut mit Anforderungen des schulischen Alltags vergleichbar sind (z.B. geteilte Aufmerksamkeit für zwei Modalitäten). Es weist aber auch einige Schwächen auf: Aufmerksamkeitsdefizite sollten besser in Abweichungen in Millisekunden gemessen werden - als Papier- und Bleistifttest kann das Verfahren dies nicht leisten. Auch wird suggeriert, dass der Test zwischen Kindern mit und ohne ADHS differenzieren könne und deshalb für die Individualdiagnose von ADHS geeignet sei, was

nicht der Fall ist; ebenso erscheint fraglich, ob der Test für die Anwendung bei Kindern mit eher unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten geeignet ist. Der TEA-Ch liefert objektive Aufmerksamkeitsmaße, wobei die Gültigkeit der Tabellen zur normorientierten Interpretation wegen der nicht näher spezifizierten und z.T. sehr kleinen Normierungsschichten fragwürdig ist. Auch fehlt eine statistische Absicherungsmöglichkeit in den einzelnen Altersgruppen bezüglich der Messfehler, sodass eine reliable Aufmerksamkeitsdiagnostik im gegenwärtigen Entwicklungsstadium nicht gewährleistet ist. Zusammenfassende Beurteilung:

| Erfüllt TBS-TK Anforderungen:                                | voll | weit-gehend | teil-weise | nicht |
|--|------|-------------|------------|-------|
| Allg. Informationen, Beschreibung, diagnostische Zielsetzung |      | X           |            |       |
| Objektivität   |      | X           |            |       |
| Zuverlässigkeit  |      |             | X          |       |
| Validität  |      |             | X          |       |

Aus: Konrad, K. & Moosbrugger, H. (2014). TBS-TK Rezension: „The Test of Everyday Attention for Children“ *Psychologische Rundschau*, 65, 53 –54.

Weitere Rezensionen unter: <http://www.zpid.de/index.php?wahl=Testkuratorium#Rezensionen>



## Konsensbasierte Leitlinie (S2k): Nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz und Enuresis



Im November 2015 wurde die Leitlinie „Nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz und Enuresis“ als interdisziplinäre S2k-Leitlinie endgültig konsentiert und zur Veröffentlichung freigegeben. Am nominalen Gruppenprozess hatten vornehmlich pädiatrische, kinderurologische und kinder- und jugendpsychiatrische Verbände unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin mitgewirkt. Die Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter war als einziger rein psychotherapeutischer Fachverband daran beteiligt. Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der neugefassten 121-seitigen Leitlinie in aller Kürze dargestellt.

### Definition, Differentialdiagnostik und Subtypen:

Per definitionem wurde das Alter von 5,0 J. als frühester Zeitpunkt angegeben, von dem an von nicht-organischer (funktioneller) Harninkontinenz gesprochen werden kann. Bei einer kontinuierlichen Harninkontinenz soll eine intensive somatische Diagnostik durchgeführt werden. Als Enuresis (oder Enuresis nocturna) soll jede Form des intermittierenden Einnässens im Schlaf bezeichnet werden. In Abgrenzung zur primären Enuresis liegt eine sekundäre Enuresis dann vor, wenn das betroffene Kind schon einmal mindestens 6 Monate lang kontinuierlich kontinent war. Das intermittierende Einnässen am Tage soll hingegen als nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz, nicht jedoch als Enuresis diurna(!), beschrieben werden. Von der Monosymptomatischen Enuresis nocturna (MEN) ist die Nicht monosymptomatische Enuresis nocturna (NMEN), gekennzeichnet durch Einnässen im Schlaf und Inkontinenz am Tage (Anmerkung: Kinder, die eine für das Alter zu geringe Blasenkapazität haben, trinken tagsüber sehr wenig, so dass die Miktionsfrequenz tagsüber normal erscheint und die zu Grunde liegende Symptomatik kaschiert. Wenn bei der Diagnostik dieser Aspekt nicht Berücksichtigung findet, wird häufig fälschlicherweise die Diagnose einer MEN gestellt) zu unterscheiden. Bei der nicht-organischen (funktionellen) Harninkontinenz am Tage werden folgende spezifischen Formen unterschieden: 1. die überaktive Blase/Dranginkontinenz, 2. der Miktionsaufschub (habituelle Aufschub der Miktion mit pathologischen Haltemanövern), 3. die dyskoordinierte Miktion (Detrusor-Sphinkter-

Dyskoordination) und 4. die interaktive Blase. Bei gleichzeitiger Harn- und Stuhlinkontinenz muss an eine occulte neurogene Störung gedacht werden.

**Diagnostisches Vorgehen:** Die Basisdiagnostik soll umfassen: Anamnesefragebogen, Fragebogenscreening für psychische Symptome und Störungen, Miktions- und Trinkprotokoll (über 48h) und die Dokumentation von Harninkontinenz tagsüber und nachts sowie der Darmentleerung Obstipation, Stuhlinkontinenz) für 14 Tage. Ebenfalls gehören zur Basisdiagnostik: körperliche Untersuchung und Urindiagnostik, Sonographie von Nieren und Harntrakt mit Erfassung von Blasenwanddicke und Rektumdurchmesser und eine Restharnbestimmung.

**Therapeutisches Vorgehen der Wahl:** Ziel der therapeutischen Bemühungen ist der Erwerb einer vollständigen Blasenkontrolle. Eine Stuhlinkontinenz und/oder Obstipation soll immer zuerst behandelt werden. Liegt eine NMEN vor, muss die Tagessymptomatik zuerst behandelt werden. Zuletzt wird die Enuresis nocturna behandelt. Als Grundlage der Therapie aller Inkontinenz- und Enuresisformen soll eine Urotherapie durchgeführt werden. Dazu gehören: Information und Entmystifizierung, Instruktionen zum optimalen Miktionsverhalten, Instruktionen zum Trink- und Ernährungsverhalten, Dokumentation von Symptomatik und Miktionsverhalten, regelmäßige Betreuung und Unterstützung. Genauere Angaben zur Standard-Urotherapie werden in den Leitlinien aufgeführt. Als erster Schritt der Behandlung der Enuresis soll zusätzlich zur Urotherapie eine Registrierung trockener und nasser Nächte in einem Plan durchgeführt werden. Als Mittel der ersten Wahl soll bei Enuresis die apparative Verhaltenstherapie (AVT) durchgeführt werden. Eine Pharmakotherapie mit Desmopressin soll durchgeführt werden, wenn eine korrekt durchgeführte AVT erfolglos war, wenn eine AVT von der Familie abgelehnt wird oder wenn die familiäre Situation eine solche nicht zulässt. Bei der Dranginkontinenz soll als erster Schritt eine Urotherapie durchgeführt werden. Falls diese nicht ausreicht, erfolgt zusätzlich eine Pharmakotherapie mit Anticholinergika. Bei Harninkontinenz mit Miktionsaufschub soll eine komorbide psychische Störung (hohe Komorbiditätsrate) simultan mitbehandelt werden. Bei dyskoordinierter Miktion kann neben einer Urotherapie eine Biofeedbackbehandlung durchgeführt werden. Bei mangelndem Therapieerfolg bei nicht-organischer(funktioneller) Blasendysfunktion mit Harninkontinenz tags und Non-MEN sollen Kontinenzschulungen (s.auch [www.kontinenzschulung.de](http://www.kontinenzschulung.de)) empfohlen werden.

Kostenloser Download:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-026.html>

- Dr. med. Frithjof Frotscher,  
Praxis für Psychotherapie Oranienburg

Vertreter der Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V. bei der Erstellung der S2k-Leitlinie Nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz und Enuresis

## Verleihung des BVKJ Ehrenpreises an Prof. Dr. Günter Esser

Für seine besonderen Verdienste um die Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Forschung, Ausbildung und Praxis wurde der Gründungsvorsitzende der BVKJ, Prof. Dr. Günter Esser (Universität Potsdam) mit dem erst zum zweiten Mal verliehenen BVKJ-Ehrenpreis ausgezeichnet. In der vom ersten Ehrenpreisträger Prof. Dr. Fritz Mattejat (Universität Marburg) gehaltenen Laudatio wurde die besondere Bedeutung von Günter Esser für die außerordentlich positive Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten 20 Jahren deutlich.

Exemplarisch ging Fritz Mattejat auf drei Bereiche ein, die das Wirken von Günter Esser charakterisieren. **1. Die Arbeit als Wissenschaftler und Forscher.** Mit seiner Mannheimer Arbeitsgruppe hat er die Kurpfalzerhebung und die Mannheimer Risikokohortenstudie über viele Jahre durchgeführt - die in Deutschland einzigartigen Studien zur Epidemiologie und Entwicklungspsychopathologie, in denen im langfristigen Verlauf Erkenntnisse gewonnen wurden, die mit einer sehr großen Zahl von Publikationen über Jahrzehnte hinweg unser heutiges Wissen über gesunde und psychopathologische Entwicklungen begründen. Daneben stehen noch viele andere wissenschaftliche Tätigkeitsbereiche. **2. Die konkrete Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung.** Auch hier nur ein Beispiel: Günter Esser trägt seit vielen Jahren als Mitglied und als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes wesentlich dazu bei, dass eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie in Deutschland anerkannt wird und in der praktischen Versorgung realisiert werden kann. **3. Die Lehre und Ausbildung.** Im Jahr 1995, also vor 21 Jahren hat Günter Esser die Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Potsdam angetreten. Unter seiner Leitung hat die Abteilung Klinische Psychologie/ Psychotherapie ein prägnantes Profil gewonnen. Seit 1998 ist Günter Esser als Direktor der Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an der Universität Potsdam (API) tätig und er leitet zudem die Psychologisch-Psychotherapeutische Ambulanz (PPA).



Fritz Mattejat und BVKJ-Vorstandsmitglied Dr. Ingrid Hösch verleihen den Ehrenpreis an Günter Esser.

Die komplette Laudatio ist unter [www.bvkj.org](http://www.bvkj.org) nachzulesen.