Ernst Berger

WAS BRAUCHEN KINDER: PSYCHOTHERAPIE, SOZIALE THERAPIE ODER WAS SONST?

Mein Beitrag behandelt das Thema aus der Warte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der die Psychotherapie eine zentrale Arbeitsmethode darstellt. Die Teilaspekte, die ich ihnen präsentieren möchte, sind epidemiologische Aspekte sowie sozialmedizinische Überlegungen, die ich auf die Folgen des neoliberalen Wandels in unserer Gesellschaft beziehen werde.

Üblicherweise wird aufgrund epidemiologischer Studien von einer Quantität zwischen 10% und 30% von psychischen Auffälligkeiten unter Kindern und Jugendlichen ausgegangen. Die weite Streuung ergibt sich aus der Unschärfe des Begriffs Auffälligkeit und der jeweils gewählten Operationalisierung. Wenn man den Begriff „Auffälligkeit" konkretisiert und von psychischen Störungen spricht, ist von mindestens 7% der Kinder und Jugendlichen auszugehen. Die Inanspruchnahme von Angeboten der Hilfe, die mit steigender geografischer Entfernung abnimmt, liegt ungefähr bei der Hälfte – bei 3 bis 4%. Eine weitere Abnahme auf etwa 1,5% findet man beim Übergang zur stationären Behandlung, deren Häufigkeit und Dauer mit der geografischen Entfernung zunimmt. Beim Aufbau einer guten ambulanten Versorgung finden wir zwar kurzfristig höhere stationäre Einweisungsraten, langfristig aber eine Reduktion und eine kürzere Aufenthaltsdauer im stationären Bereich (vgl. Remschmidt/ Walter 1989).

Eine langfristige epidemiologische Perspektive – ich stütze mich auf eine Metaanalyse wissenschaftlicher Publikationen im deutschsprachigen Raum von Barkmann und Schulte-Markwort – zeigt, dass es in den letzten 50 Jahren keine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen gibt (vgl. Barkmann/Schulte-Markwort 2004). Innerhalb des Spektrums psychischer Störungen gab es in dieser Zeit allerdings Verschiebungen (vgl. Keupp in diesem Band). Die Vorstellung, die von den Medien häufig vermittelt wird, dass wir mit einer Welle der Zunahme psychischer Schwierigkeiten im Kindes- und Jugendalter konfrontiert sind, bildet sich in den einschlägigen Studien bis zum Jahre 2000 nicht ab.

Ich versuche nun, diese Daten auf Österreich zu beziehen und daraus eine Schätzung des Bedarfs an Psychotherapie für Kinder und Jugendliche abzuleiten: die österreichische Bevölkerung zwischen 0 und 19 Jahren umfasst etwa 1,8 Millionen, sodass etwa 119.000 Individuen mit psychischen Störungen in dieser Altersgruppe zu erwarten sind. In Wien gibt es ungefähr 330.000 Kinder und Jugendliche und somit etwa 23.000 Fälle von psychischen Störungen woraus eine Inanspruchnahme von etwa 11.500 Fällen abzuleiten wäre. Weitere Überlegungen zur Konzeption eines Versorgungssystems könnten folgendermaßen aussehen: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt heute der fachliche Standard, dass jede psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen auch der Psychotherapie bedarf, wenngleich die Alltagsrealität diesen Anspruch nicht immer einlöst. Ich gehe nun von der relativ willkürlichen Annahme einer fiktiven Durchschnittsfrequenz von einer Therapiestunde pro Monat aus und errechne einen Bedarf für Wien von 23.000 Stunden pro Monat oder 276.000 Psychotherapiestunden pro Jahr, bzw. eine Inanspruchnahme von ca. 11.500 Stunden pro Monat. Legen wir der

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 28–34

Schätzung eine Therapiefrequenz von durchschnittlich 2 Stunden pro Monat zugrunde, so verdoppelt sich die Inanspruchnahme auf 23.000 Stunden pro Monat. Angesichts solcher Zahlen müssen weitere Überlegungen zur Struktur psychotherapeutischer Versorgung angestellt werden. Vermutlich wird die Zahl von Psychotherapieplätzen im engeren Sinne nie ausreichen, um diesen Bedarf alleine zu decken, sodass über die Optimierung des Einsatzes von Fachkompetenz in der Kooperation verschiedener Berufsgruppen nachzudenken ist. Ähnliche Überlegungen wurden bereits vor mehr als 20 Jahren für die kinderpsychiatrische Versorgung formuliert (vgl. Rae-Grant 1986). Soviel zu den Fragen von Epidemiologie und Quantität des Problems.

Ich wende mich nun der Frage zu, welche Wissenschaft uns Antworten über die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Gesundheit im Allgemeinen geben kann. Die Sozialmedizin formulierte schon seit der Mitte des vergangen Jahrhunderts und insbesondere in den 1970er-Jahren Zusammenhänge, die zeigten, dass soziale Schichtzugehörigkeit und Gesundheit eng miteinander verknüpfte Daten sind. In den Forschungsergebnissen dieser Periode fehlte aber noch ein Glied der Erklärungskette, nämlich die Antwort auf den Zusammenhang zwischen makrosozialen und individuellen Bedingungen. Neuere Ergebnisse der Sozialmedizin etwa aus den späteren 1980er-Jahren in Großbritannien zeigen nun, dass ein Element als entscheidender Faktor zu definieren ist, das lange Jahre nicht erkannt wurde: die „relative Armut". Überraschend bei diesen Studien war, dass Veränderungen der gesellschaftlichen Situation, die zu einem Anstieg der relativen Armut führen, mit geringen Zeitverzögerungen Auswirkungen auf viele Gesundheitsdaten haben. Der Begriff „relative Armut" bezeichnet das Auseinanderklaffen zwischen Arm und Reich innerhalb einer Gesellschaft. Seine Bedeutung liegt darin, den Blick über das Problem der „Armut" hinaus zu erweitern. Lange Zeit wurde angenommen, der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit betrifft vor allem die Länder der Dritten Welt. Das Konzept der „relativen Armut" zeigt, dass dieses Problem auch für relativ reiche Gesellschaften relevant ist: die Zunahme sozialer Ungleichheiten innerhalb einer Gesellschaft hat deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Der Messparameter der relativen Armut ist der Gini-Koeffizient, benannt nach einem italienischen Forscher (vgl. Gini 1912). Betrachten wir anhand dieses Parameters die globale Verteilung von Einkommensdifferenzen (vgl. Wikimedia-Projekt 2005), so finden wir Länder mit geringen Einkommensdifferenzen und niedrigem Gini-Koeffizienten und andere – auch reiche – Länder, deren Gini-Koeffizient gegen 1 geht, was eine große Einkommensdifferenz anzeigt. Österreich zeigt auf dieser Karte einen niedrigen Gini-Koeffizienten – Ausdruck geringer sozialer Ungleichheit. Der Durchschnitt der (damals noch) EU-15 liegt bei 0,28, der Wert für Deutschland bei 0,25 und für Österreich mit 0,24 knapp über Dänemark. Wir haben also in Österreich bis 2004 keine großen Einkommensunterschiede. Allerdings zeigen die aktuellen wirtschafts- und sozialpolitischen Daten, dass diese Differenzen auch in unserem Land kontinuierlich anwachsen.

Und nun zum Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. „Länder, in denen die Einkommensunterschiede zwischen Reich und Arm groß sind, weisen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Die egalitärsten Länder weisen den besten Gesundheitszustand auf, und nicht die reichsten Industriestaaten" (Wilkinson 2001, 133). Man kann diese Fakten anhand somatischer Kriterien wie Kindersterblichkeit, Sterberaten insgesamt, aber auch der subjektiven Befindlichkeit nach verfolgen. Relative Armut bedeutet also soziale Ungleichheit und diese führt zu Gesundheitsdifferenzen innerhalb reicher Gesellschaften. Aus dieser Erkenntnis sind nun weitere Fragen abzuleiten: Gibt es gesellschaftspolitische Veränderun-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 28–34

gen, die in diese Richtung wirksam sind? Ist die psychische Gesundheit davon betroffen? Die Daten dazu sind noch nicht allzu zahlreich, da dieser Ansatz erst in den 1980er-Jahren entstanden ist. Aber es gibt erste Antworten auf diese Fragen. Das erste Beispiel ist das Beispiel Englands, wo diese Forschung ja auch ihren Ausgang genommen hat. Ab Mitte der 1980er-Jahre kam es unter der Thatcher-Regierung zu einem sehr raschen Anstieg der Einkommensunterschiede und parallel dazu, fast unmittelbar zeitgleich, verschlechterten sich die Trends der nationalen Sterbedaten aller Altersgruppen. Diese Ergebnisse sind in verschiedenen Detailstudien bestätigt worden. Der politische historische Kontext ist ihnen vermutlich noch geläufig. Margret Thatcher hat in ihrer Regierungszeit den ergebnislosen Abbruch des Bergarbeiterstreikes erzwungen, dessen hohe Kosten die Gewerkschaftsbewegung damals an den Rand des Ruins gebracht haben. Sie hat ihre zweite Wahl 1985 damals auf dem Hintergrund des Falklandkrieges gewonnen, ungeachtet der Tatsache, dass ihre Regierungspolitik schon zu einer massiven sozialen Verschlechterung geführt hat. Überraschend in diesen Studien war, wie deutlich und wie rapide die Konsequenzen auftraten. 1985 begann die deutliche Steigerung der Einkommensunterschiede und im selben Jahr findet man auch einen Bruch der bis dahin kontinuierlich sinkenden Sterbedaten über alle Altersgruppen hinweg – die der Erwachsenen, der Kinder und auch der Säuglingssterblichkeit (vgl. Wilkinson 2001).

Ähnliche Studien wurden dann über die sozialen Veränderungen in Osteuropa angefertigt. Der Gini-Koeffizient 1989/2001, verglichen für Tschechien, Ungarn, Polen und Russland, zeigt zwischen 1989 und 2001 in all diesen Ländern, dass ein Anstieg der Einkommensungleichheit stattgefunden hat. Wenn man das wiederum korreliert mit der Lebenserwartung, errechnet für die Altersgruppe der 15-Jährigen, wird ersichtlich, dass in diesem Zeitraum des gesellschaftlichen Wandels in Ost- und Zentraleuropa und in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ein deutlicher Bruch der Lebenserwartung und ein Abkoppeln von den sonstigen Trends der Lebenserwartung feststellbar war (vgl. Marmot/Bobak 2005). Die Zusammenfassung und Schlussfolgerungen der Autoren lauten: die gesellschaftliche Transformation hatte eine große Auswirkung auf das Leben und die Gesundheit der Menschen, wenngleich die Mechanismen im Detail noch nicht an allen Punkten nachvollziehbar sind. Somit wurden in sehr unterschiedlichen geographischen und historischen Situationen Belege für diese Zusammenhänge beigebracht. Um sie für Österreich zu belegen stehen uns zu wenig sozialmedizinische Daten zur Verfügung. Auch für die Beantwortung der Frage, ob der neoliberale Wandel auch belegbare Konsequenzen für Kinder und Jugendliche hat (vgl. Berger 2005), müssen wir uns auf Daten aus Großbritannien stützen (vgl. Wilkinson 2001): 1979 bis 1991 findet man in Großbritannien eine Verdreifachung der Zahl der Kinder aus Familien, deren Einkommen unter der relativen Einkommensarmutsgrenze gelegen ist. Eine Zunahme der relativen Armut bei Familien mit Kindern erfolgt rascher. Bei Ein-Elternfamilien lag der Anteil der relativen Armut 1979 bei 28%, 1991 bei 74% (zum Vergleich: Schweden 2%, OECD-Durchschnitt 21%, USA 54%). Ein-Elternschaft – dazu gibt es Studien aus England im Vergleich mit Japan und Schweden – hat in egalitären Gesellschaften keine relevanten gesundheitsschädigenden Folgen; hingegen ist die Kombination von Ein-Elternschaft und relativer Armut eindeutig pathogen. Nun zu den Konsequenzen für die psychische Gesundheit: es besteht traditionell ein deutliches soziales Gefälle bei psychischen Problemen von Kindern, das beispielsweise bei den beiden Diagnosen Hyperaktivität und Angst deutlich ausgeprägt ist. Beginnend mit dem „magischen Jahr“ 1985 ist ein deutlicher Rückgang der Leseleistungen der SchülerInnen in landesweiten Lesetests festzustellen. Auch die Leistungen im Rechnen sind zu diesem Zeitpunkt abgefallen. Es gibt in diesem Zeitraum einen raschen Anstieg der Schulverweise wegen Disziplinproblemen und eine Zunahme der Gewaltkriminalität ab 1987 unter Jugendli-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 28–34

chen mit der ergänzenden Aussage, dass die relevanten Risikofaktoren psychosoziale Belastungen der Familien sind. Das gleiche Bild gilt für Drogendelikte. Diese Daten verschiedener Autoren finden sich bei Wilkinson (2001).

Wenn wir nach Möglichkeiten suchen, auf derartige Entwicklungen sinnvoll zu reagieren, so müssen wir Antworten auf diese Zusammenhänge auf zwei Ebenen suchen. Einmal gesellschaftspolitische Antworten: es geht darum, für adäquate Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen einzutreten, die beispielsweise durch ein allgemeines Grundeinkommen sichergestellt werden könnten. Dieser Begriff ist der in der aktuellen politischen Diskussion durch den Begriff der Mindestsicherung abgelöst worden. Ich halte es für wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich um zwei sehr unterschiedliche Dinge handelt. Das Grundeinkommen hat einen völlig anderen sozialpolitischen Status als die heute diskutierte Mindestsicherung. Es geht aber nicht nur um adäquate materielle Lebensbedingungen, sondern auch um adäquate psychosoziale Lebensbedingungen. Es geht um gesellschaftliche Bedingungen und Strukturen, die ein spannungsarmes Zusammenleben in unserer Gesellschaft möglich machen. Es geht um „Solidarität" gegenüber dem neoliberalen Konkurrenzdenken. Es geht in der zweiten Ebene um solidarische Sicherungsstrukturen, die beispielsweise eine zentrale Forderung des Volksbegehrens „Sozialstaat Österreich" im Jahre 2002 waren. Es geht um den Rechtsanspruch auf Hilfe. Es geht aber auch um Kinderrechte, um die Diskussion, die Kinderrechtskonvention in der Verfassung zu verankern. Die Kinderrechtskonvention enthält das Recht auf psychische Gesundheit und Unterstützung bei Hilfsbedarf. Neben der gesellschaftspolitischen Ebene geht es aber natürlich auch darum, psychosoziale Antworten zu formulieren. Ziel ist es, breite Paletten von Hilfsangeboten zu schaffen. Die Kriterien, die hier realisiert sein müssen, sind möglichst niedrige soziale Hürden und inhaltliche Qualität für solche Hilfsangebote. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Disziplinen in Netzwerken sollte an die Stelle berufsspezifischer Abgrenzungen treten. Schnittstellen sollten durch Nahtstellen ersetzt werden. Inhaltlich geht es um die Realisierung des Konzeptes „Hilfe zur Selbsthilfe". Wichtige Leitbegriffe der aktuellen Diskussion sind Kindergesundheit und ressourcenorientierte Jugendwohlfahrt. Und selbstverständlich geht es bei der Suche nach psychosozialen Antworten auch um die Angebote von Psychotherapie und um die Frage, welchen Beitrag Psychotherapie im dargestellten Kontext leisten kann.

Natürlich darf die kritische Warnung von Robert Castel nicht übersehen werden. Er hat Kritik geübt an der gesellschaftlich affirmativen Funktion von Psychoanalyse, die am sozialen Konsens mitgewirkt und die Aufrechterhaltung der Arbeitskraft ins Zentrum gestellt hat (vgl. Castel 1976). Auch wenn ich mich jetzt nicht weiter mit der Frage beschäftige, ob Castels Kritik an der Psychoanalyse richtig war, ist es natürlich berechtigt, diese Fragen – auch heute – an die Psychotherapie insgesamt zu stellen.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen komme ich nun zur Frage nach den Strukturen der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche.

Ich greife nochmals den früher formulierten Gedanken nach dem quantitativen Bedarf nach Psychotherapie für Kinder und Jugendliche auf und erinnere an die Feststellung, dass dieser Bedarf deutlich größer ist als die Möglichkeit seiner Deckung durch PsychotherapeutInnen im engeren Sinne. Ich habe auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Einsatz kinderpsychotherapeutischer Kompetenz zu optimieren. Die daraus abzuleitenden Arbeitskonzepte können mit den Begriffen Sozialpsychiatrie und Sozialtherapie umschrieben werden. Ich stütze mich bei

Sozialpolitik in Diskussion, Band 9/2009: Seiten 28–34

der Begriffswahl „Sozialtherapie“ auf Rolf Schwendter (2000), der mit diesem Begriff eine Integration von Handlungskonzepten aus Sozialarbeit, Sozialpädagogik und den therapeutischen Richtungen der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie meint. Ein brauchbares Arbeitskonzept muss sich auf all diese Elemente stützen. Neben diesen Aspekten der Kooperation sind Aspekte der inneren Differenzierung zu beachten. Wir haben in einer ExpertInnengruppe der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2000 in Wien versucht, den allgemeinen Begriff Psychotherapiebedarf für Kinder und Jugendliche nach verschiedenen Aspekten zu differenzieren und folgende Teilaspekte herausgearbeitet: Klinische Diagnostik und Indikationsstellung zur Psychotherapie; therapeutische Umfeldarbeit inklusive psychotherapeutischer Pädagogik; Management im sozialen Umfeld. Psychotherapie im engeren Sinne umfasst Therapieformen, die ihren Fokus der Aktualproblematik haben – Traumatherapie zum Beispiel – ebenso wie die langfristige Psychotherapie.

Abschließend einige kurze Anmerkungen, welche Strategien zur Umsetzung dieser Überlegungen zur Verfügung stehen. Ich beziehe mich hier nur auf jene Traditionen, die aus dem psychoanalytischen Bereich kommen, da mir die anderen Therapierichtungen mit ihren weiteren Entwicklungen zu wenig geläufig sind. Die Tradition der psychoanalytischen Psychagogik hat ihre Wurzeln in Wien. Aus dieser Tradition hat sich viel später das Modell der PsychagogInnen, die im Schulbereich tätig sind, entwickelt. Ein anderes Konzept ist das der psychoanalytischen Sozialarbeit. Auch das Modell der sozialtherapeutischen Wohnplätze ist in diesem Zusammenhang von Psychotherapie und Pädagogik zu erwähnen.

Die psychoanalytische Pädagogik ist unter anderen mit den Namen von Fritz Redl und Rudolf Ekstein verknüpft. In dieser Traditionen wurde immer auch die Ebene der gesellschaftlichen Veränderungen mitgedacht. In einem Rundbrief der Roten Falken vom Mai 1937 schrieb beispielsweise Rudolf Ekstein über „Sozialpolitik und Faschismus“. Ein Zitat Eksteins soll seine Haltung zum Verhältnis zwischen Psychotherapie und Pädagogik deutlich machen: „Many of the teachers who become interested in analysis ask for help with their deviant problems ... The ask of the educator is not to resolve unconscious conflicts, not to cure the symptom of the deviant child, but rather to utilize analytic insights toward the teaching process“ (Ekstein/Motto 1964). Auf diesem Hintergrund wurde mit persönlicher Unterstützung von Rudolf Ekstein das Wiener Modell der Psychagogik von Max Friedrich etabliert.

Die psychoanalytische Sozialarbeit geht auf Ernst Federn zurück. In dem Buch „Helfen statt Heilen“ wird über ein solches Modell berichtet, das in Berlin etabliert wurde. Stephan Becker schreibt dazu: „Psychoanalytische Sozialarbeit stellt in diesem Licht den Versuch dar, in erster Linie die Behandlung der sogenannten Nichtbehandelbaren zu ermöglichen. Helfen bedeutet hier keine stützende Psychotherapie, die einen leidenden Menschen von der Verantwortung für sich selbst entlastet, sondern die Einrichtung von Beziehungsangeboten und Angeboten der Hilfe, über die ein hilfsbedürftig gewordener Mensch sich selbst näher kommt und Kräfte sich selbst zu helfen an seinem sozialen Ort auffindet. Möglichst unabhängig von dauernden professionellen Hilfsangeboten“ (Becker 1995, 17). Ich halte diese Formulierung für einen brauchbaren Orientierungsansatz für die Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Psychotherapie.

Abschließend ein kurzer Blick auf ein sozialpädagogisches Modell, das Wiener Modell der sozialtherapeutischen Wohnplätze (vgl. Berger/Oberacher/Walter 2004). Der Grundgedanke war, dass sozialpädagogische Wohngemeinschaften durch zusätzliche Ressourcen die

Betreuung schwieriger Klienten (vgl. Bauer 2000) übernehmen können. Dem Modell lagen Strukturkriterien zugrunde, in denen die Verfügbarkeit von PsychotherapeutInnen als Teil eines interdisziplinären Teams neben der Kooperation mit der Kinderpsychiatrie und dem Zugang zur Supervision festgeschrieben waren. Die Auswertung der Häufigkeit realisierter Betreuungsmaßnahmen zeigte, dass neben verschiedenen pädagogischen Maßnahmen wie Einzelbetreuung und intensiver Umfeldarbeit an vierter Stelle der Häufigkeit Psychotherapie realisiert wurde. Die psychotherapeutischen Angebote sind hier in ein pädagogisches Modell integriert.

Jene PatientInnen, die im psychosozialen Versorgungssystem und auch in der Psychotherapie als ProblempatientInnen wahrgenommen werden, hat Manfred Bauer mit dem Begriff „der schwierige Patient" bezeichnet und festgestellt, dass diese PatientInnen zwar nicht im Lehrbuch beschrieben werden, aber in der Wirklichkeit vorhanden sind. Diese PatientInnen stellen die psychosozialen Systeme oft vor große Herausforderungen, sind ungeliebte PatientInnen und werden oft abgelehnt. Bauer stellt dem gegenüber fest: „Gemeindepsychiatrie ist der Versuch, schwierigen Menschen auf die Dauer eine Bleibe unter uns zu geben. Das ist schwierig und alle Beteiligten brauchen einen langen Atem" (Bauer 2000). Oft ist der Beitrag von Psychotherapie in diesem Kontext ganz entscheidend. Franco Basaglia, der große italienische Sozialpsychiater, hat festgestellt, dass „das Andersartige" Teil des gesellschaftlichen Lebens ist und dass es die Aufgabe der PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen ist, dies zu vermitteln. Basaglia hat seine Aussage noch zugespitzt und davor gewarnt, dass Intellektuelle, die diese Aufgabe nicht übernehmen zu „Befriedungsverbrechern" werden können. Das gilt auch für den Sektor der Psychotherapie. Er forderte uns auf, im eigenen Bereich die Methoden der Ausübung von Gewalt und Macht aufzudecken und sich über die Gefahr der Rolle des Zustimmungsfunktionärs klar zu werden (vgl. Basaglia/Basaglia-Ongaro 1980).

Ich komme zu meiner abschließenden Schlussfolgerung, zur Frage, ob Psychotherapie einen Beitrag leisten kann zur gesellschaftlichen Emanzipation des Einzelnen, ob die Institution Psychotherapie diese Möglichkeit bietet. Eine Antwort auf diese Frage ist schwierig, aber Psychotherapie kann und muss einen Beitrag dazu leisten, den Einzelnen gegen gesellschaftlichen Ausschluss zu schützen. Als PsychotherapeutInnen sind wir aufgerufen, unsere Handlungsmöglichkeiten auf den verschiedenen Eben zu nützen – auf der gesellschaftspolitischen Ebene, in den Feldern sozialpolitischen Handelns und in den psychosozialen Arealen.

BIBLIOGRAPHIE

Barkmann, Claus und Michael *Schulte-Markwort* (2004), Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick, in: Psychiatrische Praxis 31, 278-287.

Basaglia, Franco und Franca *Basaglia-Ongaro* (1980), Befriedungsverbrechen – Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen (Original in Italienisch 1975), Frankfurt am Main.

Bauer, Manfred (2000), Der „schwierige" Patient in der Gemeindepsychiatrie, in: Psychiatrische Praxis 27, 1-5.

Becker, Stephan (1995), Helfen statt heilen, Gießen.

Berger, Ernst, Ruth *Oberacher* und Martina *Walter* (2004), Sozialtherapeutische Wohnplätze –

ein sozialpsychiatrisches Betreuungsmodell der Kinder- und Jugendpsychiatrie; download: http://www.univie.ac.at/kjnp-rehab-integra/projekt/SOZIALTHER.%20WOHNPL.%20korr.2.htm.

Berger, Ernst (2005), Psychosoziale Belastungen für Kinder und Jugendliche – Konsequenzen neoliberaler Politik, in: Elke *Renner* und Grete *Anzengruber* (Hg.), Zwei Seiten einer Medaille – Information zu Aufrüstung und Sozialabbau. Schulheft 117, 46-51, Wien.

Castel, Robert (1976), Psychoanalyse und gesellschaftliche Macht (Original in Französisch 1973), Kronberg.

Ekstein, Rudolf und Rocco L. *Motto* (1964), Psychoanalysis and Education – a reappraisal, in: Psychoanalytic Review 51, 569-584.

Gini, Corrado (1912), Variabilità e mutabilità, reprinted in: E. *Pizetti* and T. *Salvemini* (eds., 1955) Memorie di metodologica statistica, Roma: Libreria Eredi Virgilio Veschi.

Marmot, Michael and Martin *Bobak* (2005), Social and economic changes and health in Europe East and West, in: European Review, Vol. 13, 15-31.

Rae-Grant, Quentin (1986), Child psychiatrist in the 90's: who will want us, who will need us, in: Canadian Journal of Psychiatry 31, 493-498.

Remschmidt, Helmut und Reinhard *Walter* (1989), Evaluation Kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung, Stuttgart.

Schwendter, Rolf (2000), Einführung in die Soziale Therapie, Tübingen.

Wikimedia-Projekt (2005), http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Economics_Gini_coefficient.svg.

Wilkinson, Richard G. (2001), Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit (Original in Englisch 1996: Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, Routledge), Wien.