

Biermann, Gerd

## **Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 6, S. 206-213*

urn:nbn:de:bsz-psydok-30531

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions) . . . . .	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury) . . . . .	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children) . . . . .	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome) . . . . .	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance) . . . . .	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons) . . . . .	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents) . . . . .	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists) . . . . .	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents) . . . . .	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration) . . . . .	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped) . . . . .	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent) . . . . .	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers) . . . . .	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry) . . . . .	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision) . . . . .	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles) . . . . .	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors) . . . . .	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community) . . . . .	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles) . . . . .	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses) . . . . .	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders) . . . . .	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History) . . . . .	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals) . . . . .	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency) . . . . .	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service) . . . . .	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals) . . . . .	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles) . . . . .	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report) . . . . .	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination) . . . . .	188

## Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) . . . . .	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) . . . . .	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne) . . . . .	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) . . . . .	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) . . . . .	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) . . . . .	239

## Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg . . . . .	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 . . . . .	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar . . . . .	34

## Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre . . . . .	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag . . . . .	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag . . . . .	322
Johann Zauner – 65 Jahre . . . . .	323

## Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant . . . . .	325
<i>Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern . . . . .	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse . . . . .	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen . . . . .	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie . . . . .	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch . . . . .	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet . . . . .	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien . . . . .	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien . . . . .	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder . . . . .	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag . . . . .	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene . . . . .	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie . . . . .	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim . . . . .	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse . . . . .	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted . . . . .	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted . . . . .	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken . . . . .	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 . . . . .	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung . . . . .	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern . . . . .	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit . . . . .	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung . . . . .	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie . . . . .	107
<i>Rett, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte . . . . .	162
<i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration . . . . .	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen . . . . .	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten . . . . .	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . . .	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese . . . . .	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie . . . . .	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung . . . . .	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst . . . . .	291

**Mitteilungen:** 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

## Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern\*

Von Gerd Biermann

Martas Traum:

Der gefürchtete Krieg ist ausgebrochen. Panzer fahren durch die leeren Straßen. Angst herrscht überall.

Die arme, kleine Kindertherapeutin schickt aus dem Haus kleine Spielautos auf die Straße. Alle Panzer bleiben stehen, sie können nicht weiterfahren.

### Zusammenfassung

Die Geschichte lehrt, daß Kinder zu allen Zeiten die ohnmächtigen Opfer der Gewalttaten Erwachsener waren.

Als physiologische Frühgeburt absolut auf den Schutz der Mutter angewiesen, übt der junge Säugling gleichzeitig in seiner Hilflosigkeit einen mächtigen Appell zur Fürsorge an die Umwelt der Erwachsenen aus. Es kommt aber immer wieder zum Machtmißbrauch des Erwachsenen, bis zur tödlichen Kindesmißhandlung. Kindfremde Institutionen wie Krankenhäuser als Zentren einer Apparatedizin gefährden das im Kranksein besonders verletzbare Kind, was für Ärzte und Schwester bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eine Selbstkontrolle voraussetzt, die jegliche Andeutung einer Strafhandlung beim Kinde ausschließt. Dies gilt auch für den Kinderpsychotherapeuten, von dem das psychisch gestörte Kind im Übertragungsverhältnis besonders abhängig ist. Die Aversionstherapie des Behaviorismus erscheint als Extrem einer strafbaren Handlung, die mit der Empathie des Kinderpsychotherapeuten für das leidende Kind nicht vereinbar ist.

### Geschichtliches

„Hört ihr die Kinder weinen“, überschreibt *Lloyd de Mause* (1974) seinen kulturhistorischen Bericht über Krankheit in den letzten zweitausend Jahren unserer Geschichte. Aus ihm wird die Rechtlosigkeit und Ohnmacht von Kindern ersichtlich, indem ihnen von den allmächtigen Erwachsenen kein eigenständiger Daseinsraum und damit kein ihren Triebbedürfnissen entsprechendes Menschsein zugebilligt wurde.

Von allen Massenvernichtungen sprechen uns diejenigen von Kindern im Anblick ihrer Hilflosigkeit besonders an, ob dies für den tragischen Ausgang des Kinderkreuzzuges im 13. Jahrhundert, mit Elend und Tod der Kinder in der Sklaverei gilt oder ihren Schicksalen in den Konzentrations- und Flüchtlingslagern unserer Zeit, in allen Teilen der Welt.

Wenn erst Ende des 19. Jahrhunderts dank einer aufkommenden Kinderpsychologie Einblicke in die Eigengesetze

von Reifung und Entwicklung, damit aber auch die Grundrechte des Kindes gewährt wurden, hielten sich weiterhin im Patriarchat überlieferte Anschauungen eines absoluten Strafvollzuges von Erwachsenen an Kindern: Ließ sich doch auf diese Weise allzuleicht zur eigenen Entlastung das „Böse“ schlechthin in jene hineinprojizieren. Indem noch in den Sechziger Jahren Gewalt in der Familie zur Sitte und Norm der Gesellschaft erklärt wurde (*Hävernick*, 1966), blieb die Grundlage für Erzieher-Fehlhaltungen in gestörten Familien bis hin zum Kindesmißhandlungsmilieu und dessen tödlichen Auswirkungen bestehen (*Biermann*, 1969, 1980).

### Frühe Kindheit

Macht und Ohnmacht werden schon früh bei der Aufzucht – Pflege und Erziehung – des Kindes evident, gleichermaßen bei dem jungen Säugling wie seiner primären Bezugsperson, meist der Mutter. Der Anblick der Hilflosigkeit des Neugeborenen verstärkt deren Pflegeinstinkte, die sich von der während der Schwangerschaft entwickelten „primären Mütterlichkeit“ (*Winnicott*, 1960) herleiten. Sie sind aber keineswegs geschlechtsgebunden und von sogenannten Blutbanden abhängig; auch zwischen Pflege- und Adoptiveltern und ihren Kindern kommt es zu symbiotischen Beziehungen. Das läßt die Macht erkennen, die schon ein Säugling ausüben kann und der sich keine natürlich empfindende Mutter zu entziehen vermag.

Die Hilflosigkeit leitet sich von der einmaligen Situation des Menschenkindes als „physiologische Frühgeburt“ (*Portmann*, 1951) her. Schon *Herder* (1770) hat den Säugling als das „verwaisteste Kind der Natur“ bezeichnet. Die mütterlichen Pflegeinstinkte sind Urtriebe, welche dem Kind in der Gesellschaft sein Überleben sichern. Wo immer es aus dieser Gemeinschaft ausgesetzt ist, was allein mit einer frühen Trennung von Mutter und Kind, ohne entsprechende Ersatzbefriedigungen, erreicht wird, kann es im Deprivationszustand an einer psychischen Inanition zugrunde gehen. *René Spitz* (1950) hat es mit eindrucklichen Beispielen des psychischen Hospitalismus als „psychosomatische Epidemien im Kindesalter“ belegt. Störungen des Mutter-Kind-Verhältnisses, auf welche das Kind in der frühen sensiblen Phase seismographisch reagiert, führen infolge emotionaler Mangel erlebnisse zum Zustand „seelischer Heimatlosigkeit“ (*Julia Schwarzmann*, 1948).

Wo immer Persönlichkeiten in der Mutterrolle pathologisch strukturiert sind, kann der innere Erzieherauftrag am Kinde deformiert und mißbraucht werden. Hierfür vermittelt das Kindesmißhandlungsmilieu ein breites Spektrum von Erfahrungen. Das Kind wird zum bösen Objekt seiner Mut-

\* Marta Kos-Robes zum 65. Geburtstag gewidmet.

ter, indem sie auf dieses Kind die Haß-Liebe zu seinem Erzeuger überträgt. Ein Gleiches gilt für den in seinen Beziehungen zum Kinde gestörten Vater. So erklären sich unvorstellbare Grausamkeiten der Mißhandlung wehrloser Säuglinge durch die eigenen Eltern (Biermann, 1980):

- Ein Säugling wird von seinem Vater durch einen Schrotschuß in den Kopf getötet.
- Eine Mutter bohrt ihrem Säugling eine Stricknadel durch die Fontanelle in das Gehirn.

Immer wieder sterben Kinder infolge Vernachlässigung, einer besonderen Form der Kindesmißhandlung, z. B. durch systematischen Nahrungsentzug. Die von der Gerichtsmedizinerin Trube-Becker (1982) ermittelten 50 tödlichen Kindesmißhandlungen betrafen fast ausschließlich Säuglinge und Kleinkinder.

### Die Umwelt des kranken Kindes

Es wird immer wieder über Säuglingsmißhandlungen in Kinderkliniken berichtet, wie Knochenbrüche und Verbrennungen. Als Urheber dieser Verletzungen wurden Krankenschwestern ermittelt, die sich aus einem gestörten Verhältnis zum Kinde zu diesen Handlungen hinreißen ließen. Die gerichtliche Aufklärung stieß im Klinikmilieu meist auf Schwierigkeiten einer kollektiven Abwehrhaltung, da man sich diese Vorfälle in einem Kinderkrankenhaus, bei dem caritativen Auftrag, dem Ideal der Empathie einer Kinderchwester zu ihren kleinen Patienten, nicht vorstellen wollte. Man darf sich nicht mit der Feststellung eines psychopathischen Charakters der Betroffenen begnügen, sondern sollte dem Täter im Hinblick auf seine neurotische Gestörtheit zu einer Psychotherapie verhelfen. Nur so läßt sich dem Wiederholungszwang, bei bekanntem Wiederholungstätertum im Kindesmißhandlungsmilieu, erfolgreich begegnen. Jede ärztliche Handlung kann, wenn sie in die Grenzbereiche schmerzauslösender therapeutischer Maßnahmen gerät, vom Kind, aber auch Arzt und Schwester als Strafmaßnahme gewertet werden. Das läßt von letzteren Einsicht und Rücksichtnahme erwarten, um zusätzliche seelische Schäden beim Kinde zu verhüten.

Hieran ist bei einer heilgymnastischen Behandlung von Bewegungsstörungen im frühen Säuglingsalter zu denken. Bei der *Vojta*-Therapie wird die Mutter als Ko-Therapeutin des Arztes bei ihrem Kinde eingesetzt. Es wird ihr aufgetragen, die beim Arzt oder der Krankengymnastin erlernten Übungen mit ihrem Kinde zu Hause regelmäßig fortzuführen. Sie wird dadurch zwangsläufig zum Vollstrecker schmerzauslösender Maßnahmen beim Kinde, welches mit Schreien und Weinen darauf reagiert. In der symbiotischen Phase eines noch ungeteilten Lustempfindens und Wohlbefagens im Schutze der ihm liebend zugewandten Mutter wird bei dieser Form der Therapie das Liebesverhältnis beider zueinander immer wieder vorübergehend unterbrochen. Der ständige Wechsel von Zuwendung und Ablehnung, einer lieben und zugleich bösen Mutter, wie es das Kind erleben muß, schafft Verwirrung, die René Spitz (1968) als eine der Hauptursachen einer neurotischen Grundstörung im frühen Kindesalter ansieht. Ist doch auf

dieser Altersstufe nichts wichtiger als eine beständige Liebeszuwendung zur Bildung des „Urvertrauens“ (Erikson) und nachfolgendem „Aufbau der ersten Objektbeziehungen“ (René Spitz).

Aufgrund eigener Untersuchungen von 22 nach *Vojta* behandelten Kindern ermittelten wir folgende unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten einer Mutter bei der *Vojta*-Behandlung ihres Kindes:

Viele Mütter können das Schreien und Weinen ihres jungen Kindes nicht ertragen und brechen die Behandlung und meist auch die Beziehung zum Arzt/Heilgymnastin ab. So ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Wo Mütter aber die *Vojta*-Behandlung weiter durchführen, ergeben sich zwei mütterliche Verhaltensweisen:

1. Unsichere Mütter sind hin- und hergerissen zwischen dem Auftrag des Arztes, zumal bei dessen patriarchalischer Haltung und ihrer spontanen Zuneigung zum Kinde. Diese Unsicherheit überträgt sich auf das Kind, welches dadurch gleichfalls in seiner Beziehung zur Mutter verunsichert wird, die ihm nicht mehr verlässlich erscheint. Hieraus resultieren nachhaltige Störungen in der weiteren emotionalen Entwicklung des Kindes.
2. Der Auftrag des Arztes wird von der Mutter als Ko-Therapeutin perfektionistisch erfüllt. Sie will mit ihrer „Arbeit am Kinde“ beweisen, welch gute Mutter sie ist. Das gilt für eine primär gestörte eheliche Beziehung der Eltern, in der dem Kind von Anbeginn eine bestimmte konfliktbesetzte Rolle zugeteilt wird.

Sechsjähriger Junge, der schon im Kindergarten wegen Kontaktstörungen und Zwängen auffiel und später in der Schule, bei durchschnittlicher Intelligenz, ein autistisches Verhalten zeigte. Als Einzelkind in einer gestörten Ehe der Eltern aufgewachsen. Vater gehemmt, sprachgestört. Mutter narzißtische Persönlichkeit, mit Suizidanwandlungen in depressiven Phasen, pedantisch-korrekt im Haushalt wie im Umgang mit dem Kind. Risikogeburt des von der Mutter nicht erwünschten Kindes, nach einer durch anhaltendes Erbrechen komplizierten Schwangerschaft. Asphyxie des Kindes. Ab achter Lebenswoche wegen zunehmender zerebraler Bewegungsstörungen Behandlung nach *Vojta*, die von beiden Eltern bis zum ersten Lebensjahr konsequent durchgeführt wurde. Wenn das Kind dabei schrie, hielten sich die Eltern vor, daß die Behandlung für das Kind wichtig sei. Perfektionistischer Eifer der Mutter bei der Therapie, während das Kind sich sonst viel selbst überlassen blieb. Das Kind kam mit sechs Jahren wegen seiner Schwierigkeiten in psychotherapeutische Einzelbehandlung.

Die Leiterin einer Schule für körperbehinderte Kinder berichtete, daß sie zu einer in früher Kindheit nach *Vojta* behandelten Fünfjährigen erst im Laufe eines halben Jahres eine emotionale Beziehung bekam.

Inzwischen wurde von mehreren Autoren über ähnliche Schwierigkeiten und Verhaltensstörungen dieser Kinder berichtet (Aly und Müller, 1981; Neraal, 1982; Weber und Riedesser, 1982; Widmer-Perrenoud, 1981). Eine Vergleichsuntersuchung der psychologischen Situation der nach *Vojta* und *Bobath* behandelten Säuglinge und ihrer Mütter (Held, Heisch und Koch, 1983) ist nur dann sinnvoll und effektiv, wenn sie eine eingehende psychologische Untersuchung der Mutter (mit biographischer Anamnese und evtl. psychologischer Testuntersuchung) mit einschließt. Deren Ergebnisse lassen bisweilen von einer *Vojta*-Therapie abra-

ten, um bei emotionalen Belastungen zusätzliche Traumatisierungen der frühen Mutter-Kind-Situation zu verhüten. Die von den Autoren geschilderte intensive „Notgemeinschaft“ von Mutter und Kind in der Vojta-Therapie weist auf zu klärende pathologische Faktoren dieser Beziehung hin.

Die erste psychosoziale Krise stellt für ein Kind seine Sauberkeitsgewöhnung dar, bei der es erstmals mit dem Verzicht auf eine ungeteilte Lustbefriedigung, beim Harn- und Kotlassen, gesellschaftlichen Normen angepaßt wird. Diese sind unterschiedlich kulturabhängig, mit entsprechenden Rückwirkungen auf die frühe Charakterbildung des Kindes, im Hinblick auf Hemmung und Aggression. *Christoffel* (1944) hat diesen Vorgang mit den Begriffen Urophilie und Koprophilie, bzw. Uropolemie und Kopropolemie gekennzeichnet. Strenge, rigide Erziehungsmaßnahmen setzen in dieser kritischen Phase die Grundlagen von Über-Ich-Strukturen des Kindes, wenn es ein erstes Mal körperliche Züchtigungen zu spüren bekommt. Es lernt aber auch, mit der Manipulation von Harn- und Stuhlgang eine Macht über seine Umwelt, die Familie auszuüben. Das zeigt der Anblick eines obstipierten, vertrotzten Kleinkindes auf dem Töpfchen, dem gegenüber sich der allmächtige Erwachsene als ohnmächtig erweist. *Glanzmann* (1934) hat den Zustand treffend als „pluriorifizielles Schmollen“ beschrieben. Früher Strafvollzug auf dieser Entwicklungsstufe kann die Grundlage einer neurotischen Fehlentwicklung sein. Beim Enkopretiker, der sich mit seinem aggressiv-schmutzigen Verhalten von der Gesellschaft ausgestoßen fühlt, führt sie später zur Verwahrlosung.

Die nächste Krise betrifft nur eine Minderzahl von Kindern, wenn sie aus Krankheitsgründen in die Klinik eingeliefert werden. Das ist, auch bei einer unbeschränkten täglichen Besuchszeit, mit einer zeitweiligen Trennung von der Mutter verbunden, zu der beim Kleinkind noch eine innige symbiotische Beziehung besteht.

Einer modernen Klinik, mit anonym gehandhabter Apparatedizin – vom Operationssaal bis zur Intensivstation – fühlt sich ein Kind besonders schutzlos ausgeliefert. Schon der Bereich diagnostischer Maßnahmen – z. B. Herzkatheter – ist mit seinen Instrumenten für ein Kind in hohem Maße angstbesetzt, zumal in Abwesenheit der Mutter. Die Trennungsangst des Kindes bei der Krankenhausaufnahme ist eine Wiederauflage des frühen Mutterverlustes, den es bei der Entbindung als Geburtstrauma (*Rank*, 1922) erfahren hat. Diesem Trennungstrauma werden alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, bis zum Operationstrauma, als Krankenhausstrauma subsumiert. Hierzu trägt die hierarchische Struktur und eine Inhumanität des Krankenhausbetriebes bei, welcher ein völlig anderes soziales Bezugssystem für ein Kind darstellt als die Familie, in der es sich geborgen fühlt (*Friedrich*, 1983). Auch wenn das Kind sogleich Arzt und Schwester im Krankenhaus Vater- und Mutterrollen anträgt, sind diese doch nicht in der Lage, den Anspruch des Kindes zu erfüllen, zumal bei einer größeren zu betreuenden Patientenzahl gegenüber der einzigen Mutter-Kind-Beziehung. Es ist daher der Mutter eine weitgehende Anteilnahme am Leben ihres Kindes im Krankenhaus zu ermöglichen. Das gilt besonders für die kritischen Gefah-

rensituationen schmerzbringender Eingriffe in Diagnostik und Therapie. Ihm dienten die psychohygienischen Reformen der Siebziger Jahre mit Einführung der unbeschränkten täglichen Besuchszeit sowie Mitaufnahme von Müttern erkrankter Kinder. Dem werden aber vor allem im Operationsbereich einer Klinik Grenzen gesetzt, weshalb nach wie vor ein Kind durch das Operationstrauma gefährdet erscheint.

Bei einem wiederholt am Auge wegen einer Verletzung operierten Kind erreichte die Mutter erst nach Überwindung großer Schwierigkeiten, daß sie bei ihrem Kinde bleiben durfte. Es wurde zu den notwendigen Nachuntersuchungen in Narkose von der Kinderstation im oberen Stockwerk von den mit Mundschutz verummten Pflegern – Ausruf der Kinder: „Die grünen Männer kommen!“ – in den Operationssaal im Erdgeschoß der Klinik gebracht. Jeden Morgen warteten die Kinder voller Ängste, wer nun geholt würde. Noch Monate nach der Krankenhausentlassung wagte das Kind selbst im gewohnten häuslichen Milieu nicht, in den Keller zu gehen, weil „dort die Krokodile hausten“. (Assoziation: Die grünen Männer, die es in den OP gebracht hatten!) (*Biermann*, 1983.)

Macht und Ohnmacht werden nirgends so deutlich vom Kind erfahren wie im Alltag des Krankenhauses, zumal wenn es sich durch die Krankheit und deren Folgen in seinem natürlichen Bewegungsdrang behindert, der Allmacht des Arztes ausgeliefert fühlt. Sein Aggressionsstau kann sich verbal in Schimpfkanonaden gegenüber Ärzten und Schwestern entladen oder mit der Rückkehr in die Familie bei seinen nächsten Bezugspersonen, von denen es sich mit der Krankenhausaufnahme im Stich gelassen fühlte. Dies löst bei einer bis dahin ungetrübten Kind-Eltern-Beziehung große Betroffenheit bei denselben aus.

Bisweilen wird die Aggression des Kindes im Abwehrmechanismus einer „Identifizierung mit dem Angreifer“ sichtbar (*Anna Freud*, 1936), indem das Kind sich in die Rolle des von ihm aggressiv erlebten Arztes versetzt. Das gilt vornehmlich für die Mandeloperation, zumal wenn dieser Eingriff in Lokalanästhesie durchgeführt wird und bewußt, im Zustand einer gesteigerten Angstbereitschaft des Kindes erlebt wird. (*Biermann*, 1980)<sup>1</sup>. Die Mandeloperation ist immer noch ein Urtrauma vieler Kindheiten, worüber Erwachsene in Rückerinnerung eigener Kindheitserfahrungen berichten. Der Arzt sitzt vor dem Kind, das ihm gegenüber von der Schwester im Klammergriff festgehalten wird (*Moll*, 1978). Nur unter Gewaltanwendung ist es häufig erst bereit, den Mund zu öffnen. Die verwandten Instrumente wie Zange, Schere und lange Injektionsnadel sind für das Kind eine totale Verkörperung der Aggression, der es sich wehrlos ausgeliefert sieht. Daß der Widerstand des Kindes in dieser Lage mit körperlichen Züchtigungen seitens des operierenden Arztes gebrochen wurde, gehörte bis vor einer Generation noch als „Ohrfeigennarkose“ zum Erfahrungsbereich in diesem Gebiet. Sie wurde dem Arzt sogar mit richterlicher Entscheidung von höchster Stelle (Bundesgericht Karlsruhe, 1966) zugebilligt.

Die Reaktion des Kindes auf diesen Eingriff ist ähnlich einer aus dem Kindesmißhandlungsmilieu geläufigen. Hierzu rechnet auch die in beiden Situationen paradoxe Reaktion, daß ein Kind in seiner Ohnmacht später die Hand

<sup>1</sup> Aus unterschiedlichen Motivationen werden Mandeloperationen immer noch in lokaler Betäubung durchgeführt.

des Operators – analog der des mißhandelnden Vaters – mit Küssen bedeckt, um ihn mit dieser Unterwerfungsgebärde an weiteren Strafmaßnahmen zu hindern. Ähnliches wurde von einem am Herzen operierten Kinde berichtet. Immer noch wird das Krankenhaus von Kindern als eine Strafvollzugsanstalt gesehen. Die Mehrzahl der Kinder ist davon überzeugt, daß sie zur Strafe – für irgendein Vergehen im Familienalltag – ins Krankenhaus kommt (Gellert, 1958). Oft genug wird dem Kind zu Hause bei erziehungsschwierigem Verhalten mit Kranksein und Krankenhaus gedroht. Viele Kinder zeichnen in ihren Bildern das Krankenhaus mit vergitterten Fenstern (Menzel, 1963).

Zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Klinik werden vom Kind als Gewalteingriffe erfahren. Es beginnt mit dem Zwang einer zu verabreichenden Diät im Rahmen des Therapieplanes. Fixierende Verbände schränken die Motorik des Kindes ein und frustrieren es in seiner Funktionslust. Das Sondieren von eßgestörten Kleinkindern, zumal als drohende Mahnung erfahren, wie auch die Sondierung magersüchtiger junger Mädchen können als ein Akt der Vergewaltigung erlebt werden. Dies gilt auch für die unerläßliche Magenentleerung bei Vergiftungen sowie die Verabreichung von Klistieren.

In den Jahren nach dem Kriege erhielten an einer Kinderklinik sämtliche Kinder ab drittem Lebensjahr bei der Aufnahme einen rectalen Einlauf, zur diagnostischen Abklärung einer evtl. Verwurmung.

Wo immer derartige Maßnahmen zumal bei Kleinkindern ohne den Schutz der anwesenden Mutter durchgeführt werden, besteht die Gefahr einer traumatisierenden Verarbeitung. Hierzu ist aber auch der psychische Schock zu rechnen, den ein bettnässendes Kind erfährt, wenn es während der Visite vor allen anderen bloßgestellt wird, indem es sein nasses Bettlaken vorzeigen muß; ältere Kinderkliniker werden sich dessen noch erinnern. In den Zeichnungen und Malereien krankter Kinder lassen sich diese traumatisierenden Erfahrungen, aber auch die Versuche einer Konfliktbewältigung ablesen.

Bei einem 4jährigen Kind wirkte der Eingang zum Krankenhaus, blutigrot und aggressiv gemalt, wie ein „Tor zur Hölle“.

Ärzte und Schwestern werden als Horrorgestalten dargestellt, wie vom 12jährigen Fred, der sich seiner als Kleinkind erfahrenen tonsillektomie erinnert (Abb. 1).

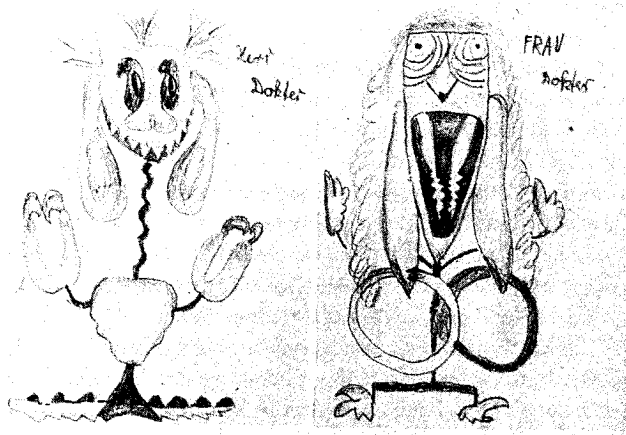


Abb. 1



Abb. 2

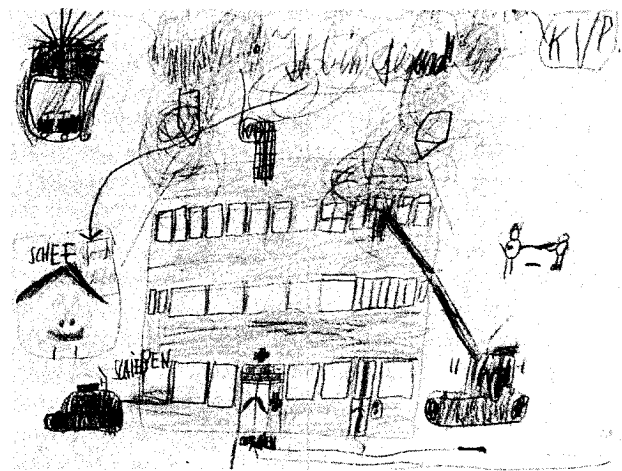


Abb. 3



Abb. 4

Ein anderes, an den Mandeln operiertes Kind erinnerte sich als Jugendlicher an den Narkosetraum, in welchem ein freundlich lächelnder Arzt sich plötzlich in einen Teufel verwandelte, der hinter ihm herlief und ihn mit einer Zange zu greifen suchte (Abb. 2).

Ein zehnjähriger Junge, der wegen Meningitis lange im Krankenhaus gelegen war, erkannte sich später in der Kindertherapie zum Chef einer „Krankenhausvernichtungspolizei“ – KVP – und schoß mit Panzerkanonen das Krankenhaus in Brand. Über allem stand wie ein Verzweiflungsschrei: „Ich bin gesund“ (Abb. 3).

Ein Unfallkind, das in der Klinik wehrlos im Gipsverband lag, zeichnete, wie die Polizei am Straßenrand mit Maschinengewehren aufmarschiert war und den Unfalltäter „erledigte“ (Abb. 4).

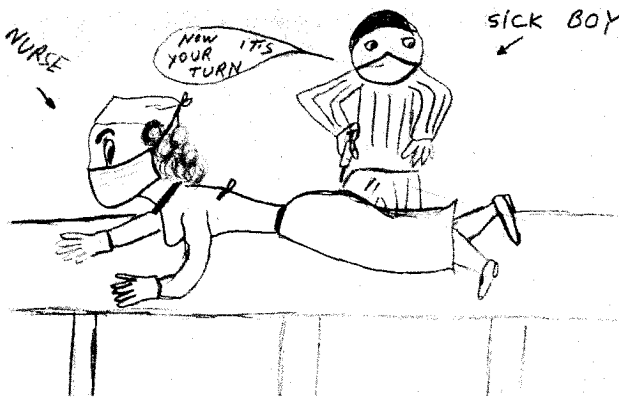


Abb. 5

Ein elfjähriger Junge, der wiederholt schwere Bauchoperationen hatte durchmachen müssen, legte in seiner Zeichnung die Schwester auf den Operationstisch, um ihr mit den Worten „Jetzt bist Du dran!“ eine Spritze zu verabreichen (E. Plank) (Abb. 5).

Anna Freud rät, daß Eltern ihren Kindern vor einer Krankenhausaufnahme deutlich sagen, daß sie nicht zur Strafe dorthin kommen und daß es ihnen bald wieder besser gehen werde (persönl. Mitteilung). Um angstbesetzten, lange nachwirkenden Narkoseträumen vorzubeugen, sollte die Mutter bis zur Einleitung der Narkose unmittelbar bei ihrem Kinde bleiben und wieder bei ihm sein, wenn es aus der Narkose erwacht, so daß es als letztes das ihm vertraute, beruhigende Gesicht der Mutter sieht und später wieder erblickt. Aus diesem Grunde sind alle vom Kind als Strafe empfundenen ärztlichen Handlungen aus dem Bereich eines Krankenhauses strikt fernzuhalten. Dies gilt besonders für verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die mit Lob und Strafe in Konditionierungsprozessen angewandt werden. Hierfür steht beispielhaft die früher häufig angewandte Behandlung des Bettnässens mittels elektrischer Stromstöße, die noch 1958 in einem Lehrbuch der Kinderheilkunde als erfolgversprechende Therapie „bei rebellischen Fällen“ empfohlen wurde (Glanzmann).

Aus der Schilderung des Krankenhausmilieus ist die therapeutische Aufgabe von Arzt und Schwester zu ersehen, bei jeder Behandlung körperlicher Krankheiten auch die Konfliktlage eines Kindes um Kranksein und Krankheit zu berücksichtigen. Es setzt eine genaue Kenntnis des Familienmilieus des Kindes voraus, die mittels biographischer Anamnese den Arzt auch über die Erziehungspraktiken im Familienmilieu des Kindes orientiert.

Psychotherapeutische Aufgaben sind nicht dem Stationsarzt zu übertragen, dem bei hierarchischer Struktur des Krankenhauses die medizinische Behandlung sowie Durchführung disziplinarischer Anordnungen mit eventuell das Kind frustrierenden Anordnungen obliegt. Das hieße ihn im Ambivalenzkonflikt eines guten und zugleich bösen Vaters überfordern. Diese Aufgaben sind vielmehr in konsiliari-scher Zusammenarbeit an den Psychotherapeuten (klinischen Psychologen bzw. Heilpädagogen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung) zu delegieren. Hierfür haben Emma Plank sowie Veeneklaas entsprechende Berufsbilder geschaffen. Es sind der child life worker bzw. die observatrice. Sie ermöglichen, in Kenntnis der Lebens- und Konflikt-

lage des Kindes und seiner Familie, im engen Kontakt mit den Eltern, daß das Kind sich mit kindgemäßen, auf das Krankenhausmilieu bezogenen Spielelementen, unter kundiger Führung durch den Therapeuten, mit seinen Problemen auseinandersetzt. Das Abreagieren von Ängsten stellt hierbei eine aktuelle Aufgabe dar, im Hier und Jetzt der Krankenhaus Erfahrungen des Kindes.

„Vertrautes entängstigt!“ – Kleine Spiel-Operationsbestecke auf kinderchirurgischen Abteilungen erweisen sich als legitimes therapeutisches Rüstzeug. Oft genügt schon ein großflächiges Malen, das vom Kind aggressiv erfahrene Unfallerlebnis darzustellen und Ängste kathartisch abzureagieren. Bei Gruppenspielen von Arzt und kranken Kindern muß allerdings Sorge getragen werden, daß sich nicht in masochistisch erfahrener Unterwerfung immer dieselben Kinder als Patienten zur Verfügung stellen und ihre Ohnmacht damit bekunden.

Psychotherapeutische Maßnahmen um kranke Kinder setzen tiefenpsychologische Kenntnisse voraus. Sie können ohne eine entsprechende Spezialausbildung in Kinderpsychotherapie von Arzt und Schwester nicht übernommen werden. Die Einrichtung entsprechender Planstellen in Kinderkliniken bzw. auf kinderchirurgischen Abteilungen ist eine unumgängliche Forderung. Ihre Verwirklichung scheitert oft an der Macht der Verwaltungsbükratie einer apparateorientierten naturwissenschaftlichen Medizin, der gegenüber sich der Psychotherapeut mit „leeren Händen“ als ohnmächtig erweist. Noch 1978 wurde die Anschaffung von Spielmaterial für eine Kinderklinik von der Verwaltung abschlägig beschieden, weil dieses nicht den hygienischen Anforderungen eines Krankenhausbetriebes entspreche.

Macht und Ohnmacht: Die Angst des krebserkrankten Kindes unter der Kobaltbombe weitet sich zur Isolationsfolter, wenn es sich in dieser ihm aussichtslos erscheinenden Lage auch noch von seinem Psychotherapeuten im Stich gelassen fühlt.

### Psychoanalytische Pädagogik

Der pädagogische Auftrag, welcher auf den Erziehern des Kindes – Eltern, Lehrern und Anderen – zwei Jahrzehnte, bei einer Sozialadoleszenz retardierter Jugendlicher noch darüber hinaus, lastet, ist bisweilen schon im Ansatz nicht von einer Psychotherapie zu trennen. Deshalb wurde er seitens der Psychoanalyse zur Grundlagenforschung einer „Psychoanalytischen Pädagogik“ erweitert. Die 1926 bis 1937 erschienenen Schriften derselben, besonders die Arbeiten der Herausgeber Anna Freud, Heinrich Meng und Hans Zulliger zeigen, daß in dieser Entwicklungsphase Pädagogik und Psychotherapie häufig dasselbe, nämlich Hilfen für das seelisch gestörte Kind bedeuteten. Es sollte daher jeder Erzieher über die Grundlagen einer Psychotherapie orientiert sein. Sie spielt in der Individualpsychologie Alfred Adlers eine überragende Rolle (Oskar Spiel, 1947).

Sie kann im schulischen Raum nur erfolgreich sein, wenn Lehrer und Schüler in einem Erziehungsmilieu miteinander arbeiten, in welchem gemäß der Erziehungspsychologie Tauschs Kinder sozialintegrativ erzogen werden. Eine autoritäre Erziehung zieht dagegen leicht Strafmaßnahmen



nach sich, um über die „gesunde Ohrfeige“ (*Pernhaupt und Czermak*, 1980) bald in das Kindsmißhandlungsmilieu einzumünden (*Biermann*, 1969, 1980). *Müller-Bek* (1958) hat aus dem Berufsmilieu des Volksschullehrers derartige Entgleisungen des Erziehers mit einem nicht bewältigten eigenen Aggressionspotential erklärt. Daß erst in den Siebziger Jahren Schläge als Strafe in den Schulen aller Länder der BRD abgeschafft wurden, spricht für den lange erfahrenen Mißbrauch von Macht in diesem Bereich der Erziehung, über dessen Vorgeschichte der historische Überblick von *Nelly Wolffheim* „Kinderleben in der Vergangenheit (aus der Geschichte der Prügelstrafe)“ (1956) informiert. *Mantell* (1971) hat in seinem Buch „Familie und Aggression“ am Schicksal der amerikanischen Freiwilligen im Vietnamkrieg die Zusammenhänge zwischen einem in Kindheit erfahrenen Schlagemilieu der Familie bis zum späteren eigenen Vollzug von brutalen Mißhandlungen und Tötungen wehrloser Frauen und Kinder im Kriegsgeschehen aufgezeigt. Es ist die Ohnmacht der Unterlegenen, ob Kinder oder Erwachsene, die Herausforderung an den Mächtigen, seine Macht zu mißbrauchen, wenn keine moralischen Instanzen dies hindern. Die Folterungen in totalitären Staaten legen hierfür bis in die Jetztzeit Zeugnis ab. Der Begriff einer „moral insanity“ weist im Einzelschicksal auf emotionale Mangelerscheinungen in früher Kindheit bei diesen schwer gestörten Menschen hin.

### Macht und Ohnmacht in der Kindertherapie

Der hippokratische Eid, der einen Niederschlag in der Abstinenzregel des Psychotherapeuten gefunden hat, betont die ethische Grundhaltung des Kindertherapeuten, angereichert mit der Empathie für das hilflose Kind.

Bei der Ohnmacht des Kindes, zumal im neurotisch-ressessiven Verhalten, dem Streben nach Anhänglichkeit und Schutzsuche beim Therapeuten, darf dieser niemals seine Macht mißbrauchen, die „als Gefahr beim Helfer“ erscheinen kann (*Guggenbühl-Craig*, 1971). Diese Erkenntnisse setzen voraus, daß der Kindertherapeut sich selber über seine Neigungen und Begabungen zu diesem Beruf im Klaren geworden ist, d.h. noch bestehende ödipale und andere pathogene Beziehungsmuster erkannt und aufgelöst hat, um sie nicht in ihren Auswirkungen in das Übertragungs- und Gegenübertragungsverhältnis zum Patienten hineinzunehmen und es damit zu belasten. So wird die Lehranalyse des Kindertherapeuten zur Grundbedingung seiner Spezialausbildung. Sie kann verhüten, daß der Kindertherapeut zu den „hilflosen Helfern“ gehört, indem er mit der Behandlung eines Kindes im „Helfersyndrom“ (*Schmidbauer*, 1977) eine Lösung seiner eigenen Probleme sucht, aber nicht findet. Ziel der Kindertherapie ist es dagegen, das Kind aus einer ohnmächtigen Abhängigkeit von der Mutter oder anderen zu lösen und ihm im Nachreifungsprozeß zur Freiheit persönlicher Entscheidungen, seiner Individuation zu verhelfen.

Eine Kindertherapie, die neue Abhängigkeiten schafft, ist ein Hindernis auf diesem Weg. Dies gilt auch für eine sich über Jahre erstreckende „unendliche“ Analyse. Sie ist verhängnisvoll, weil sie ein Kind mit der Abhängigkeit von Therapie und Therapeut über wichtige Jahre vom Miteinan-

der der Alterskameraden, der peer group, einem bedeuten- den psychosozialen Entwicklungsfaktor, entfremdet. Zu weiteren Abhängigkeiten kann jede Form der Suggestion führen, wenn sie die Unselbständigkeit des ohnmächtigen Kindes verstärkt; es sei denn, sie hilft in Selbstkonzentration, z.B. beim Autogenen Training dem Zehnjährigen, beim Übergang auf eine weiterführende Schule, eigene Entscheidungen zu treffen auf dem Wege zu seiner Identität (*Erikson*). So ist auch die Hypnose bei verhaltensgestörten Kindern abzulehnen, wenn sie nur neue Abhängigkeiten schafft. Formulierungen wie „Mutterhypnose“ und „Vaterhypnose“ (*Diesing*, 1969) weisen auf dieses Problem hin.

In jedem Psychotherapieverfahren wird sich der Therapeut beim ohnmächtigen, neurotischen oder psychosomatisch kranken Kind bemühen, Suggestives, soweit möglich, im Verhalten gegenüber dem Kind auszuschließen, in seiner Rolle als Mentor und Freund, in der Position eines Hilfs-Ichs des Kindes. Er wird aber auch die Realität des Daseins-raumes des Kindes nicht verkennen, in den die Kindertherapie integriert sein muß. So kann der Hinweis beim Arbeitsbündnis: „Dies ist deine Stunde, die du selber nach deinem Willen und Wunsch gestalten darfst“, bei den All-machtsphantasien mancher Kinder verführerisch sein, zumal wenn ihnen aus der Umwelt des Therapeuten eine Überzahl von Spielen angeboten wird. Es fällt einem Kind dann schwer, nach Ablauf der Stunde wieder in seine reale Welt, mit deren Forderung nach Anpassung und Beschränkung zurückzufinden, zumal bei der Rivalität eifersüchtiger Kameraden und Geschwister. Erfahrene Kindertherapeuten benötigen meist nur wenig Spielmaterial, um die schöpferischen Phantasien des Therapiekindes zu wecken und für den Ablauf der Behandlung fruchtbringend zu gestalten. Die Empathie, welche der Therapeut dem Kinde als Patient, d.h. einem Leidenden entgegenbringt – auch wenn dieses Leidensgefühl erst geweckt werden muß –, wird ihn an jeglichem Strafvollzug im Verlauf einer Therapie hindern. Dieser kann bisweilen bei der Behandlung von Heimkindern und den von diesen im Heimalltag erfahrenen Frustrationen, mit dadurch ausgelösten Verhaltensstörungen erforderlich sein. Sie sind aber stets frei von Gewaltmaßnahmen und außerhalb des therapeutischen Raumes, zudem von anderen Instanzen abzuhandeln.

Wo im Rahmen einer Psychotherapie Aggressionen freigesetzt werden, sind diesen ohne Mißbrauch der Macht, d.i. Überlegenheit des Therapeuten, Grenzen zu setzen. In dem mit einem Kind zu Beginn der Behandlung abgeschlossenen Arbeitsbündnis wird es rechtzeitig darauf hingewiesen.

### Verhaltenstherapie

Mißbrauch von Macht in Form von Strafvollzug droht bei verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, bei denen im Konditionierungsprozeß der Strafe, in welcher Form auch immer, ein bestimmter Stellenwert beigemessen wird. Wenn im Handbuch der Verhaltenstherapie als umfangreichstem Kapitel die Bestrafung abgehandelt wird (*Christoph-Lemke* in *Kraiker*, 1974, S. 33–84), ersieht man daraus, welche Bedeutung derselben als therapeutische Maßnahme beigemessen wird. Es macht den empathisch zum Kind eingestell-

ten Kindertherapeuten betroffen, daß sie unter anderem im Experiment an mehrfach behinderten Kindern erprobt wurde. Im Extrem wird sie als elektrische, chemische Aversionstherapie angewandt, wofür auch tragbare Schockgeräte zur ambulanten Behandlung entwickelt wurden (*Rachman und Teasdale, 1975*).

Wir sahen ein verhaltenstherapeutisch behandeltes Kind, welches mit Blutergüssen am Körper den Anblick einer schweren Kindesmißhandlung bot. Es handelte sich um ein autistisches Kind.

Für O'Gorman (1976) ist Verhaltenstherapie beim autistischen Kind nicht indiziert, da „Grausamkeiten ... wie auch immer bemäntelt ... die Atmosphäre bestialisieren“. Im Konditionierungsprozeß auf einen elektrischen Stimulus hin in die mütterliche Gebärde breit geöffneter Arme des Therapeuten zu stürzen, dürfte weit entfernt von allem, was für uns mit dem Ausdruck Mutterliebe verbunden ist, nur einem Attrappenversuch entsprechen.

Verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden beim Bettnässen mit sogenannten Klingelapparaten sind als Konditionierungsmaßnahmen auf die Dauer nur erfolgreich, wenn sie mit psychotherapeutischen, beratenden Elterngesprächen verbunden sind.

Die Verhaltenstherapie der Magersüchtigen, die mit der Hierarchie der liebsten Beschäftigungen des Mädchens diese als Verstärker – Belohnung für gutes Essen – einsetzt, bzw. mit entsprechenden Versagungen bei Essensverweigerung reagiert, überträgt den Machtmißbrauch der Familie auf die Institution des Krankenhauses. Jede Zwangsmaßnahme widerspricht dem Autonomieprozeß als Ziel einer psychotherapeutischen Magersuchtbehandlung.

Die Milgram-Experimente haben gezeigt, wie mit Konditionierungen Macht an Ohnmächtigen mißbraucht werden kann, wenn sie in bewußter Manipulierung der Kontrolle einer Gewissensinstanz entgleitet. Jede Aversionstherapie wirft grundsätzlich moralisch-ethische Fragen psychotherapeutischen Handelns auf (*Wienand, 1982*), welche ärztliche Grundhaltungen berühren.

Als eine besondere Form des Machtmißbrauches gegenüber Kindern ist die stationäre Behandlung von Scheidungskindern anzusehen, die mit dem speziellen Auftrag in einer kinderpsychiatrischen Abteilung aufgenommen werden, um im gerichtlich-behördlichen Auftrag für einen Elternpartner, wenn diesem zugesprochen, mit den Mitteln psychotherapeutischer Beeinflussung umfunktioniert zu werden.

### Kinderelend in den Konzentrationslagern

Einem extremen Mißbrauch von Macht an Ohnmächtigen entsprach die Behandlung von Häftlingen in den Konzentrationslagern des Naziregimes. Über die Schicksale der Kinder in den Lagern hat ausführlich *Nelly Wolffheim* (1958) berichtet. Wo diese, Mädchen wie Jungen, in sexuelle Abhängigkeit von ihren Peinigern gerieten, kam es zu Identifizierungen mit dem Angreifer. Aus eigenem Erleben schilderte *Marta Kos* (1974) aus dem Lager Theresienstadt dokumentarisch, wie es mittels der Organisation eines Kinderkollektivs gelang, die eigene Ohnmacht zu bewältigen und dem Druck der allmächtigen Lager-SS erfolgreich stand-

zuhalten. In einem Lernprozeß wurde, bis in die Spiele der Kinder hinein, alles Böse auf den äußeren Feind, nämlich die SS projiziert. Der gemeinsame Marsch des Warschauer Kinderarztes *Janusz Korczak* mit seinen Waisenkindern unter ihrer grünen Fahne zum Umschlagplatz des Gettos und weiter in das Vernichtungslager Treblinka zeigt gleichnishaft, welche Macht noch heute der Anblick der Hilflos-Ohnmächtigen ausüben kann, als Vorbild und Mahnung für alle Nachgeborenen.

### Summary

#### *Power and Powerlessness in Dealing With Children*

History teaches that children have been the powerless victims of violence at the hands of adults at all times.

As a physiologically premature born absolutely dependent on the mother's protection, the baby in its helplessness exercises a mighty appeal for care to the adults' environment at the same time. However, again and again there is the adult's abuse of power, culminating in fatal illtreatment of children. Institutions, strange to the child, like hospitals as centres of „apparatus medicine“ endanger the child which is particularly vulnerable while ill and which presupposes selfcontrol during all diagnostic and therapeutic procedures for medical practitioners and nurses precluding any hint of culpability. This also applies to the child-psychotherapist on whom in the transitive relation the psychically disturbed child is particularly dependent.

The aversiontherapy of behaviourism seems to be the extreme of culpable action, which is incompatible with the child-psychotherapist's empathy with the suffering child.

### Literatur

- Aly, A., Müller, H. et al. (1981): Kopfkorrektur oder der Zwang, gesund zu sein. Ein behindertes Kind zwischen Therapie und Alltag. Berlin: Rotbuch. – Biermann, G. (1969): Kindeszüchtigung und Kindesmißhandlung. München: Reinhardt. – Biermann, G. (1969): Berufsbild und Ausbildungsweg des Kinderpsychotherapeuten. In: Biermann, G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. München: Reinhardt, 4. Aufl. 1976, 619–630. – Biermann, G. (1975): Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt, 2. Aufl. 1978. – Biermann, G. (1978): Deutung und Bedeutung der Kindermalerei in: „Handbuch“ des Gesundheitswesens. Kinder sehen die Berufe ihrer Eltern. München: Moos. – Biermann, G. (1980): Kindesmißhandlung. In: Spiel, W.: Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. XII: Konsequenzen für die Pädagogik (2). München: Kindler, 721–728. – Biermann, G. (1980): Mit Mandeloperation zurückhalten. In: Selecta 22, 1674. – Biermann, G. (1983): Das Krankenhaustrauma des Kindes, seine Behandlung durch Mitaufnahme der Mutter. In: Kind im Krankenhaus, H. 5. 9–10. – Biermann, G. u. R. (1982): Das kranke Kind und seine Umwelt. München: Reinhardt. – Biermann, G. u. R. (1984): Hilfen für Scheidungskinder. In: Der Kinderarzt 15. – Christoffel, H. (1944): Trieb und Kultur. Vom Wesen der Harndriebshaftigkeit. Basel: Schwabe. – Christoph-Lenke, Ch. (1974): Bestrafung. In: Kraiker, Ch.: Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kinder, 33–84. – Diesing, U. (1969): Die pragmatischen Psychotherapieverfahren – Suggestion, Hypnose und Autogenes Training –. In: Biermann, G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. I. München:

- Reinhardt, 4. Aufl. 1976, 525–541. – Erikson, E. H. (1950): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett, 5. Aufl. 1974. – Freud, A. (1927): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München: Reinhardt, 6. Aufl. 1972. – Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler, Geist und Psyche, 1964. – Friedrich, H., Mönckeberg-Tun, E. und Rachel, B. (1983): Familie im Kinderkrankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer. – Gellert, E. (1958): Reducing the emotional stresses of hospitalization for children. In: Amer. J. Occup. Ther. 12, 125–129. – Glanzmann, E. (1934): Obstipation und Analerotik. In: Z. f. Kinderpsychiatr. I, 69–76. – Glanzmann, E. (1958): Einführung in die Kinderheilkunde 4. Aufl., Wien: Springer. – Guggenbühl-Craig, A. (1971): Die Macht als Gefahr beim Helfer. Basel: Karger. – Hävernicks, W. (1966): Schläge als Strafe. Ein Bestandteil der heutigen Familiensitte in volkskundlicher Sicht. Hamburg: Museum für hamburgische Geschichte. – Held, D., Heisch, M. u. Koch, U. (1983): Soziale und psychologische Aspekte krankengymnastischer Frühtherapie von CP-Risikokindern. In: Kinderarzt 14, 1241–1245, 1413–1417, 1569–1573. – Herder, J. G. (1770): Vom Ursprung der Sprache. Stuttgart: Freies Geistesleben, 1965. – Kos, M. (1974): Kinder im Lager Theresienstadt. In: Biermann, G.: Jahrbuch der Psychohygiene, 2. Bd. München: Reinhardt, 232–240. – Mantell, D. (1971): Familie und Aggression. Zur Einübung von Gewalt und Gewaltlosigkeit. Frankfurt: S. Fischer. – Mause, L. de et al. (1974): Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit. Frankfurt: Suhrkamp, 1977. – Menzel, K. (1963): Zur sozialpsychologischen Situation des kranken Kindes. Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiatr. 12, 273–281. – Milgram, St. (1974): Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt. – Moll, U. (1978): Das Operationstrauma des Kindes am Beispiel der Mandeloperation. In: Biermann, G.: Mutter und Kind im Krankenhaus. München: Reinhardt, 105–114. – Müller-Bek, H. (1958): Das Berufsmilieu des Volksschullehrers. In: Psyche 12, 50–62. – Neraal, A. (1982): Betreuung von symptomatischen Risikokindern – mehr als eine medizinische Maßnahme. In: Der Kinderarzt 13, 249–252. – O’Gorman, G. (1976): Autismus in früher Kindheit. München: Reinhardt, 124–127. – Pernhaupt, G. u. Czermak, H. (1980): Die gesunde Ohrfeige macht krank. Über die alltägliche Gewalt im Umgang mit Kindern. Wien: Orac-Pietsch. – Plank, E. (1969): Heilpädagogik im Kinderkrankenhaus. In: Biermann, G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. München: Reinhardt, 4. Aufl. 1976, 989–998. – Plank, E. (1981): Der Heilpädagoge in der Kinderklinik. In: Biermann, G.: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. IV. München: Reinhardt, 505–509. – Portmann, A. (1951): Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Basel: Schwabe, 3. Aufl. 1969. – Rachmann, S. u. Teasdale, J. (1975): Verhaltensstörungen und Aversionstherapie. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie. – Rank, O. (1922): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Leipzig-Wien: Internat. Psychoanalytischer Verlag, 1924. – Schmidbauer, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt. – Schmidbauer, W. (1983): Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt. – Schwarzwann, J. (1948): Die seelische Heimatlosigkeit im Kindesalter und ihre Auswirkungen. Schwarzenberg: GBS-Verlag, 2. Aufl. 1966. – Spiel, O. (1947): Am Schaltbrett der Erziehung. Bern: Huber, 1979. – Spitz, R. A. (1950): Über psychosomatische Epidemien des Kindesalters und vorbeugende Psychiatrie. In: Psyche 4, 17–30. – Spitz, R. A. (1968): Vom Säugling zum Kleinkind. Zur Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett, 5. Aufl., 1976. – Tausch, R. u. A. (1950): Erziehungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 7. Aufl., 1975. – Trube-Becker, E. (1982): Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Mißbrauch und Tötung von Kindern. Heidelberg: Kriminalistik. – Veeneklaas, J. I. A., Gobée, J. I. A., van der Kloot-Mejburg, W. J. (1975): Kind im Krankenhaus. Psychosoziale Betreuung am Krankenbett. Stuttgart: Thieme. – Vojta, V. (1974): Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie. Stuttgart: Enke. – Weber, S. u. Riedesser, P. (1982): Krankheitsgymnastik beim Säugling – eine unschädliche und unbedenkliche Maßnahme? In: Monatsschr. f. Kinderheilk. 130, 475–476. – Widmer-Perrenoud, M. (1981): Psychotherapeutische Erstgespräche mit einem Kind und seinen Eltern – die unbewußte Sinngabe einer spastischen Behinderung. In: Biermann, G. (Hgb.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. IV. München: Reinhardt, 654–667. – Wienand, M. (1982): Psychotherapie, Recht und Ethik. Weinheim: Beltz. – Winnicott, D. W. (1960): Primäre Mütterlichkeit. In: Psyche, 14, 393–399. – Wolffheim, N. (1956): Kinderleben in der Vergangenheit (Zur Geschichte der Prügelstrafe). In: Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatr. 5, 161–167. – Wolffheim, N. (1958): Kinder in Konzentrationslagern. In: Psychoanalyse und Kindergarten. München: Reinhardt, 1966, 192–263. – Zulliger, H. (1957): Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie. Bern, 2. Aufl., 1966.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Gerd Biermann, Bäumlstr. 26, D-8039 Puchheim.