

Dietrich, Hans

Zur Gruppentherapie bei Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 1, S. 9-15

urn:nbn:de:bsz-psydok-28861

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
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

<p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen 1 In Memoriam Hermann Stutte 285</p> <p>Aus Praxis und Forschung</p> <p>W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) 87 E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) 300 C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) 143 W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) 180 G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) 291 H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) 298 H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) 9 R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) 103 R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) 19 B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) 98 B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) 173 Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) 253 G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) 56 A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) 191 M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) 41 K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) 260 P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p>	<p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) 25 B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) 207 M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) 213 H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) 93 M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) 266 E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) 231 A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) 125 W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) 308 A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) 15 A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) 50 T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) 223 H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) 35 R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? 286 H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) 3 G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) 185 A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) 47 P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) 218</p> <p>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</p> <p>B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) 64 G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) 277 R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) 110</p>
---	--

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children)	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikt-erziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Zur Gruppentherapie bei Kindern

Von Hans Dietrich

Zusammenfassung

Eine Gruppentherapie hat nicht nur den Vorteil, daß mehrere Patienten gleichzeitig behandelt werden können, sondern daß auch Reaktionen beobachtet und behandelt werden können, die gruppenbedingt sind, und deren Bear-

beitung in einer Einzeltherapie oft nicht möglich ist. Bei einer Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen muß das noch unentwickelte bzw. instabile Ich neben der oft noch phantastischen Kinderwelt mit entsprechenden Ängsten berücksichtigt werden und insbesondere auch die geringe Fähigkeit, die sich daraus u.U. ergebenden Schwierig-

keiten zu thematisieren. Das Material, das von den Kindern zur Verfügung gestellt wird, kann nach einem modifizierten Gruppenmodell nach *Slavson* mit begleitender Elterntherapie agierend oder auch verbalisierend verarbeitet werden; wesentlich ist, daß die Kinder bzw. Jugendlichen sowohl libidinös anregendes, aber auch, insbesondere bei älteren, libidinös bindendes Spiel- oder Werkmaterial zur Verfügung haben, das auch Gruppenphantasien zuläßt.

In der vorliegenden Arbeit wird über Nachuntersuchungen berichtet, die 1–2 Jahre nach Beendigung der Therapie bei den Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden, die an einer langfristigeren Gruppentherapie teilgenommen hatten. Dabei konnte festgestellt werden, daß in vielen Fällen nicht nur das führende somatische oder psychische Symptom sich gebessert oder gar verschwunden war, sondern daß die eingetretene Ichstärkung oft auch ausreicht, im sozialen Umfeld besser zu bestehen.

I.

Die analytische Gruppentherapie bei Erwachsenen (*Battagay* u. a.) wird zur Methode der Wahl bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Über eine analytische Gruppentherapie bei Kindern wird nur wenig berichtet (*Schneider*). Sie hat gegenüber der Einzeltherapie insbesondere den Vorteil, daß durch einen Therapeuten gleichzeitig eine größere Anzahl von Patienten betreut werden kann. Auch bei Kindern und Jugendlichen werden in einer Gemeinschaft Reaktionen hervorgerufen, die mehr mit der Gruppeneinstellung in Einklang zu bringen sind, kaum von individuellen Reaktionen ableitbar sind.

In einer Einzeltherapie können oftmals soziale Probleme des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt werden. Sie werden oft nicht so Ich-nah erlebt und können damit nicht so direkt bearbeitet werden, wie in einer Gruppentherapie; sie kommen in einer Einzeltherapie oft auch nicht zur Sprache. Die soziale Bezogenheit des Menschen, auch des Kindes, wird in einer Einzeltherapie vernachlässigt, während sie in einer Gruppentherapie mehr in den Vordergrund tritt.

Geeignete Methoden für die Gruppentherapie von Kindern sind nur wenig beschrieben. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß das Kind mehr agierend als verbalisierend seine eigene Thematik darstellen und zur Bearbeitung anbieten kann, wobei zunächst gleichgültig ist, ob eine deutende oder eine deutungsfreie Technik angewendet wird.

Slavson hat zwei verschiedene Verfahren für die Kindertherapie entwickelt, die sich einerseits durch ihre exakte Definition, andererseits aber durch ihre Variabilität nicht nur für Institutionen, sondern auch für die Praxis eignen dürften.

1. Die Aktivitäts-Gruppentherapie und
2. Die Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie.

Sie haben in Deutschland in einigen Kliniken Eingang gefunden (*Haar, Spiel*).

Diese Gruppentherapie erlaubt Übertragung und Katharsis, Einsicht (oder Ich-Stärkung) und Realitätsprüfung in das therapeutische Vorgehen.

Slavson führt keine begleitende Therapie der Eltern durch. Eine Berücksichtigung der Familiendynamik, deren Änderung erst oft zur Heilung oder Besserung der Störung des Kindes führt, kann daher nicht erfolgen. Vielleicht hat *Slavson* vorwiegend Kinder und Jugendliche behandelt, bei denen die Störung der Familiendynamik so tief lag, daß eine Änderung oder eine Umorientierung kaum mehr möglich erschien, z. B. wenn die Kinder von ihren Eltern bereits zum Teil oder vollständig aufgegeben waren und die Familienbeziehung nur aus Angst, Haß, Aggressivität oder Gleichgültigkeit bestand.

II.

Diese Arbeit soll über Therapieergebnisse von Kindern und Jugendlichen berichten, die von Mitte 1977 bis Mitte 1980 an einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie nach *Slavson* teilgenommen haben.

Die Gruppentherapie dauerte meist 1½ Jahre (zu nächst wurden 40 Gruppenstunden bei den zuständigen Kassen beantragt, später gelegentlich noch weitere 20 Stunden zur Therapie der Eltern. Die Gruppensitzungen fanden einmal wöchentlich statt, sie dauerten meist 1½ Stunden, nur bei kleineren Kindern 1¼ Stunde. Während der Schulferien mußte meist unterbrochen werden. Es wurde relativ schwierig, die Gruppen zusammenzuhalten. Ein Teil der Gruppenmitglieder war verreist, und die Restgruppe erlebte den Verlust der übrigen Mitglieder meist depressiv.

In den kürzeren Ferien (Herbst-, Oster- und Weihnachtsferien) wurde es den Gruppen freigestellt, die Therapie weiterzuführen unter der Voraussetzung, daß mindestens 80% an der Therapie teilnehmen konnten oder wollten.

Durchschnittlich hatte die Gruppe 5–7 Mitglieder, Jungen und Mädchen wurden nicht getrennt; hier gab es insbesondere im präpubertären und pubertären Alter oft, wenn auch nicht unüberbrückbare, Schwierigkeiten.

Die Gruppen waren offen, d. h. es konnten neue Mitglieder sowohl ein- als auch austreten.

Den Kindern stehen Zimmer von insgesamt 60 m² zur Verfügung, wobei ein großer, ca. 50 m² großer Raum sowohl mit libidobindendem Material als auch mit libidobindendem Material ausgestattet ist und ein kleiner Raum, der als Wohn-Wartezimmer zum Lesen, Häkeln oder für Gesellschaftsspiele benutzt werden kann (*Dietrich*).

Die Gruppen wurden nach Altersklassen getrennt: 5–7 Jahre, 8–11 Jahre, 12–15 Jahre.

Da ältere Jugendliche nur äußerst selten in die Praxis kamen, wurde bei ihnen meist, falls notwendig, eine Einzeltherapie durchgeführt; nur gelegentlich wurden sie in die jüngeren Gruppen mit aufgenommen (z. Zt. drei 16jährige Jungen). Die 80 Kinder und Jugendlichen, die bei der folgenden Nachuntersuchung berücksichtigt wurden, gehörten zu den 300 Kindern und Jugendlichen, deren Eltern wegen psychischer Störung die Sprechstunde aufgesucht hatten und deren Störung einen Krankheitswert im Sinne der RVO hatte, d. h. bei denen eine langfristige Psychotherapie nach vorausgegangenem Gutachterverfahren durch die Kasse genehmigt war. Aufgrund der wenigen Probetherapiestun-

den, die auf Krankenschein zur Verfügung stehen, war es oft nicht möglich, neben der Therapiebereitschaft der Kinder auch eine Therapiebereitschaft der Eltern so abzuschätzen, daß unnötige vorzeitige Abbrüche vermieden werden konnten.

Diese Kinder, die nach einigen Stunden die Gruppe wieder verließen, sind in der folgenden Nachuntersuchung nicht berücksichtigt. Es waren aber auch nur wenige Kinder (5). Noch weniger Kinder verließen auf eigenen Wunsch die Gruppe – insgesamt 3. Ein Kind litt an einem Asthma bronchiale und wurde von der Dynamik der in diesem Fall recht aggressiven Gruppe überrascht und auch überwältigt und konnte aufgrund einer bereits entwickelten respiratorischen Insuffizienz nicht in dem Maße mithalten, wie es es gerne getan hätte. Hier fehlte gleichzeitig aber auch die Unterstützung der Eltern, eine Umgruppierung war nicht möglich. Ein 7jähriger Junge litt sowohl an erheblichen Sprachstörungen als auch an einer Enuresis. Die Mutter war geschieden, recht erfolgreich in ihrem Beruf, versuchte aber verzweifelt (sie litt an deutlichen angstneurotischen Symptomen) einen neuen Partner zu bekommen. Dieser Junge hätte aufgrund seiner Doppelstörung eine Einzeltherapie haben müssen. Als dies zur Sprache kam, war er jedoch von der Therapie so enttäuscht, daß er auch eine Einzeltherapie ablehnte. Ein weiterer 14jähriger, stark beziehungsgestörter Junge war auf Druck der Lehrer gekommen und hatte sofort in der Gruppe Schwierigkeiten, da er, wie in der Schule, einen deutlichen Führungsanspruch anmeldete; auch hier setzte sich die Gruppe zur Wehr, und er nahm innerhalb weniger Stunden die gleiche Außenseiterrolle wie in der Schule ein. Eine Besprechung dieser Problematik war nicht möglich, auch hier fehlte letztlich die Unterstützung der Eltern (der Vater hatte im Beruf ähnliche Schwierigkeiten).

In der jüngeren Altersklasse nahmen insgesamt 24 Kinder, davon 9 Mädchen, in der mittleren Altersklasse 39 Kinder, davon 10 Mädchen, und in der ältesten Altersklasse 17 Kinder bzw. Jugendliche, darunter 1 Mädchen, an einer Gruppentherapie teil.

Die Familiensituation dieser 80 Kinder ist in der folgende Tabelle zusammengefaßt!

Familiensituation:

Beide Elternteile vorhanden	51
Mutter:	
a) Mit Stiefvater	5
b) Mit Freund	6
c) Geschieden solo	8
d) Unehelich solo	2
Vater:	
a) Mit Stiefmutter	1
b) Mit Freundin	1
c) Geschieden solo	2
d) Mutter verstorben während der Behandlung	1
Adoptionskinder:	2
Bei den Großeltern lebend:	1

Nach telefonischer Anmeldung erhielten die Eltern den sicher nicht sehr optimalen, aber immerhin doch brauchbaren diagnostischen Elternfragebogen (DEF, Beltz-Verlag) zugesandt. Hier konnte nicht nur die Hauptstörung be-

schrieben werden, sondern auch die Situation in Schule, Kindergarten, Elternhaus, neben Krankheiten u.a. Weiterhin konnten Verhaltensauffälligkeiten angekreuzt werden (s.u.). Alle Antworten, insbesondere die oft sehr direkten Fragen, wurden unter Vorbehalt ausgewertet. Trotzdem lassen insbesondere die Verhaltensauffälligkeiten, die zusätzlich angekreuzt wurden, oft einen deutlichen Einblick in die Familiensituation und die Familiendynamik zu.

Es konnten angekreuzt werden:

Fragen			
48. Beobachten Sie bei ihrem Kind öfter ... (mehrere Antworten möglich)			
Antworten			
<input type="checkbox"/>	Schlagen	<input type="checkbox"/>	Stottern
<input type="checkbox"/>	Streiten	<input type="checkbox"/>	Tagträumen
<input type="checkbox"/>	Hemmungen	<input type="checkbox"/>	Trotz, Ungehorsam
<input type="checkbox"/>	Bettnässen	<input type="checkbox"/>	Unselbständigkeit
<input type="checkbox"/>	Einkoten	<input type="checkbox"/>	Unbeherrschtheit
<input type="checkbox"/>	Daumenlutschen	<input type="checkbox"/>	Unreife
<input type="checkbox"/>	Eifersucht	<input type="checkbox"/>	Albernheiten
<input type="checkbox"/>	Eßstörungen	<input type="checkbox"/>	Erbrechen
<input type="checkbox"/>	Faulheit	<input type="checkbox"/>	Feuchte Hände
<input type="checkbox"/>	Frechheit	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schüchternheit	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Krämpfe
<input type="checkbox"/>	Lese- und Rechtschreibstörungen	<input type="checkbox"/>	andere Verhaltensauffälligkeiten, welche
<input type="checkbox"/>	Linkshändigkeit	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Lügen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Stehlen, unerlaubtes Wegnehmen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Nervöse Zuckungen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	schlechte Schulleistungen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	sexuelle Spielereien	<input type="checkbox"/>	keine Verhaltensauffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Nägelkauen	<input type="checkbox"/>	

Meist wurden 7–11 Kästchen angekreuzt, ein Kästchen wurde von zwei Eltern angekreuzt, zwei Eltern kreuzten 19 Kästchen an! Neben dem führenden Symptom beklagten 54 Eltern bei ihren Kindern „Konzentrationsstörungen“. Lediglich ein Kind hatte zuvor Fieberkrämpfe gehabt. Die Ergebnisse der einzelnen Verhaltensauffälligkeiten sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt:

Konzentrationsstörungen	54
Streiten	34
Unbeherrschtheit	34
Trotz, Ungehorsam	32
Albernheiten	32
Hemmungen	30
Bauchschmerzen	30
Faulheit	30
Eifersucht	25
Lügen	24
Frechheit	10
Schlafstörungen	23
Schlagen	22
Schlechte Schulleistungen	21

Nägelkauen	20
Lese- und Rechtschreibstörungen	19
Tagträumen	19
Kopfschmerzen	19
Stehlen, unerlaubtes Wegnehmen	14
Linkshändigkeit	13
Bettnässen	12
Unreife	11
Sexuelle Spielereien	11
Nervöse Zuckungen	10
Daumenlutschen	10
Unselbständigkeit	9
Eßstörungen	8
Stottern	5
Feuchte Hände	4
Erbrechen	3
Einkoten	2
Krämpfe	1

Gelegentlich ergaben sich Unklarheiten (z.B. wurde Bettnässen zwölfmal angekreuzt, nur bei 8 Kindern stand dieses Symptom im Vordergrund, bei 4 Kindern trat Bettnässen nur gelegentlich, z.B. im Rahmen von fieberhaften Erkrankungen, auf). Bei den sexuellen Spielereien handelte es sich um „altersübliche Spielereien“, die aber ausreichten, entsprechende Erziehungsmaßnahmen zu ergreifen. Hier konnte durch ein klärendes Gespräch die Bedeutungslosigkeit erklärt werden.

Die psychodiagnostischen Maßnahmen, die auf Krankenschein relativ begrenzt sind, waren auf ein Mindestmaß beschränkt. Bewährt haben sich der Scenotest und die „Verzauberte Familie“ (KOS und Biermann), bei den Jüngeren und Älteren der Baumtest (Avé-Lallemant) und ein tiefenpsychologischer Satzergänzungstest; ein CAT und ein TAT waren neben dem Hawik gelegentlich erforderlich, ebenso, insbesondere bei fraglichen Schulschwierigkeiten, der Leistungsmotivationstest für Jugendliche. Als reiner Fragebogentest hat sich der Angstfragebogen für Schüler bewährt, er läßt Einblicke in Schulängste und persönliche Ängste zu, der Hanes Langformtest (Rick und Riedrich) ließ Empfindsamkeit, Aktivität und Geselligkeit erfassen.

Während Eltern- und Patientengespräche in Einzelterminen durchgeführt wurden, wurden die Testtermine so gelegt, daß die Kinder, die für eine spätere Gruppentherapie vorgesehen waren, diese Tests während der Gruppentermine im Warte-Wohnzimmer ausführten. Damit konnte ihr Verhalten in Gruppensituationen besser berücksichtigt werden.

Die Aufnahme in einer Gruppe war weniger von der Störung (Ginott) als vom Alter des Kindes abhängig. Nur in Ausnahmefällen bei besonders ängstlichen oder sehr jungen bzw. älteren Kindern wurde eine Einzeltherapie vorgeschlagen. Weder der Anteil der mehr aggressiven Kinder noch der Anteil der mehr gehemmten, furchtsamen oder depressiven Kinder sollte in einer Gruppe überwiegen. Gelegentlich mußte ein Gruppenwechsel vorgenommen werden, der in den ersten Stunden ohne Schwierigkeiten für das Kind durchgeführt wurde. Auch bei den schizoiden, stark beziehungsstörungen Kindern wurde es möglich, sie allmählich in ihre Gruppe zu integrieren. Sie konnten entweder von innen oder vom Dach des Hauses oder vom Wartezimmer aus die

Gruppe beobachten und sich gegebenenfalls auch dorthin wieder zurückziehen. Oft wurden die Kinder erstmals in die Gruppendynamik mit einbezogen, wenn ein Teil der Gruppe das Holzhaus angriff und ein anderer sich an der Verteidigung beteiligte. Diese oft ersten Interaktionen, die in Kooperation und zaghafte erste Partnerbeziehung übergehen konnten, brachten oftmals eine Angstreduktion, die weitere Interaktionen zuließ, die weniger angsterzeugend erlebt wurden.

Während Ginott soziopathische Kinder (die u. a. zu Grausamkeit neigen), besonders aggressive Kinder oder Kinder, die an einer akuten Problematik leiden oder bei denen die Geschwisterrivalität besonders ausgeprägt ist, nicht an einer Gruppentherapie teilnehmen läßt, schließt Slavson Schizophrenie, Psychoneurotiker (die ein besonders individuelles Übertragungsverhältnis brauchen), Psychopathen (die nur ausnutzen und unfähig sind, konstruktive Beziehungen zu anderen aufzunehmen) und Neurotiker, deren Übererregbarkeit in der Charakterstruktur integriert ist, von der Gruppentherapie aus. Auch läßt er von den Eltern vernachlässigte oder grob behandelte Kinder, die eine alles durchdringende Angst internalisiert haben, nicht zur Gruppe zu.

Zweifelsohne haben Ginott und Slavson ihre Erfahrung aus einem größeren Patientengut entnehmen können, als es dieser Arbeit zugrunde liegt. Trotzdem scheint es nicht unbedingt erforderlich, Kinder mit starker Geschwisterrivalität oder außergewöhnlicher Aggressivität von einer Gruppentherapie von vorneherein auszuschließen. Auch Psychoneurotiker, die ein individuelles Übertragungsverhältnis brauchen, können u.U. durchaus dieses Übertragungsverhältnis auch in einer Gruppe aufbauen und somit an einer Gruppentherapie teilnehmen. Schwierigkeiten bereiteten die Kinder, deren minimale cerebrale Dysfunktion relativ ausgeprägt ist und die aufgrund der fehlenden oder nur schlecht entwickelten Außenfilterung von Reizen eher zu außergewöhnlichen, sich ständig wiederholenden, schlecht beeinflussbaren Reaktionen neigen. Hier ist es oft notwendig, ebenso wie bei den außergewöhnlichen aggressiven Kindern, die abwartende, abstinente, mehr spiegelnde permissive Haltung aufzugeben und aktiv einzugreifen. Es kann durchaus gelingen, auch diese Kinder dauerhaft in eine Gruppe zu integrieren, wenn es gleichzeitig möglich wird, die Familiendynamik, die ein derartiges Verhalten u.U. begünstigt, zu ändern.

Kinder, die zu Gewalttätigkeiten neigen oder die mutwillig zerstörten, wurden zunächst ins Wartezimmer geschickt, bei Wiederholung nach Hause. Gestohlen wurde relativ selten: Ein 10jähriger Junge, der bei seiner Großmutter aufwuchs, wurde zunächst ausgeschlossen, dann, nach Rücksprache mit der allerdings sehr abhängigen, wenig selbständigen Mutter, sollte er wieder an der Gruppentherapie teilnehmen, die beleidigte Großmutter ließ dies aber nicht mehr zu.

2 Jungen (10 bzw. 12 Jahre) konnten aber nicht wegen außergewöhnlicher Aggressivität in der Gruppe verbleiben. Beide erhielten eine Einzeltherapie: der 12jährige, der in der Familie die Sündenbockrolle übernommen hatte – der 10jährige Bruder war u. a. in der Schule wesentlich erfolgreicher und wurde hierfür entsprechend belohnt – änderte zwar sein Verhalten, bedrohte aber damit gleichzeitig das pathologische Familiengleichgewicht so stark, daß die

kaum zur Introspektion fähigen Eltern die Therapie schließlich abbrechen.

Bei dem 10jährigen Jungen konnte mindestens ein Teilerfolg erzielt werden. Hier besserte sich zwar die Aggressivität, gleichzeitig wurde er aber zum Schulversager gestempelt; er konnte dem Wunsch seiner Mutter, die noch weitgehend unter dem Einfluß ihrer alles beherrschenden eigenen Mutter stand, auf eine gymnasiale Laufbahn nicht entsprechen. Auch hier gelang es nicht, die Familiendynamik zu beeinflussen. Der eifersüchtige labile Vater, der sich weder gegen seine Frau noch gegen seine Schweigermutter durchsetzen konnte, attackierte seinen Sohn ständig.

Zwei Jungen (8 bzw. 9 Jahre) litten an einer außergewöhnlichen Geschwisterrivalität, die sich u. a. durch eine Schulphobie bemerkbar machte. Hier waren nur geringe Fortschritte möglich. Während der 9jährige Junge in fast jeder Gruppenstunde mehr oder weniger versteckt die anderen Gruppenmitglieder so angriff, daß es ihm kaum möglich war, einen Partner zu finden und nur bei den Gruppenaktionen mitmachen konnte, zerstörte der 8jährige Junge während mehrerer Therapiestunden wiederholt Puppen. Bei beiden wurde zunächst nicht beachtet, daß beide Rivalen jeweils von ihren Müttern mit zur Therapie gebracht wurden, und während die Patienten zur Therapie abgeliefert wurden, gingen die Mütter mit diesen Rivalen Kaffeetrinken etc.

Trotz entsprechender Hinweise im Gespräch gelang es nicht, an dieser Dynamik viel zu ändern. Beide Rivalen waren Substituten. Bei beiden besserte sich aber das Gruppenverhalten, sie erlebten die Klassengruppe allmählich weniger ängstigend, ihre Verhaltensauffälligkeiten in der Schule ließen nach, und sie konnten sich wieder mehr am Unterricht beteiligen, beide Kinder waren recht intelligent.

Gruppengespräche behandelten Gruppenthemen; die individuelle Problematik wurde in Einzelgesprächen behandelt. Gruppengespräche wurden oft nur kurz durchgeführt, da einmal einige Kinder aus den verschiedensten Gründen zu spät kamen, am Ende der Therapiestunde herrschte oft Unlust, und in der Mitte hagelte es oft Proteste, da sich die Kinder häufig gestört fühlten.

Während der Heilungsprozeß in einer kinderpsychotherapeutischen Einzelbehandlung (*Adam*) in einer Regressionsphase, in einer ersten Widerstandsphase, in einer Durcharbeitungsphase, in einer zweiten Widerstandsphase und in einer End- bzw. Ablösungsphase abläuft, wird das Therapieziel in der Gruppentherapie durch Aufnahme von Beziehungen, anschließender Katharsis mit sich daraus entwickelnder Einsicht und Erproben der Realität bzw. Sublimierung, erreicht.

Regression und Widerstand machen sich zwischenzeitlich aber immer wieder bemerkbar.

Die begleitende Psychotherapie der Eltern erfolgt

1. in Gruppen (*Ockel*)
2. in Einzelgesprächen und
3. meist kombiniert in Gruppen und Einzelgesprächen.

Die Gruppen wurden themenzentriert durchgeführt, hier nahmen möglichst Ehepartner oder Partner mit festeren, langfristigeren Beziehungen teil. Eine ausreichende Verbalisierungsfähigkeit war wichtiger als die soziale Schicht. Diese Elterngruppen brachten eher eine notwendige Umstimmung (*Dührssen*) als Einzelgespräche. Die positiven oder auch negativen Beispiele aktivierten die eigene Thematik und ließen viele Wünsche oft eher erkennen.

Allerdings war es oft schwierig, aufgrund des unterschiedlichen Eintritts geeignete Gruppen zusammenzustellen, zumal das Alter der Kinder auch in etwa zu berücksichtigen war. Unerwünschte Übertragungspänomene traten eher in der Gruppe auf als bei Einzelgesprächen, auch verstärktes Rivalisieren der einzelnen Gruppenmitglieder konnte zu Therapieabbrüchen führen.

III.

Zum Abschluß der Behandlung hatte sich meist das führende somatische Symptom gebessert oder war ganz verschwunden. Auch die vorwiegenden oder gleichzeitig bestehenden psychischen Störungen waren oft gebessert, jedoch eine Persistenz dieser Besserungen konnte nicht beurteilt werden. Die Nachuntersuchungen, die ca. 1–2 Jahre nach Abschluß der Behandlung durchgeführt werden sollten, mußten per Fragebogen erfolgen. Es war nicht anzunehmen, daß alle Eltern, auch wenn oder gerade weil die Therapie erfolgreich war, abermals die Praxis zu entsprechenden diagnostischen Untersuchungen oder Gesprächen aufsuchen würden. Die Eltern erhielten daher abermals den diagnostischen Elternfragebogen (DEF) mit der Bitte übersandt, ihn soweit auszufüllen, wie sie es für notwendig hielten und ihren Eindruck über den Erfolg der Behandlung dazulegen. Nach Möglichkeit sollten auch noch vorhandene Verhaltensauffälligkeiten angekreuzt werden. Zu berücksichtigen bleibt, daß nur dann ein Therapieerfolg bestätigt werden würde, wenn eine Anpassung im gewünschten Sinne erfolgte oder wenn nur das führende Symptom verschwunden war.

Andererseits war es aber auch möglich, daß ein langfristiger Therapieerfolg bestätigt wurde, obwohl er nicht eingetreten war, um ein eigenes „Scheitern“ zu vertuschen. Die Nachuntersuchung sollte daher auch einen Einblick in eine u.U. erfolgte Aktivierung der gehemmten Autonomieentwicklung der Kinder zulassen. Hierfür bot sich ein Fragebogen aus dem sozialen Bereich (*Müller*) an.

Die Eltern erhielten daher zusätzlich einen Fragebogen mit folgenden Fragen übersandt: Hat oder fühlt sich oder kann ihr Kind

1. mit anderen Kindern (Jugendlichen) spielen (sprechen) gelernt
2. nicht mehr so ausgestoßen zu sein
3. mehr Freunde haben als früher
4. bei Freunden mehr durchsetzen
5. auch sonst mehr durchsetzen
6. sich besser als früher mit den Eltern aussprechen
7. sich nicht genieren, den Eltern etwas Falsches zu sagen
8. mehr Selbstvertrauen
9. mehr Aufmerksamkeit den anderen gegenüber.

Viele Eltern füllten beide Fragebögen bereits nach dem 1. Anschreiben aus, bei einigen Eltern erfolgte die Rücksendung erst nach dem 2. Anschreiben.

Lediglich bei 12 Eltern, die die Behandlung abgeschlossen hatten, kam auch nach einer Erinnerung keine Antwort. Von den Eltern (11), die eine Behandlung vorzeitig abgebrochen

hatten bzw. denen ein Abbruch wegen unregelmäßiger Teilnahme entweder bei der Kindertherapie oder wesentlich öfter bei der begleitenden Elterntherapie nahegelegt wurde, trafen 5 Antworten ein. Ein Vater sandte beide Bögen kommentarlos zurück, 2 Eltern gaben noch die gleiche Symptomatik an – ein Kind hatte in der Zwischenzeit einen anderen Therapeuten aufgesucht; 2 Eltern bestätigten zumindest einen Teilerfolg, bei diesen Eltern handelte es sich um gespannte Ehen, deren Latenz während der begleitenden Elterntherapie aufzubrechen drohte. Es ist nicht anzunehmen, daß bei den Eltern, die trotz regulärem Abschluß nicht antworteten, keine Besserung eingetreten ist, so kamen neue Patienten auf Empfehlung von Eltern, die keine Antwort einsandten.

Die Ergebnisse der Nachuntersuchungen sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt.

klonische Sprachübungen – wurden gleichzeitig von einer niedergelassenen Logopädin in 10–20 zusätzlichen Einzelsitzungen behandelt.

Von den 57 Kindern, deren Eltern antworteten, war bei 37 Kindern vor ca. 2 Jahren die Behandlung abgeschlossen, bei 20 Kindern vor ca. 1 Jahr. Eine weitere Unterteilung in der Tabelle erfolgte nicht, da in beiden Gruppen keine Unterschiede bestanden. 51 Eltern sandten auch den sozialen Fragebogen zurück, davon bestätigten 50 Eltern eine Besserung im sozialen Verhalten. Überraschend war eine positive Entwicklung in mehreren Punkten. Bei 10 Kindern vollzog sich diese positive Entwicklung in 7–9 Punkten, bei 25 in 4–6 Punkten und bei 15 Kindern in 3 Punkten. Erfreulich war die Häufung von Besserungen in bestimmten sozialen Verhaltensweisen: So hatten 35 Kinder gelernt, mit anderen Kindern besser zu spielen bzw. zu sprechen, 33

Diagnose	Gesamt	gebessert	nicht gebessert	abgebrochen	ohne Antwort	Verhaltensst. gebessert	Verhaltensst. nicht gebessert
Angstsymptome mit vegetativen Beschwerden	26	15	3	6	2	13	5
Identitätsschwierigkeiten mit veg. Beschwerden	16	10	2	1	3		7
Geschwisterproblematik	14	12	1	–	1	8	4
Schulphobie	6	3	–	–	3	2	1
Frühverwahrlosung	2	–	–	–	1	1	–
Enuresis	8	1	1	3	–	3	2
Enkopresis	2	4	–	1	–	1	–
Sprachstörung	4	1	1	–	1	3	–
Trichotillomanie	1	2	–	–	–	–	1
Tiques	1	1	–	–	1	–	–
	80	49	8	11	12	36	20
				23			

Das Syndrom „Angstsymptomatik mit vegetativen Beschwerden“ wurde wegen der jeweils zu geringen Zahl der Einzeldiagnosen nicht weiter aufgegliedert und konnte sowohl dem (oralen, analen) prägenitalen als auch dem genitalen Bereich entstammen. Bei Jugendlichen im vorpubertären oder pubertären Alter standen fast immer der aufgeflamnte oedipale Konflikt neben Gewissensängsten im Vordergrund. Eine verstärkte Geschwisterrivalität und eine Schulphobie traten zwar fast immer gemeinsam auf, um das jeweils führende Symptom deutlich zu machen, sind sie aber in der Tabelle getrennt angegeben. Eine Besserung von Verhaltensauffälligkeiten wurde dann angenommen, wenn die Besserung der vegetativen Symptomatik oder des führenden Symptoms nur noch etwa die Hälfte der in der ersten Tabelle angekreuzten Verhaltensauffälligkeiten erneut angegeben wurden. Hierfür mußten aber in der ersten Tabelle mehr als 3 Verhaltensauffälligkeiten angekreuzt gewesen sein. Sprachstörungen – hier handelte es sich um tonisch-

Kinder hatten mehr Selbstvertrauen, 29 Kinder hatten mehr Freunde als früher, 28 hatten gelernt, sich besser mit den Eltern auszusprechen. 25 brachten mehr Aufmerksamkeit anderen gegenüber auf. 22 Kinder fühlten sich nicht mehr so ausgestoßen wie früher. 9 Kinder konnten sich bei Freunden besser durchsetzen. Ebenfalls 9 Kinder genierten sich nicht mehr, dem Lehrer etwas Falsches zu sagen (?!). Insbesondere die im sozialen Fragebogen zum Ausdruck kommende positive Ich-Entwicklung scheint als besonderer Erfolg der Gruppentherapie erwähnenswert. Allerdings soll abschließend ein Beispiel für eine nicht ausreichende Therapie angeführt werden:

Ein 8jähriger schizoider Junge, hatte als führendes Symptom eine Enuresis nocturna, die nach der Geburt eines 4 Jahre jüngeren Bruders aufgetreten war. Ein 3 Jahre älterer, technisch interessierter Bruder kooperierte gut mit dem ebenfalls technisch interessierten Vater (Bauingenieur). Die ebenfalls schizoide Mutter hatte zwar den ersten Sohn an ihren Mann verloren, diesen 2. Sohn mehr als ihr negatives

Selbst empfunden und hatte die symbiotische Beziehung zum 3., in seinem weichen und anschmiegsamen Wesen dem Vater entsprechend, noch nicht aufgeben können. Beide Eltern beteiligten sich zwar recht aktiv an einer begleitenden Elterngruppe, stimmten, als sich die Enuresis über einen längeren Zeitraum gebessert hatte, einer Verlängerung der Therapie nicht zu. Der Patient sonderte sich nach wie vor von der Gruppe ab und konnte dann gedankenverloren ebenfalls wie zu Hause dem Straßenverkehr aus dem Fenster lange zusehen. Verständlich wurde die Ablehnung einer weiteren Therapieverlängerung durch einen Hausbau und den damit verbundenen Umzug und einem jetzt weiteren Fahrweg. Beide Eltern glaubten auch, die Schwierigkeiten ihres Sohnes verstanden zu haben und nahmen sich vor, in Zukunft besser auf ihn einzugehen. Leider kam es 6 Monate nach der Beendigung der Therapie zu einem Rückfall. Nach weiteren 6 Monaten erhielt der Patient dann eine Klingelmatratze von der behandelnden Kinderärztin. Das Bettnässen verschwand innerhalb des folgenden Jahres. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war kein erneutes Rezidiv aufgetreten.

Summary

Group Therapy with Children

The advantages of group therapy are not only that several patients can be treated simultaneously but also that reactions due to the group situation can be observed and treated in patients whose treatment is not possible in individual therapy. In group therapy with children and adolescents one must take into account that a child's ego is still undeveloped and unstable, moreover, that a child's world is often full of fantasies and specific anxieties, and particularly that the ability of putting into words the difficulties this constellation may present is rather limited at an early age. The material supplied by the children can be processed by acting out or verbally with a modification of the group model with accompanying parent therapy according to Slavson. It is important that the children or adolescent have at their disposal libido-promoting and also, especially in the case of the older ones, libido-occupied materials for work and play which follow for group fantasies to develop.

This paper reports on follow-up studies on children and adolescents one or two years after long-term therapy was completed. It shows that in many cases the main somatic or psychic symptoms had not only improved or even disappeared, but that the strengthening of the ego that had taken place was often sufficient for the individual to come to better terms with his environment.

Literatur

Adam, R.: Heilungsprozeß in der Kinderpsychotherapeutischen Behandlung. *Praxis* 27, 1–5 (1978). – *Avè-Lallement, U.*: Baum Tests. Bern: Walter 1976. – *Battegay, R.*: Der Mensch in der Gruppe. Bern: Huber 1979 III. – *Dietrich, H.*: Erfahrungen mit einer Psychotherapie-Kinderpraxis. *Der Kinderarzt* 11, 264–66 (1980). – *Dührssen, A.*: Möglichkeiten und Formen der Elternberatung. *Praxis* 26, 1–5 (1977). – *Ginott, H. G.*: Gruppenpsychotherapie bei Kindern. Weinheim: Beltz 1979. – *Haar, R.*: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. *Praxis* 28, 182–93 (1980). *Kos, M., Biermann, G.*: Die verzauberte Familie. München: Reinhardt 1973. – *Müller, A.*: Kombinierte psychotherapeutische Methoden im Rahmen der Gruppenarbeit mit Kindern. *Praxis* 27, 216–21 (1978). *Ockel, H. H.*: Zur Indikation, Vorbereitung und Einleitung von Elterngruppen. In: *Zauner, J.* (Hrsg.), *Familiendynamik und analytische Kindertherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978. – *Rick, H., Riedrich, F. W.*: Faktorielle Struktur der Meurotizismus-Skalen (Hanes KJ) und der Angst-Skalen (im AFS) bei verhaltensauffälligen Kindern. *Praxis* 28, 59–61 (1979). – *Schneider, R.*: Technik der Simultantherapie bei kindlichen Grenzfalkindern. In: *Biermann, G.* (Hrsg.), *Ergänzungsband des Handbuchs der Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt 1976. – *Schiffer, M.*: Die Therapeutische Spielgruppe. Stuttgart: Hippokrates 1971. – *Slavson, S. R., Schiffer, M.*: Gruppentherapie mit Kindern. Verlag f. med. Psychologie, Göttingen 1976. – *Spiel, W.*: Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme 1976.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Hans Dietrich, Kinderarzt-Psychotherapie, Rethelstr. 158, 4000 Düsseldorf 1.