

Kögler, Michael und Leipersberger, Helmut

Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie - Die Bedeutung der Gruppenversammlung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 1, S. 9-15

urn:nbn:de:bsz-psydok-30770

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung

Von Michael Kögler und Helmut Leipersberger

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Bericht wird eine Arbeitsweise beschrieben, bei der der analytische Psychotherapeut seine therapeutischen Kompetenzen zum Teil an Bezugspersonen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst delegiert. In diesem Rahmen ist die vom Psychotherapeuten geleitete tägliche Gruppenversammlung aus allen Patienten und allen Mitarbeitern ein besonderes therapeutisches Instrument. Setting, Technik sowie Erfahrungen aus fünfjähriger Arbeit werden ausführlich beschrieben und diskutiert.

1. Einleitung

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen hatten in der Vergangenheit vor allem diagnostische Aufgaben, machten Behandlungsvorschläge für verschiedene Institutionen, ohne selbst Behandlungen zu übernehmen, zumindest solche von längerer Dauer. *Lempp* (1983) spricht von einem Heer diagnostischer Fälle mit raschem Durchgang. Viele dieser Aufgaben wurden inzwischen von ambulanten Einrichtungen wie den psychologischen Beratungsstellen, niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Kinderärzten und auch Kinderkliniken übernommen. Dadurch fällt kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zunehmend die Aufgabe zu, Patienten mit schweren Erkrankungen eine längerfristige Therapie anzubieten. Da unsere Abteilung erst 1973 eröffnet wurde, konnten wir uns von Anfang an auf diese neue Situation einstellen. Es stellte sich heraus, daß in der großen Mehrzahl Patienten mit Grundstörungen zur Aufnahme kamen. Diese sind kaum in der Lage, intrapsychische Spannungen auszuhalten, d.h. Konflikte zwischen den Strukturinstanzen Es, Ich, Über-Ich. Durch ihre Projektion in die Personen der Umgebung wird aus dem intrapsychischen Konflikt ein interpersoneller. Die Identifikation mit den als feindselig erlebten Betreuern führt zu einer charakteristischen, spannungsgeladenen Atmosphäre mit Ketten von Feindseligkeiten, in der nicht mehr auszumachen ist, wo sie ihren Ausgang nehmen. Als zusätzliche Belastung kommt die Neigung der Patienten hinzu, das Team in „gute und böse“ Personen aufzuspalten, entsprechend den inneren Bildern von guten und bösen Teilobjekten. Diese Vorgänge, die neben vielen ähnlichen als beispielhaft ausgewählt wurden, spielen sich immer wieder im Stationsalltag zwischen den

Patienten und den Personen ab, die am häufigsten dort sind, das sind Schwestern, Pfleger, Erzieher und Erzieherinnen. Da diese Patienten also ganz offensichtlich nicht in der Lage sind, ihre Konflikte im Rahmen von Therapiestunden zu verbalisieren, sondern sie vielmehr in Alltagssituationen inszenieren, schien es uns angebracht, die Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst mit besonderer therapeutischer und pädagogischer Kompetenz auszustatten und ihnen als Bezugsperson jeweils ein bis zwei Kinder oder Jugendliche zuzuordnen. Es wurde Aufgabe des analytischen Psychotherapeuten, den Bezugspersonen Kenntnisse in der speziellen Psychodynamik ihrer Patienten zu vermitteln und darüber hinaus an den alltäglichen praktischen Beispielen auch Kenntnisse über die Vorgänge von Übertragung und Gegenübertragung sowie allgemeines psychoanalytisches Grundwissen mit besonderer Berücksichtigung der Objektbeziehungs- und Ich-Psychologie. Dies versetzt die Bezugsperson in die Lage, ihre Patienten zu verstehen und vor allem sich selbst durch angemessene Interpretationen und Deutungen im Rahmen einer überwiegend befriedigenden Beziehung zu schützen. Bekanntermaßen ist ja die Deutung das legitime Mittel des analytischen Therapeuten, sich vor den andrängenden Impulsen des Patienten zu schützen und ihn in die Lage zu versetzen, aus einer daraus entstehenden fruchtbaren innerpsychischen Spannung heraus einen Zuwachs an Ich-Stärke zu gewinnen. Selbstverständlich kann all dies nur unter intensiver Supervision durch den analytischen Psychotherapeuten stattfinden, der für eine Gruppe von fünf Bezugspersonen und acht Patienten zuständig ist. Wir haben über die Aufgaben der Bezugspersonen und unsere Erfahrungen damit an anderer Stelle ausführlich berichtet (*Kögler*, 1982; *Pittner, Kögler* 1981).

Bei der Durchsicht der Literatur fanden wir eine Arbeit von *van Krevelen* (1967), in der auf die strikte Trennung des pädagogischen Bereiches vom therapeutischen besonders Wert gelegt wird. *P.M. Ployé* (1981) weist eindringlich auf die ungünstigen Auswirkungen der psychotherapeutischen Klinikarbeit bei einer solchen Rollenaufteilung hin. Es wird berichtet, daß die Neigung der Patienten, durch Spaltungsprozesse den Therapeuten zu idealisieren und die Krankenschwestern in aggressive Auseinandersetzungen zu verwickeln, zu dem Entschluß des Behandlungsteams führte, den Psychotherapeuten an den täglichen Zusammenkünften zwischen Patienten und Schwestern teilnehmen zu lassen, mit der Folge eines willkommenen Schwunds des Ausagierens: „Weniger

Pulsadern wurden aufgeschnitten, hysterisches Verhalten ging zurück, zerbrochene Fensterscheiben wurden seltener usw.“ (Ployé, 1981, 184). In der Literatur fanden wir keine Berichte über Erfahrungen mit der Gruppenversammlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2. Setting

Gegenstand dieser Arbeit soll die Bedeutung der Gruppenversammlung sein, die in unserem Konzept einen besonderen Stellenwert hat. Diese Versammlung findet täglich mit Ausnahme der Wochenenden statt. Sie wird von dem psychologischen oder ärztlichen analytischen Psychotherapeuten geleitet. An ihr nehmen alle Mitarbeiter der Gruppe teil, das sind also – wie bereits erwähnt – für acht Patienten fünf Bezugspersonen. Um die regelmäßige Teilnahme aller Bezugspersonen trotz des unumgänglichen Schichtdienstes zu gewährleisten, wurde sie in die Überlappungszeit während der Mittagsstunden gelegt. Die Gruppen dauern bei den Kindern 40, bei den Jugendlichen 55 Minuten. Entstanden ist sie aus unserer Gewohnheit, in dieser Überlappungszeit zusammenzusitzen und uns über die Vorkommnisse der letzten 24 Stunden zu unterrichten, so wie es als Übergabe zwischen den Mitarbeitern zweier aufeinanderfolgenden Schichten in Krankenhäusern üblich ist. Nach einiger Zeit kam es uns zunehmend unangemessen vor, hinter verschlossener Tür als Personalteam zusammenzusitzen, um über unsere Patienten zu sprechen, gerade diesen aber unsere emotionalen Reaktionen vorzuenthalten. In unserem Unbehagen wurden wir durch das Verhalten der Kinder während der Übergabe unterstützt. Sie machten nämlich durch besondere Unruhe und Provokationen in dieser Zeit vermehrt auf sich aufmerksam, denn sie wußten ja, daß wir über sie sprachen. Dadurch war der merkwürdige Zustand eingetreten, daß wir zwar über die Kinder – aber nicht mit ihnen – redeten. Wir beschlossen dies zu ändern und luden die Kinder zu diesen Versammlungen ein. Die Kinder kamen gerne, sie wollten schließlich auch wichtig sein. Sie nannten die Versammlung das „Kinderteam“. Dieser Name hat sich bis heute auf der Kinderstation gehalten wie auch das Interesse an dieser zentralen Versammlung.

3. Verhaltensbeispiele: Frühgestörte Kinder in der Gruppe

Das Krankheitsbild einer Frühstörung äußert sich bei unseren Patienten in der Gruppe in typischen, immer wiederkehrenden Verhaltensmustern. Dabei zeigt sich auch, daß die Kinder so die alten Beziehungsmuster in ihrer neuen Umgebung wiederholen und die gewohnte pathogene Familiendynamik erneut konstellieren wollen. In der Gruppe äußern sie z. B. ganz unrealistische Wünsche und erwarten, diese unverzüglich erfüllt zu bekommen. Während des Urlaubs seiner Bezugsperson verweigerte sich Martin trotzig fast allen Anforderungen und verlangte, daß seine Bezugsperson ihren Urlaub unter-

brechen und ihm auf Station zur Verfügung stehen möge. Florian, der mit seinem Bettnachbarn fortwährend in Streitereien verwickelt war, war außerstande, sich über den Eigenanteil an diesen Auseinandersetzungen Gedanken zu machen und verlangte statt dessen, man möge ihm endlich die nötigen Tricks nennen, damit er seinen Rivalen beherrschen könne.

Eine Konfrontation mit solchen unrealistischen Erwartungen führt anfangs oft zu wütenden Angriffen auf die Erwachsenen, es kommt dann auch vor, daß das Kind unter lautstarken Beschimpfungen und indem es wütend seinen Stuhl umwirft, die Gruppenversammlung verläßt. Wir erleben ferner in der Gruppe Kinder, deren unklare Bedürfnisspannungen sich in ungeheurer motorischer Unruhe äußern; es sind Kinder, die von ihrem Erleben wenig mitteilen können und von Gefühlen der Leere und Langeweile beherrscht werden. Kompensatorisch zu ihren Selbstwertunsicherheiten und ihrer Unklarheit über sich selbst entwickeln sie Größenvorstellungen von Macht und Wichtigkeit und identifizieren sich mit idealisierten Objekten. Robert z. B. kämpfte lange Zeit verbissen stets darum, das erste Thema in der Gruppenversammlung zu bekommen und wollte dann möglichst lange dran bleiben. Der Inhalt seines Themas war unserem Eindruck nach ganz nebensächlich. Zudem spielte er sich als Gruppenleiter auf und hatte stets Kommentare oder Ratschläge abzugeben. Jürgen war, damit er halbwegs in der Gruppe bestehen konnte, stark von der liebevollen Zuwendung der Bezugspersonen abhängig, er blieb lange Zeit unfähig, auf chaotisches Agieren in der Gruppe zu verzichten und hatte größte Mühe, etwas von seinem Erleben zu verbalisieren. Bei Kindern wie Robert und Jürgen kommt es in der Gruppe zudem zu heftigen Rivalitäten mit anderen Kindern als Wiederholung der Geschwisterrivalitäten in der Familie, eine Folge davon, daß bei der starken Abhängigkeit vom Erwachsenen zum Ausgleich narzißtischer Lücken die verständnisvolle Zuwendung der Bezugsperson zu anderen Kindern als äußerste Bedrohung des eigenen Stellenwertes erlebt wird. Jürgen fing lange Zeit immer dann an zu lärmen und chaotisch zu agieren, wenn sein „Geschwisterkind“ die Aufmerksamkeit und Hilfe der gemeinsamen Bezugsperson für sein Thema beanspruchte. Als Beispiel für starke narzißtische Selbstbezogenheit möchten wir Andreas erwähnen, der die Gruppenversammlung häufig unter Mißachtung der Themen anderer Kinder dafür benutzte, ihn lustig und toll zu finden. Er betrachtete die Gruppenversammlung als einen Spaß und benutzte sie als Bühne für seine Selbstdarstellung. Sprach ein anderes Kind einen Konflikt mit ihm an, so hielt er sich konsequent die Ohren zu. Unerfreuliches durfte es für ihn einfach nicht geben. Von den Erwachsenen verlangte er, daß sie alles Unangenehme von ihm fernhielten. So äußerte er etwa einmal in der Gruppenversammlung ganz selbstverständlich den Wunsch, man möge seiner Bereichsnachbarin ihre Puppen wegnehmen, worauf er offensichtlich neidisch war. Er war keinerlei Erklärung zugänglich, die die Rechte des anderen Kindes deutlich machten, und wiederholte sein Verlangen nur immer wieder.

4. Erläuterungen zur therapeutischen Technik

Wir sehen die Gruppenversammlung als einen Rahmen, in dem sich verschiedene Zielsetzungen verfolgen lassen. Intrapyschische strukturelle Veränderungen sollen gefördert werden, indem sich die Vorstellungen der Patienten von sich selbst und den Objekten verändern. Die Gruppenversammlung enthält aber auch Elemente der Gruppenarbeit, wobei in einem veränderten sozialen Klima korrigierende Erfahrungen vermittelt werden sollen. Schließlich bieten wir den Kindern eine Möglichkeit, aktiv an der Gestaltung des Gruppenlebens teilzuhaben und sich für das Erleben und die Anliegen anderer Kinder zu interessieren.

Der Rahmen ist so zu charakterisieren: Die Gruppenversammlung findet täglich von 13.00 Uhr bis 13.40 Uhr im Schlafsaal der Gruppe, also in der vertrauten Umgebung der Kinder statt. Es nehmen alle Kinder mit ihren Bezugspersonen und dem Gruppenleiter teil. Erwachsene und Kinder bilden dabei einen Sitzkreis mit weitgehend gleichbleibender Sitzordnung, wobei darauf geachtet wird, daß die einzelnen Kinder an der Seite ihrer Bezugspersonen Platz nehmen. Zu den festen Vereinbarungen gehört, daß die Kinder während der Gruppenversammlungen in der Runde bleiben und auf das Mitbringen von Spielzeug verzichten, mit dem sie sich ablenken könnten. Alle Anwesenden können dann in einer bestimmten Reihenfolge ihre Themen vorbringen und dabei alles besprechen, was sie gerade bewegt. Es haben dann nicht nur die Erwachsenen, sondern auch die anderen Kinder Gelegenheit, sich an dem jeweiligen Thema zu beteiligen. Dieser Ablauf wird vom Gruppenleiter oder auch einer Bezugsperson immer dann unterbrochen, wenn sich in der Gruppe oder bei einem einzelnen Kind Störungen einstellen, die die Arbeitsfähigkeit und die Aufmerksamkeit erheblich beeinträchtigen. Wir räumen also solchen Störungen Vorrang ein, hinterfragen und deuten sie auch auf die Gefahr hin, daß das Kind, das gerade mit seinem Thema an der Reihe ist, frustriert wird. Die Rollenverteilung zwischen dem Gruppenleiter und den Bezugspersonen ist schwerpunktmäßig so geregelt, daß der Gruppenleiter den Ablauf sicherstellen soll, sich um eine gewinnbringende Erörterung der einzelnen Themen bemüht und die Gruppe als ganze im Auge behält. Die Bezugspersonen dagegen unterstützen ihre Bezugskinder, damit sie in der Gruppe bestehen können. Sie helfen ihren Kindern, damit diese sich in der Gruppe Gehör verschaffen und behaupten können, erinnern an Abmachungen, versuchen Störungen zu klären, spenden, wenn nötig, Trost. Sie stützen die Kinder, indem sie Gelegenheit zum Ankuscheln bieten. Sie intervenieren bei Überforderung und Kränkungen, denen das Kind in der Gruppe ausgesetzt ist. Die Bezugspersonen fungieren so als „Hilfs-Ich“, wo die schwach ausgeprägten Ich-Funktionen wie Wahrnehmung und Realitätsprüfung, Triebkontrolle, Abwehr und Selbstbehauptung eine aktive und gewinnbringende Teilnahme an der Gruppe gefährden. Wo immer dagegen Kinder Ansätze zu eigenen Konfliktlösungen erkennen lassen, nehmen sich die Bezugspersonen zurück. Sowohl

der Gruppenleiter als auch die Bezugspersonen nutzen die Möglichkeit zu Interpretationen und Deutungen. Auch die Kinder werden aufgefordert, ihre Phantasien über die Motive eigenen oder fremden Verhaltens mitzuteilen. Unsere Deutungen zielen vor allem auf eine Klärung der Beziehungen im „Hier und Jetzt“ des Geschehens in der Gruppe, jedoch werden auch in vielfältiger Weise Beispiele aus dem Gruppenalltag einbezogen.

Um einen Eindruck von den technischen Möglichkeiten der Gruppenversammlung zu vermitteln, möchten wir noch einmal zu den Verhaltensbeispielen des letzten Abschnitts zurückkehren. Äußern Kinder wie Martin und Florian unrealistische Wünsche in der Gruppe, so belassen wir es nicht einfach bei der Konfrontation. Martin, der die Rückkehr der Bezugsperson aus dem Urlaub verlangte, wird etwa zunächst aufgefordert, deutlich zu machen, wo genau ihm seine Bezugsperson am heutigen Tag fehlt. In unserem Interesse an der Präzisierung der Wünsche und Erwartungen der Kinder drückt sich nicht nur Respekt vor deren Erleben aus. Wir erhalten so auch die Möglichkeit, ihre Abhängigkeit von einem idealisierten Objekt evtl. im einzelnen zu überprüfen und zu hinterfragen. Gelingt es Martin, seine Wünsche an die abwesende Bezugsperson in der Gruppe zu beschreiben, so kann der Gruppenleiter in seiner Antwort die Wut des Kindes als verständliche Folge all seiner enttäuschten Erwartungen herausstellen (Spiegelung) und es damit konfrontieren, daß ihm die Erwachsenen der Gruppe diese Frustration tatsächlich zumuten, ja von ihm erwarten, daß es sie auszuhalten lernt. Die Gruppe der Kinder kann dann aufgefordert werden, darüber nachzudenken, ob es denn denkbar wäre, daß die Bezugsperson unter den gegebenen Umständen die Wünsche des Patienten erfüllt (Realitätsprüfung). Schließlich kann eine Bezugsperson in der Rolle des „Hilfs-Ich“ mit dem Kind erörtern, welche realistischen Möglichkeiten einer Bedürfnisbefriedigung trotz des Fehlens seiner Bezugsperson ausprobiert werden könnten (Hilfe bei der Sublimierung von Triebwünschen). Wenn Wünsche der Kinder abgewiesen werden müssen, etwa weil sie mit einer ihnen zugestandenen Möglichkeit nicht verantwortlich umgehen können, benötigt häufig auch die Bezugsperson Hilfe durch den Gruppenleiter. Bei der Erörterung des Themas sind dann auffallende Unklarheiten und Schwankungen der Bezugsperson Ausdruck eines inneren Konfliktes zwischen der Identifikation mit den Wünschen des Kindes und ihren eigenen Anliegen als verantwortlicher Erwachsener. Der Gruppenleiter könnte dann die Unklarheiten in den Botschaften der Bezugsperson feststellen und Vermutungen über Hintergründe äußern; Schuldgefühle oder mangelndes Vertrauen, daß das Kind die Voraussetzungen für die Erfüllung seines Wunsches selbst schaffen kann, könnten beteiligt sein.

Im letzten Abschnitt erwähnten wir Jürgen als Beispiel für Kinder mit starken Selbstwertunsicherheiten, die in der Gruppe heftige Geschwisterrivalitäten zeigen und ihre inneren Spannungen chaotisch ausagieren. Jürgen tat dies auffallend häufig, wenn sein „Geschwister“ die Aufmerksamkeit der Bezugsperson beanspruchte. Ein er-

ster Schritt des Eingreifens besteht hier darin, das Kind mit seinem störenden Verhalten zu konfrontieren. Daran könnte sich eine Deutung anschließen, die auf das offensichtliche Beziehungsmuster in der Drei-Personen-Situation mit der Bezugsperson und ihren Kindern hinweist. Dies reicht oft aus, um weiteres Nachdenken in der Gruppe anzuregen: ein Kind äußert z. B. die Vermutung, daß Jürgen neidisch oder eifersüchtig sei. Falls dieser auf solche Interpretationen positiv reagiert, kann die Klärung der offenbar schwierigen Beziehungssituation fortgesetzt werden, um Jürgens Ängste vor Verlassenheit oder Entwertung besser zu verstehen. Eine solch ausführliche Erörterung der Störung stößt an Grenzen, wenn das Geschwisterkind sein Recht beansprucht, mit seinem Thema fortfahren zu können. Das weitere Eingehen auf die Störung unterbleibt natürlich, wenn Jürgen auf sein störendes Verhalten nicht verzichtet; wir nehmen dann seine augenblickliche Unfähigkeit ernst, sich in der Gruppe adäquat zu verhalten und schicken ihn evtl. aus dem Raum. Wir nannten oben Andreas als Beispiel für narzißtische Selbstbezogenheit. Vor einiger Zeit brachte er ein Haus aus Papier als sein Werk in die Gruppenversammlung mit, das ein anderes Kind für ihn gebaut hatte und wollte dafür gelobt werden. In einem solchen Fall besteht häufig die Gefahr, daß die Gruppe darauf mit Verhöhnung reagiert und damit die Selbstzweifel des Kindes erneut bestätigt werden, die hinter seiner Großartigkeit stehen. Sicher ist es angebracht, daß in der erwähnten Situation das „Schmücken mit fremden Federn“ und die naive Erwartung, die Gruppe ließe sich in dieser Weise täuschen, offen benannt werden. Im weiteren kann das Kind jedoch auch Respekt erfahren für seinen Wunsch, etwas Bewundernswertes zeigen zu können; ein Wunsch, der so intensiv ist, daß dafür selbst das Risiko eingegangen wird, bloßgestellt zu werden. Auch hier sind verschiedene Fortsetzungen möglich: Unter Umständen kann das Kind in seiner Not über die Unfähigkeit, selbst etwas Bewundernswertes herauszustellen, wahrgenommen werden; oder die Bezugsperson hilft dem Kind, seine eigenen Möglichkeiten herauszufinden und etwas zu planen.

5. Erfahrungen mit der Gruppenversammlung

Sicher sind unsere Kinder nur bedingt gruppenfähig. Sie neigen dazu, ihre inneren Konflikte und Spannungen auszugieren, statt zu verbalisieren, und es ist sicher eine recht anspruchsvolle Forderung, daß diese Kinder 40 Minuten ruhig und geordnet an einem Gespräch teilnehmen sollen. Aber selbst unsere Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren sind meist nach wenigen Wochen der Therapie mit Hilfe ihrer Bezugspersonen in der Lage, die Gruppenversammlung für sich zu nutzen und geordnet teilzunehmen. Die Gruppenversammlung ist für die Kinder größtenteils selbstverständlich geworden, verläuft meist einigermaßen geordnet und die Zeit wird gut genutzt; oft reicht die Zeit nicht für alle angemeldeten Themen. Die insgesamt positive Haltung unserer Kinder

zur Gruppenversammlung hat viel damit zu tun, daß wir diese für den Alltag relevant machen. Wir regen die Kinder an, über ihre Wünsche, ihr Erleben und Handeln nachzudenken in Anlehnung an die Themen aus dem Gruppenalltag, die sie selbst behandeln wollen. Dies wird fast immer möglich, indem wir nicht sofort zu ihren Anliegen Stellung nehmen, sondern ihnen zumuten, zunächst ihre Wünsche und Phantasien zu verdeutlichen. Der Gruppenversammlung Gewicht zu verleihen, begünstigen wir auch dadurch, daß die Bezugspersonen im Gruppenalltag die Kinder oft auf die Gruppenversammlung verweisen als den Ort, wo ihre Angelegenheiten vorgebracht werden sollen. Wir ermutigen die Kinder dazu beizutragen, daß ihre Gruppenversammlung nutzbringend verlaufen kann. Der aktiven Teilnahme der Kinder an der Therapie anderer Patienten sind allerdings nach unseren Erfahrungen Grenzen gesetzt. Der Versuch, möglichst viele Kinder an der Erörterung eines Themas im Gruppengespräch zu beteiligen, führt oft dazu, daß das Gespräch oberflächlich bleibt. Dies ist wesentlich dadurch bedingt, daß bei einer Aktivierung der ganzen Gruppe diese leicht zum Widerstand benutzt werden kann, weil das Kind, um das es geht, dann vielfältige Reize zur Ablenkung benutzen kann. Störungen sind trotz der insgesamt positiven Einstellung der Patienten zur Gruppenversammlung häufig, etwa in Form von Dazwischenreden, motorischer Unruhe, Eröffnung von Nebenschauplätzen, wo z. B. mehrere Kinder nonverbal miteinander kommunizieren, auch Drohungen und Abwertungen erfordern immer wieder das Eingreifen der Erwachsenen. Wenn Störungen überhand nehmen und sich ein Klima der Verhöhnung und Abwertung breitmacht, finden wir in der regelmäßigen Nachbesprechung fast immer Hinweise auf Fehlhaltungen der Kindergruppe gegenüber, die sich schließlich mit Gewinn für das ganze Gruppenleben und die Therapie korrigieren lassen. Eine mögliche Fehlhaltung besteht darin, daß die erwachsenen Betreuer – indem sie eigene kindliche Bedürfnisse nach Verwöhnung, Geltung, Ausagieren von Spannungen usw. an die Kinder delegieren – ein Klima fördern, in dem suchtartige Befriedigung überhand nimmt. Deutlich wird auch, wie unser Selbstbild als Helfer uns immer wieder dazu verführt, allzuviel zu erdulden und den Kindern die Konfrontation mit ihrem aggressiven Verhalten zu ersparen. Die Korrektur dieser Haltungen führt dann manchmal dazu, daß die Bezugspersonen nunmehr verstärkt Schwierigkeiten mit der Kontrolle ihrer aggressiven Gegenübertragungsgefühle bekommen. Hier ist das Eingreifen des Gruppenleiters mit seiner Möglichkeit, die Beziehungen in der Gruppe von einer neutraleren Position aus zu beurteilen, von besonderer Wichtigkeit. Im folgenden möchten wir die Möglichkeiten, die die Gruppenversammlung bietet, zusammenfassend beschreiben:

- Durch deutliche Strukturierung, explizite Normen und Rückmeldung darüber, welche Gefühle die Kinder bei den Erwachsenen auslösen, werden sie mit ihrem unangemessenen Verhalten konfrontiert. Dieses Verhalten wird von den Erwachsenen der Gruppe immer wieder festgestellt, nicht verharmlost oder getadelt, son-

dern schlicht ernstgenommen. Dadurch kann es das Kind zunehmend als ich-fremd erleben. Dies ist eine Voraussetzung zu seiner Leidensfähigkeit, dem Willen sich zu ändern und dem Beginn eines Arbeitsbündnisses.

- Indem die Patienten sich bemühen, Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen und sich in der Gruppe zu engagieren, fällt es den Therapeuten leichter, sie zu respektieren und Verständnis für ihre Schwierigkeiten zu äußern. Das Klima wird somit therapeutisch, indem es den Kindern die Möglichkeit eröffnet, Phantasien, Gefühle, Wünsche und Impulse mitzuteilen. Die Gruppenversammlung ist ein hervorragender Indikator für die augenblickliche Beschaffenheit des therapeutischen Milieus. Dieses ist immer wieder gefährdet und hat die Tendenz, sich in einem verhängnisvollen Kreislauf aufzuschaukeln durch Ausagieren von Enttäuschungsreaktionen, und zwar von beiden Seiten.
- Von großer Wichtigkeit ist hier die stützende „Hilfs-Ich-Funktion“ der Bezugsperson. Sie stabilisiert den Patienten und bewahrt ihn davor, sich durch hemmungsloses Agieren von Spannungen in selbstschädigender Weise in immer größere Schwierigkeiten zu manövrieren. Wenn es so dem Kind gelingt, es trotz erheblicher Belastungen in der Gruppe auszuhalten, wirkt dies sehr ermutigend für weitere Schritte. Anregung und Ermutigung mit dem Ergebnis einer Ich-Stärkung erfahren die Kinder auch durch teilnehmende Beobachtung und Identifikation mit anderen, in der Therapie fortgeschrittenen Kindern.
- Identitätsbildung und eine realistische Selbstwahrnehmung des Kindes werden in der Gruppe gefördert durch Spiegelung, durch Vergleich mit anderen und dadurch, daß es in der Gruppe seinen zwar begrenzten, jedoch eindeutigen Stellenwert erfährt. Die verständnisvolle und stützende Haltung machen es möglich, die Patienten auch ihre Schwächen und Schwierigkeiten wahrnehmen zu lassen, wodurch die narzißtische Abwehr in Form von Größenvorstellungen zunehmend entbehrlich wird.
- Der offene Austausch der Erwachsenen untereinander fördert bei den Kindern die Möglichkeit, ihre Bezugsperson als einen von ihnen getrennten Menschen mit spezifischen Eigenarten zu erleben. Wenn die Bezugsperson mit ihrem Erleben, ihren Bedürfnissen und Gefühlen Respekt und Verständnis findet, begünstigt dies die häufig nicht gelungene Abgrenzung zwischen Selbst und Objekt. Fortschritte gehen hier einher mit dem Nachlassen der Neigung der Kinder, ihre Bezugsperson wie einen Körperteil benutzen zu wollen.
- Durch die Anwesenheit aller Personen, die für das Kind auf der Station wichtig sind, können Spaltungen offen zutage treten. Dieser Abwehrmechanismus, bei dem die eine Person als vollkommen gut, die andere als durch und durch schlecht erlebt wird, ist für das therapeutische Team eine erhebliche Belastung und hält den Patienten in seinen narzißtischen Fixierungen gefangen. Wenn solche Spaltungen in der Gruppe erkannt werden und die Bezugspersonen entsprechende

Beispiele aus dem Gruppenalltag einbringen, besteht die Chance, durch Hinweis auf die jeweils ausgeblendete Seite eine allmähliche Integration der aufgespaltenen Teilobjekte im Sinne der Objektkonstanz zu fördern.

- Gute Möglichkeiten bietet die Gruppenversammlung auch im Umgang mit dem ebenfalls häufigen Abwehrmechanismus der Projektion von Selbstanteilen. Werden z. B. überaus strenge Über-Ich-Anteile projiziert, so führt dies dazu, daß beispielsweise Normen und Regeln in den Erwachsenen erbittert bekämpft werden. In der Gruppenversammlung ist es häufig zuerst die Kindergruppe, die Verantwortung gegenüber Normen und Regeln übernimmt, bevor sie der betreffende Patient für sich akzeptieren kann. Überschreitungen haben Folgen, meist in Form einer Einschränkung, die der begrenzten Selbstkontrolle des Patienten Rechnung trägt. Wir fördern bei den Patienten die Klarheit darüber, sich entscheiden zu müssen zwischen den Vorteilen aus einem Verzicht auf solche Regelverstöße und den entsprechenden zuverlässig erfolgenden Konsequenzen.
- Dadurch, daß die Kinder in der Regel die pathogene Familiendynamik in der Gruppenversammlung erneut inszenieren, gewinnen wir wichtige Hinweise für die Familientherapie. Wenn es den Eltern mit unserer Hilfe nicht gelingt, Einsichten zu gewinnen und ihre Verhaltensweisen zu ändern, kommt es in aller Regel entweder zu einer Stagnation in der Behandlung des Kindes oder zu einem Therapieabbruch durch die Eltern.
- In der Gruppenversammlung wird die Zweierbeziehung zwischen dem Patienten und seiner Bezugsperson erweitert zu einer triangulären Beziehung mit dem Gruppenleiter, dem eine eher väterliche Funktion zukommt. Er kann dabei behilflich sein, eine optimale Distanz in der Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson zu finden. Sein verständnisvoller Umgang mit der Bezugsperson kann dazu beitragen, auf sie gerichtete Impulse archaischen Hasses zu neutralisieren.
- Auch dazu ein Beispiel: Dipl.-Psychologe Tilch (Gruppenleiter auf der Jugendstation) berichtete uns, daß eine Bezugsperson in der Gruppe mitteilte, daß „ihre Jugendliche“ ihr am Vortag wütend entgegenschleuderte: „Von mir aus kannst Du verrecken.“ Als sich der Gruppenleiter interessiert die näheren Umstände erklären ließ, meinte die Jugendliche: „Was geht denn das Sie an.“ Der Gruppenleiter bestätigte sein fürsorgliches Interesse an der Bezugsperson mit der Folge, daß die Jugendliche ihre Wut auch auf ihn ausdehnte: „Sie fand ich schon immer blöd.“ Am Nachmittag konnte Claudia im Sinne der Wiedergutmachung an der Mutter erneut auf ihre Bezugsperson zugehen. Die Interventionen des Gruppenleiters fördern eine gegebenenfalls notwendige bessere Abgrenzung und die Etablierung der Generationenschanke, helfen dem Kind also auch, seine ödipalen Ansprüche aufzugeben. Er bietet somit einen gewissen Schutz vor bedrohlichen

Verwicklungen und Stagnation in der therapeutischen Zweierbeziehung, eine ähnliche Funktion, wie sie der Vater in der Familie übernehmen kann.

- Die Gruppenversammlung ist ein hervorragendes Instrument zur Psychohygiene des therapeutischen Milieus. Die Kinder leben in der Klinik während der etwa einjährigen Behandlungszeit vorwiegend in der Gruppe. Sie sind dort untereinander häufig hilflos ihren intensiven Gefühlen von Neid, Eifersucht, Rachgier oder Enttäuschungswut ausgesetzt. Indem die Bezugsperson ihre Beobachtungen aus dem Alltag in die Gruppe einbringt, bieten sich Möglichkeiten zu einer Bearbeitung und Konfliktlösung. Die Kinder haben in reichem Maße Gelegenheit zur Identifikation mit der von Verständnis, Respekt und Abgrenzung gekennzeichneten Haltung der Therapeuten.
- Den Bezugspersonen wiederum gibt die Gruppenversammlung Gelegenheit, sich mit der Haltung des analytischen Psychotherapeuten zu identifizieren. Sie beobachten ihn bei seinen Interventionen und haben die Möglichkeit, am Beispiel zu lernen: Die Konfrontation mit unangemessenem, aber ich-syntonem Verhalten, den Aufbau eines Arbeitsbündnisses, das Feststellen von Widerständen und Deutung ihrer Motive, das Erkennen von Abwehrmechanismen oder die Klärung unbewußter Motive. So werden die Kinder in die Lage versetzt, traumatische Situationen schmerzlich wiedererleben zu können, um schließlich das Realitätsprinzip anzuerkennen.
- Dem analytischen Psychotherapeuten schließlich gibt die Gruppenversammlung Gelegenheit, anhand seiner Beobachtungen und seiner Gegenübertragungsgefühle die Hypothesen zur Psychodynamik der einzelnen Patienten zu überprüfen und sich mit den Bezugspersonen auszutauschen. Er gewinnt aus seinen Beobachtungen in der Gruppe wichtige Erkenntnisse über deren emotionale Einstellung, die er bei seiner Supervisionstätigkeit in bezug auf die Zweierbeziehung zwischen Patient und Bezugsperson nutzbringend anwenden kann.

6. Diskussion

Nach unseren Kenntnissen gelingt es in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der Regel nicht, regelmäßig in verbalen Psychotherapiegruppen zu arbeiten. Vielmehr werden themenzentrierte Arbeitsgruppen zusammengestellt oder zeitweise Gruppen von Patienten mit einem höheren Niveau der Ich-Struktur, bei denen ein Leiter und ein Co-Therapeut fungieren. Die beschriebene Gruppenversammlung ist eine Möglichkeit, mit allen gleichzeitig anwesenden Patienten auch von niedrigem Strukturniveau in einer verbalen Gruppe effektiv zu arbeiten. Gerade die psychoanalytische Psychotherapie, die sich der Sprache bedient, ist dabei eine wirkungsvolle Heilbehandlung. Dazu möchten wir G. und R. Blanck zitieren: „Bei der psychoanalytischen Psychotherapie ... werden dauerhafte Resultate dadurch gewährleistet, daß dem Ich dazu verholfen wird, sich durch Aussprache statt

durch Ausagieren zu festigen. Die Aussprache ist ein Komplex von Ich-Funktionen, wozu sehr wichtige gehören, etwa Symbolisierung, Aufschub, die Einschaltung des Denkens vor dem Handeln und die Objektbeziehungen. Da das Ich ermutigt wird, sich zu betätigen, funktioniert es besser und die Strukturierung schreitet fort“ (Blanck, 1951, 203). Die Gruppenversammlung mit acht in der Regel frühgestörten, d.h. eigentlich gruppenunfähigen Kindern funktioniert nur deshalb, weil die fünf Bezugspersonen immer da, wo es nötig ist, „Hilfs-Ich-Funktionen“ übernehmen. Dies darf jedoch nicht statisch sein, da sonst der Neigung der Patienten Selbstanteile zu projizieren entsprochen würde. Vielmehr gelingt es in der beschriebenen Arbeitsweise den Patienten tatsächlich, durch ein Wachstum der Ich-Struktur sowohl Triebwünsche wie Über-Ich-Forderungen zu integrieren. Aus systemischer Sicht bilden Patienten und Klinikpersonal ein System, welches sich durch die Eigenschaften der Patienten und der Mitarbeiter auf einem bestimmten Niveau einpendelt. Analog zur Familientherapie werden in der Gruppenversammlung Verstrickung durch mangelnde Abgrenzung ebenso bearbeitet wie Diffusionen von Generationengrenzen oder mangelndes Konfliktlösungspotential durch Vermeidungstendenzen oder Aufrechterhalten von Rollenzuschreibungen. In den Gruppenversammlungen geht es wie beschrieben vorwiegend um das Ringen um Autonomie der Bezugspersonen mit Hilfe des Gruppenleiters, in dessen Folge auch die Patienten Autonomie erlangen können. Der Loyalitätskonflikt der Patienten, die zwischen den Bezugspersonen aus der Klinik und den Eltern stehen, ist nur dann fruchtbar zu lösen, wenn er Gegenstand der Familientherapie wird. Unsere Erfahrungen darüber sollen an anderer Stelle berichtet werden.

Summary

Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting

The present article describes an approach where the analyst delegates certain aspects of his therapeutic competence to specific contact persons among the nursing and the teaching staff. Under such conditions the daily group meeting under the guidance of the psychotherapist including all the patients and the entire personnel turns out to be a specific therapeutic instrument. Setting, technique, and experience from five years of practice are described and discussed in detail.

Literatur

- Blanck, G. u. R. (1951): Angewandte Ich-Psychologie Stuttgart: Klett. – Haar, R. (1983): Die Beobachtung von Beziehungsformen in der analytischen Kinderpsychotherapie. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 32, 174–181. – Kögler, M. (1982): Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 31, 41–47. – v. Krevelen, D. (1967): Klinische 24-Stundentherapie bei neurotischen

Kindern und Jugendlichen. In: *Acta pädopsychiatrica* 34, 251–273. – *Lempp, R.* (1983): Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 161–166. – *Mahler, M.* (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: S. Fischer. – *Pittner, W., Kögler, M.* (1981): Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens. In: *Hilpert, H.* u.a. (Hrsg.): Psychotherapie in der

Klinik. Berlin: Springer. – *Ployé, P.M.* (1981): Über einige Schwierigkeiten bei der psychoanalytisch orientierten Einzeltherapie von Klinikpatienten. In: *Hilpert, H.* u.a. (Hrsg.): Psychotherapie in der Klinik. Berlin: Springer.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. M. Kögler, Landesklinik Nord-schwarzwald, 7260 Calw-Hirsau.