

Müller-Küppers, Manfred

Der Kinderpsychiater als Vater - Der Vater als Kinderpsychiater

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 8, S. 309-315

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31359

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 präödiptalen 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>Dühßler, 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 adolescenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preoedipal 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>Panagiotoopoulos, 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 an tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	Thea Schönfelder zum 60. Geburtstag	70
<i>Schemus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	Manfred Müller-Küppers 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	Curt Weinschenk 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: Marianne Frostig	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	Rudolf Adam 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>Zschiesche, 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
		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<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>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<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>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
<i>Schniedermeier, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
		<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Tagungsberichte		<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<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
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<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>Vofß, 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	

Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater*

Von Manfred Müller-Küppers

Zusammenfassung

Auch der Psychiater unterliegt im Verlaufe seiner beruflichen Entwicklung dem vielfältigen Einfluß von Leitbildern. Dieser Prozeß ist von Nervenärzten autobiographisch früh beschrieben worden. Der Kinder- und Jugendpsychiater ist in besonderer Weise Objekt von Rollenzuweisungen: seine kleinen und großen Patienten und deren Eltern, aber auch die eigenen Kinder, sehen in ihm – unter verschiedenem Blickwinkel – den Vater. Der Versuch, diese Ausgangslage und ihre Entwicklung zu beschreiben, beinhaltet eine subjektive Bewertung in Analogie zur Darstellung der eigenen kinderpsychiatrischen Identität.

Ursprünglich hatte ich mir dieses Thema nicht gewählt; es war mir für einen Vortrag angeboten worden. Nach einigem Zögern habe ich angenommen, auch, weil ich mich herausgefordert fühlte. Es war kurz vor dem Tag, der mich ins 7. Lebensjahrzehnt beförderte, in eine Zeit also, in der Weisheit angesiedelt sein soll. Ich stellte mir vor, daß ich etwas von den Erfahrungen mitteilen könnte, die mir selbst zugewachsen, die eng mit meinem persönlichen Leben verbunden sind. Ich muß daher offen lassen, wieweit ich damit auch Allgemeingültiges zur Problematik des Kinder- und Jugendpsychiaters sagen kann.

Meine erste Begegnung mit der offiziellen Psychiatrie erfolgte in Greifswald. Während meiner vorklinischen Zeit wurde ich – wie viele Hörer anderer Fakultäten – von den brillanten psychopathologischen Beschreibungen von Lebensschicksalen beeindruckt, die *Hanns Schwarz* darstellte. Er gab damals auch eine erste Einführung in die Psychoanalyse und machte mich väterlich bei einem Testat darauf aufmerksam, daß in dem Wort Psychiatrie der Buchstabe *i* zweimal vorkomme. Später ermunterte er mich, in seine Klinik einzutreten, nachdem ich ihm meine psychologische Diplomarbeit „Über den Mescaline-Rausch“ zugeschickt hatte. Ich habe die Bedeutung dieses Briefes damals nicht erkannt, und mein Leben nahm dadurch einen anderen Verlauf.

Meine Entscheidung, mich überhaupt der Psychiatrie zuzuwenden, geht auf diese Begegnung zurück. Ich aber wollte an die Klinik, die den Ruf der Psychiatrie in der Welt begründet hat: die Charité.

Die Famulatur 1948 wurde mein Einstieg. Der Eingang in diese Klinik war so, wie ihn *Fallada*, der später als Patient im Rahmen einer Krankendemonstration von mir in diesem Hörsaal erlebt wurde, beschrieben hat.

Pongratz hat sehr lesenswerte Selbstdarstellungen von Psychiatern und Psychologen gegeben. Hier finde ich auch die Lebensbeschreibung von *Walter von Baeyer*, der sich nicht nur als Doktorand, sondern auch als Schüler von *August Homburger* versteht. Nach *August Homburger*, einem der Gründungsväter unseres Faches, habe ich die Heidelberger Klinik nennen lassen. So fühle ich mich auch ein wenig gerechtfertigt, meinen eigenen psychiatrischen Spuren nachzugehen, die in dieser Klinik beginnen.

* Nach einem Vortrag gehalten am 8. Mai 1985 während der XIX. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie in Mannheim.

Meine erste Begegnung mit der Charité war ein Besuch bei meinem Vater, der hier im Lazarett lag. Damals war für den Obersekundaner einer märkischen Kleinstadt alles beeindruckend: die vornehm-abweisenden Gebäude, die damals noch unzerstört waren, das eigene Straßensystem, die geschäftig hin und her eilenden Ärzte und Schwestern, vor allem aber das Schild „Aufgang für Studierende“, das den Hinweis auf die Hörsäle gab. Der Wunsch, hier einmal aufsteigen zu dürfen, ist möglicherweise hier gelegt worden.

Der klinische Studienabschnitt brachte mich dann an diesen Ort zurück zu den Vätern, die mich vor fast 40 Jahren nachhaltig beeindruckt haben: *Sauerbruch* und *Theodor Brugsch*, denen die Wiedereröffnung der Berliner Universität zu verdanken ist, waren wohl die eindrucksvollsten Vaterfiguren, die man sich als junger Student überhaupt vorstellen konnte. Wenn „der alte Brugsch“ von seinem Vater „Pascha-Brugsch“, dem berühmten Nestor der Ägyptologie, erzählte oder *Sauerbruch* den Tumor von *Ludendorff* durch die Reihen der Studenten weitergeben ließ, dann wurden damals Engramme gebildet, die sich bis heute nicht verloren haben.

In der Hals-Nasen-Ohren-Klinik beeindruckte mich die imposante Gestalt von *Carl van Eicken*. Er erzählte einmal beiläufig, daß er Hitler wegen eines Stimmbandpolypen ärztlich behandelt habe. Die Versuchung, einen „Tyrannenmord“ zu begehen, habe er von sich gewiesen: Ein Arzt ermorde nicht seinen Patienten, der sich in seine Behandlung begibt, auch wenn er Hitler heißt. Wir Studenten waren beeindruckt, daß er mit einem nichtakademischen Präparator publizierte, ein damals unerhörter Vorgang.

Die pädiatrischen Kollegs von *Karl Klinke* und *Herbert Brugsch*, die dermatologischen Demonstrationen von *Löhe*, blieben mir bis heute unvergessen. Die Namen lesen sich im Studienbuch wie eine Ahnengalerie, zu denen auch der alte *Stöckel* in der Ziegelstraße gehörte, für den es eine Frage des ärztlichen Ethos an seiner Klinik war, daß sich die Patientinnen von Studenten touchieren und im Hörsaal demonstrieren ließen. Von der Ziegelstraße ist es nicht weit zur Oranienburger Straße. Aus dem Hause Nr. 18 fällt ein großer Schlagschatten auf den damaligen Medizinstudenten: *Kurt Gottschaldt*, Jahrgang 1902, damals im besten Alter, der Tradition der Berliner Psychologenschule, deren Schüler er selbst war, verpflichtet, zog auch mich in seinen Bann. Hier waren es wieder die großen Vätergestalten der Psychologie von *Karl Stumpf* über *Werheimer*, *Köhler*, *Lewin* und seine Schule, die mich beeindruckten und mich zu einem zweiten Studium verführten.

Beeindruckt wurde ich aber auch durch einen Wissenschaftler, der im Psychologischen Institut eher still und unauffällig wirkte und mich mit einer Fragestellung bekannt machte, die zu meiner ersten wissenschaftlichen Publikation führte. Später einmal kamen wir in ein Gespräch, in dem er mir darstellte, wie sich für ihn ein Wochenende gestalte: Er werde zunächst eine Dissertation durcharbeiten, dann eine Rezension über ein Buch schreiben, das er in den letzten Tagen gelesen habe. Es

gelte noch, für einen bewährten Mitarbeiter ein Zeugnis zu schreiben, einen Vortrag vorzubereiten und sich auf das Kolleg am Montag einzustellen. Das alles aber nicht, ohne vorher auch noch die Abstracts zweier wissenschaftlicher Zeitschriften zu lesen, die Druckfahnen für einen eigenen Beitrag zu korrigieren und einen Brief an einen Fachkollegen zu schreiben. Heute lebe ich genauso wie *Hans Grimm* es damals beschrieben hat.

Meine Famulatur in der Nervenklinik ist die Erinnerung an einen Geruch: Diese unverwechselbare Mischung alter, urindurchränkter Holzdielen waren das olfaktorische Erkennungssignal der Psychiatrie vor der Phenothiazin-Ära. Meine erste Patientin war eine Medizinstudentin, die unbekleidet in einem unmobilierten Krankenzimmer auf der Erde hockte, weil sie sich die Kleider vom Leibe riß und das Mobilar zerstörte. Die geschlossene Frauenstation wurde von einer weißhaarigen Oberschwester geführt, die auf den altmodischen Namen *Hulda* hörte und die als junge Schwester – vor der Jahrhundertwende – das Richtfest dieser Klinik miterlebt hatte. Meine erste Hilfestellung für den Stationsarzt: „Lassen Sie sich von dem Ehemann die Einwilligung für die Elektrokrampfbehandlung seiner Frau geben.“ Ich höre noch meine besorgte Stimme: „Ist diese Behandlung auch ohne Gefahren?“ „Aber natürlich, sonst würde sie doch nicht durchgeführt werden!“ Eine halbe Stunde später war die Frau – Mutter von zwei Kindern eines Potsdamer Tischlers – tot. Ein Schatten legte sich über uns alle. Auch meine Gefühle fanden an diesem Tag keinen Trost bei der Meditation eines Spruches, den ich auf der Rückseite der Büste gemeißelt hatte, die die Psychiatrie einem ihrer ganz Großen – *Wilhelm Griesinger* – gewidmet hat und die vor dieser Klinik steht: Die großen Gedanken kommen aus dem Herzen.

Ich darf noch die Namen von *Rudolf Thiele* und *Georg Destumis* nennen; wir befinden uns in der Vor-Leonhardischen Ära. Beide hatten sich u. a. mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Jeder war auf seine Weise eindringlich: Still und nachdenklich und belesen und fast ein Polihistor der eine, der seine Verdienste um *Jean Paul* höher einschätzte als – immer seinen eigenen Worten folgend – seine psychiatrischen Studien. Ein mediterraner Mensch der andere: extravertiert, gestenreich, mit einer Neigung zur Vereinfachung, didaktisch geschickt, beeinflusst haben sie mich beide.

Meine erste Begegnung mit der offiziellen Kinderpsychiatrie, d. h. mit ihren Vätern und deren Aura, war der Innsbrucker Kongreß 1961. Unsere Gesellschaft hieß noch Vereinigung, und es war die erste Tagung im Ausland. Die zweite Tagung in Österreich sollte ich dann selbst 1978 ausrichten dürfen. Der Innsbrucker Kongreß stand unter einem Unstern: ein Unwetter war mitten im Frühsommer in den Talkessel auf Innsbruck niedergegangen, und auf den Straßen lagen junge grüne Blätter. Die Glaser hatten Hochkonjunktur, die Fenster zu reparieren, und die Stadt machte einen Eindruck, wie nach einem Bombenangriff.

Der Neuankommling las im Karwendel-Boten, daß die Leiche eines ca. 70jährigen Mannes von zwei spielenden

Kindern in einer Felsspalte auf dem Hafelekar gefunden worden sei, die man bisher nicht habe identifizieren können. Eine makabre Szenerie. Am nächsten Tage stellte sich heraus, daß unser Vorsitzender – *Werner Villinger* –, der den Kongreß ausgerichtet hatte und sich mit ihm offiziell aus seinem Amt verabschieden wollte, als der Tote identifiziert werden konnte. Er war zu dem damaligen Zeitpunkt für einen jungen Elève unseres Fachgebietes – wie *Stutte* gesagt haben würde – eine fast legendäre Vaterfigur: der erste Inhaber eines Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg und damit fast ein Übervater. Ein Lehrstuhl, das war ein mythologisches Möbel, das je einmal zu besitzen, ich mir damals fast nicht einzugestehen wagte. Er war ein Mann, der in der Diskussion um die Ausrichtung der Erziehungsberatungsstellen in den 50er Jahren als engagierter Gegner der Psychoanalyse aufgetreten war. Für einen analytisch ausgebildeten Kinderpsychiater Grund genug, die ganze Ambivalenz auszulösen, derer ein Sohn fähig ist.

Und dann standen sie alle zusammen mit ernstem Gesichtern und betroffen, die ich meinerseits als Väter erlebte: der schon weißhaarige *Stutte*, von *Stockert*, *Bennholdt-Thomsen*, der alte und der junge *Spiel*, *Asperger*, der Senior der österreichischen und *Tramer*, der Vater der schweizer Kinderpsychiatrie. Da durchschloß mich ein Gedanke: das sind ja alles alte Männer, und wir sind doch Kinderpsychiater! Wie kann es angehen, daß sie sich noch für diese Aufgabe verantwortlich fühlen können? Muß ein Kinderpsychiater nicht jung wie die Kinder und dynamisch wie die Jugendlichen sein? Sind nicht wir – d.h. die neue Generation – aufgerufen, der jungen Disziplin Impulse und Konturen zu geben?

Die Vater-Sohn-Thematik in unserem Fach ist mir nie wieder so deutlich geworden wie bei dieser Totenklage. Eine weitere brennende Frage schloß sich an: Können die denn überhaupt noch mit Kindern umgehen und muß man sie nicht nachsichtig behandeln, wie die Großväter in der Sprechstunde? Diese aufrührerischen Reflexionen fielen biographisch in eine wichtige eigene Entwicklung: ich hatte gerade den eigenen Vater verloren, war selbst Vater geworden und hatte in einer neuen Umgebung Fuß gefaßt, in der ich die Kinderpsychiatrie zum Mittelpunkt meiner Welt machen wollte.

Dabei war ich kinderpsychiatrisch quasi vaterlos aufgewachsen, fühlte mich allenfalls analytischen Müttern gegenüber verpflichtet und hatte mich aus der Botmäßigkeit gegenüber Frau *von Staabs* befreit, die den Vornamen *Gerhild* trug. Anders: ich gehörte selbst zu der kleinen Gruppe Aufmüpfiger, die sich ihre kinderpsychiatrischen Bausteine aus der Sozial- und Entwicklungspsychologie, vor allem aber aus der Psychoanalyse und insbesondere der Kinderanalyse in einer Stadt geholt hatten, die ehemals Hauptstadt war und von der man in den 50er Jahren noch hoffte, daß alle wesentlichen Entscheidungen hier fallen würden.

Heute – eine Generation später – hat sich auch mein Weltbild entwickelt: ich bin selbst – zumindest biologisch – ein kinderpsychiatrischer Großvater geworden und habe Schwierigkeiten, mich in diese Rolle hineinzufin-

den. Aber gerade das Hineinfinden in eine neue Rolle war immer schon mein Problem: im Kindergarten hatte ich mit großen Augen die Kinder beneidet, die in die Schule gehen durften. Als Schüler erschienen mir die Gymnasiasten unerreichbar und als Sextaner waren die Abiturienten Halbgötter. So ging es weiter beim Militär, auf der Universität und später in der Hierarchie der Klinik. Wann immer ich die nächste erreicht hatte, stellte sich das Gefühl gerade nicht ein, das ich erhofft hatte: nämlich so vollkommen und gereift zu sein, wie mir meine jeweiligen Vorbilder erschienen waren. Gelgentliche vorsichtige Befragungen meiner Umgebung überzeugten mich, daß ich dieses Gefühl nicht ganz isoliert durchlebte. Ich habe dafür auch in der Sozialpsychologie keine treffendere Beschreibung gefunden als den Hinweis auf allgemeine Rollenzuweisungen. Gleichwohl verläßt es mich auch heute nicht, wenn ich über den Kinderpsychiater als Vater vor Ihnen sinniere. Ist es vielleicht die Einsicht, daß die Geschöpflichkeit auch dann bleibt, wenn man alle Stufen erreicht, d.h. durchlebt hat? Sogar dann noch, wenn man die anderen überlebt haben würde? Hat es vielleicht etwas zu tun mit unserem christlichen Weltbild, in dem ein göttlicher Vater mit einem Kind diesen ewigen Kreislauf in einem Numinosium zusammenhält? Oder ist es ein Relikt aus der vorgeburtlichen Zeit, das mir – ähnlich wie die embryonale Schlafstellung – geblieben ist und mir durch das Kollektive Unbewußte der *Jung*schen Psychologie am ehesten zugänglich wird? Gleichviel: dieses Gefühl verließ mich – oder darf ich sagen uns – auch dann nicht, als wir Väter wurden.

Es gibt in der Medizin wohl wenige Fächer – und in der lebendigen Vielfalt der Berufe – wohl kaum eine Aufgabenstellung, in der diese Verbindung von eigener innerer Befindlichkeit und der Zuweisung in eine Rolle so bedeutsam ist, wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der ständige Umgang mit Kindern fordert die Vaterrolle geradezu heraus. Andererseits ist ohne ein Stück Kindlichkeit – ich bin auch bereit, hierfür den lateinischen Terminus *Infantilität* einzubringen – eine kinderpsychiatrische Identität – oder sollte ich leise hinzufügen keine gute – nicht möglich.

Als ich damals auf einer der hinteren Reihen des Innsbrucker Hörsaals saß, in dem sich die Kinderpsychiater versammelt hatten, und auf die mir altväterlich wirkenden Männer blickte, die in einer Totenklage des Übervaters gedachten, da hatte ich weder die Lebenserfahrung noch die Phantasie, mir vorstellen zu können, daß diese biologisch alten Kinderpsychiater auf ihre Weise jung geblieben waren. Inzwischen selbst „in den Jahren“ und gleichzeitig in den Seelen grau geworden, weiß ich es besser: man fühlt sich dem Fach und dem Kind und der Welt unverändert auf eine besondere Weise nah, die ich väterlich nennen möchte, wiewohl mir dieses Wort immer noch leichter aus der Feder fließt als über die Lippen kommt.

Die Rolle des Arztes als Vater – ein Thema, das sich insbesondere auch für den Pädiater stellt – ist meines Wissens bisher nicht – in welcher äußeren Form auch im-

mer – vorgetragen worden. Ich habe den berühmten, immer wieder aufgelegten schmalen Band von *Adalbert Czerny* „Der Arzt als Erzieher“ daraufhin noch einmal zur Hand genommen. Gefehlt: der Arzt um die Jahrhundertwende und bis zur letzten Auflage vor etwa 60 Jahren sah sich ausschließlich in der Rolle des Erziehers zu einer gesunden Lebensführung. Die Rolle des Vaters wird zu keinem Zeitpunkt auch nur angedeutet. Auch der Kinderpsychiatrie hat die Mutter und ihre Bedeutung für die Entwicklung eines Kindes immer näher gelegen.

Versuchen wir gemeinsam hier ein paar Schneisen zu schlagen: Die Mehrzahl der Kinder wird dem Kinderpsychiater u. a. wegen Verhaltens- und Befindensstörungen vorgestellt. Die Neigung der Eltern, dem Arzt dann auch den erzieherischen Part zuzuschieben, ist evident. Die bis heute ohnehin schwache erzieherische Position des Vaters in der Gesellschaft macht den Kinderpsychiater daher zum natürlichen Partner der Mutter, die sich ohnehin mit den Kindern alleingelassen fühlt. Erste Schwierigkeit: nicht wenige unserer jungen Kollegen haben zu diesem Zeitpunkt Probleme mit ihrer Vaterrolle. Ihr eigener Vaterprotest liegt noch nicht weit zurück, sie haben sich gerade auf einen neuen kinderpsychiatrischen Vater eingestellt und sind häufig unverheiratet. Biologische Vaterschaft ist nicht gefordert, hilft gleichwohl weiter, wird doch die Vaterrolle dem jungen Arzt mit der Approbation quasi übergestülpt. Hinter jeder Frage einer Mutter kann man heraushören: Was würden Sie mit Ihrem eigenen Sohn oder Ihrer eigenen Tochter tun?

Zu den Kompetenzen des Kinderpsychiaters gehört nicht nur die Erkennung und Behandlung fachspezifischer Erkrankungen, sondern man erwartet von ihm auch eine Antwort auf die Frage, wann eine 7jährige ins Bett gehen und wieviel Taschengeld ein 13jähriger Gymnasiast haben sollte. Wie lange sollte der Sohn mit der Mutter die Badewanne teilen, und wie lange sollte eine 16jährige abends am Wochenende in der Disko bleiben? Was man selbst durchlebt, ja durchlitten hat, läßt sich besser, ja überzeugender in eine Beratungssituation einbringen?

Für die Eltern beginnt es ja mit der Einsicht, daß sie Hilfe benötigen. Eine Sachlage, die sich in der Chirurgie bei einer Blinddarmentzündung – oder bei anderen somatischen Erkrankungen – nicht stellt. Eine Konsultation eines Kinderpsychiaters ist immer auch für Eltern eine narzißtische Kränkung, insbesondere wenn es um sozialpsychologische Probleme geht. Da hat ein Elternpaar das eigene Leben gemeistert: der Vater hat einen Beruf, den er leidlich ausfüllt, die Frau ist noch stundenweise tätig, und man will verantwortungsvoll eine Familie gründen. Man hat hart gearbeitet, gespart, sich geplagt und konnte auf dem Acker des Großvaters ein Haus bauen. Das langersehnte Kind wird in diese scheinbar optimale Situation hineingeboren, und plötzlich ist alles anders: z. B. geburtsbedingte Behinderung macht die Konsultation eines Kinderpsychiaters nötig, und plötzlich sitzen sie vor einem jungen Mann in Jeans, mit Bart und unkonventionellem Verhalten. Für die gleichaltrigen jungen Eltern unproblematischer als für eine Konstellation,

die im Einzelfall auch einen Generationensprung bedeuten kann. Hier gilt es daher, um so behutsamer und vorsichtiger vorzugehen, denn hier können sich zusätzliche Empfindlichkeiten summieren, die nicht in einer offenen Auseinandersetzung, wohl aber in einer abgebrochenen Behandlung ihren Ausdruck finden können. Wir sollten derartige Inkompatibilitäten nicht geringschätzen und darüber reflektieren. Insgesamt kann man sicher sagen, daß die Entwicklung der letzten 15 Jahre eine Veränderung in dem Sinne gebracht hat, daß wir allseitig gelernt haben, aufeinander zuzugehen, und die größere Sensibilität für Probleme, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen, auch der Kinderpsychiatrie zu einem besseren Selbstverständnis verholfen hat.

Aus der Sicht des Kindes wird der Arzt in seiner Vaterrolle vergleichsweise leicht und problemlos angenommen. Besonders Jugendliche haben hier selten Schwierigkeiten. Im Gegenteil: der Kinderpsychiater wird vornehmlich als der bessere Vater entdeckt und konkurrierend gegen den eigenen Vater ausgetauscht. Diese Konstellation ist ungefährlich, solange man um diese Gefährdungen weiß. Es gilt daher, sich nicht in seiner Vaterrolle zu sonnen. Es gilt nicht, das Kind auf Kosten des Vaters symptomfrei zu machen, und es gilt nicht, die Aussöhnung mit dem Vater aus dem Auge zu verlieren. Es gilt, ein Stück Solidarität der Väter, wenn nötig herzustellen, Lösungen aufzuzeigen und sich dabei auch in dem Sinne einzubringen, daß man eigene Erfahrungen oder Fremdschilderungen beispielhaft nahebringt. Das alles will gelernt sein, kann aber gelernt werden. Das ist nicht eine Frage des Alters oder der Generation, sondern der Fähigkeit, kinderpsychiatrisches Fachwissen mit elterlicher Überzeugungskraft an den Mann, an die Frau, an das Kind, d. h. in die Familie zu bringen. So gesehen ist kinderpsychiatrische Arbeit auch immer eine Arbeit an uns selbst, und dessen sollten wir uns immer wieder einmal bewußt werden.

Weiterhin: das Kind erlebt auch – vielleicht erstmalig und quasi öffentlich – die Rat und Hilflosigkeit der eigenen Eltern! Da ist einer, der die Eltern korrigiert, ihnen Verhaltensweisen abverlangt, die sich nicht mit ihm decken, was noch gestern abend aus der Strafpredigt herausgehört werden konnte.

Die Erwartung, daß der Arzt fast alles kann, ist ein weitverbreitetes Vorurteil. Dabei wird von uns Kinderpsychiatern noch mehr als von anderen Ärzten erwartet: unsere großen und kleinen Patienten sollen Erfolg in der Schule und Kontakt mit ihren Freunden haben. Sie sollen sich nicht mehr die Haare ausreißen und/oder vernünftig essen und nicht alles wieder erbrechen. Der Kinderpsychiater soll die Zahl der Diktatfehler auf Null bringen und bewirken, daß die geistig behinderte Tochter sterilisiert oder der 15jährige sofort zu trinken aufhört.

Die Sorge, die Eltern und Kinder in die Sprechstunde führt, ist so groß, daß nicht selten Vorurteile und Klischees übersprungen, Warnungen von Bekannten und Freunden in den Wind geschlagen und die Entscheidung vor der eigenen Großfamilie geheimgehalten wird. Die Sorge gilt ja häufig nicht einer Unpäßlichkeit, einer aku-

ten Schwäche, wohl aber einem Mißverhältnis zwischen Erwartung und Wirklichkeit im Hinblick auf das eigene Kind. Schulisches Leistungsversagen, eine dissoziale Entwicklung, eine Neigung zur Unaufrichtigkeit kränken und ängstigen die Kinder mehr als das, was sie eine „richtige Krankheit“ nennen. So werden wir von den Eltern wie von den Kindern gleichermaßen gesucht als Ärzte, die freundlich und gütig, fest und entschieden, kenntnisreich und besonnen, sensibel und stark sind. Diese Aufreihung von schmückenden Beiworten darf aber auch unter unserem Stichwort väterlich subsumiert werden.

Der Kinder- und Jugendpsychiater als Leitbild – z. B. als Chef einer Klinik – d. h. als kinderpsychiatrischer Vater für die Mitarbeiter der sozialen Hierarchie ist ein weiterer Aspekt. Die Vaterrolle widerspiegelt sich vielfältig in der Sprechstunde, im Hörsaal, vor Gericht, in der Gruppe, als Autor, aber auch als Hausvater und jemand, der die letzte Verantwortung trägt, ermuntert, Grenzen setzt, lobt, Realitäten aufweist, verbietet, belehrt usw.

Der Eintritt in eine bereits bestehende Gruppe, die sich als kinderpsychiatrische Familie erlebt, kommt einer Adoption gleich, die wiederum nicht von dem *pater familias* allein entschieden wird. Dann gibt es – wie auch sonst in der Familie – Wachstum und Rückschläge, Krisen und Zeiten guter Zusammenarbeit. Geschwisterrivalitäten und offene und versteckte Auseinandersetzungen. Da gibt es – wie in der richtigen Familie – Geburtstage und Umzugstage. Da werden Kinder geboren und Manuskripte abgeschlossen, Streitgespräche geführt und sich über den Chef mokiert. Aber es wird auch Solidarität geübt, sich an vergangene Zeiten erinnert und so insgesamt ein Klima erzeugt, daß diesen spezifischen Stallgeruch ausmacht, der sich dann – auch noch Jahre später – als Erkennungszeichen kundtut. Ein untrügliches Zeichen für ein allgemeines gutes Gedeihen sind weitergezahlte Geschichten, die den Chef nicht ausschließen.

Lassen Sie mich nun die These vom Kinderpsychiater als Vater umkehren: Jeder Mensch ist Schnittpunkt mehrerer sozialer Rollen. Diese Aussage ist trivial, gleichwohl im Zusammenhang mit unserer Betrachtung unvermeidlich. Ich war zu dem Ergebnis gekommen, daß die Tätigkeit als Arzt Väterlichkeit einschließen sollte. Ob Vaterschaft weniger konsequenzenreich ist – wie zunächst äußerlich erkennbar – als Mutterschaft, zu dieser Frage haben wir auf diesem Kongreß versucht, Antworten zu geben.

Auch hier meine persönliche Confessio: Meine eigene biologische Vaterschaft fiel zusammen mit dem Ende meiner Fachausbildung: ich hatte Wissen angesammelt, war erfahren geworden und mich über Jahre mit der pränatalen Entwicklung meiner Patienten auseinandergesetzt. Es war die Zeit, in der die These von *Göllnitz*, daß 98% unserer Patienten an den Folgen einer cerebralen organischen Schädigung litten, von ihm akutes bzw. chronisches organisches psychisches Achsensyndrom genannt, *Furore* machte. Eigene Untersuchungen hatten diese Angaben relativiert, und gerade deswegen wurde die Suche nach möglichen Schädigungen mit großer Sorgfalt immer wieder neu überprüft. Plötzlich aber galt

es nicht irgendeine, sondern die Schwangerschaft der eigenen Frau zu erleben, zu begleiten, zu beurteilen, ja zu durchleiden. Die morphologischen, hormonellen, stoffwechselchemischen, neuro- und psychobiologischen Zusammenhänge machten mich plötzlich zu einem vulnerablen und irritierbaren Vater, der nicht mehr kühl und sachlich, sondern durchaus hypersensibel und paranoisch diese Monate durchlebte. Immer wieder wurden wir von einer neuen Möglichkeit erfaßt, wie und ob und wann ein toxischer, alimentärer, traumatischer, teratogener oder genetischer Faktor uns zum Schaden gereichen könne. Da nützte es wenig zu konstatieren, daß seltene Dinge selten passierten, daß 96% aller Schwangerschaften und Geburten ungestört verliefen usw. Jetzt galt es nicht mehr, irgendeine Gravidität zu beurteilen, sondern die erste in der eigenen Familie. Wir haben diese Situation intensiver und stärker erlebt als bei den nachgeborenen Kindern, und wir fühlten etwas von der Solidarität mit Eltern behinderter Kinder. Ich selbst bemerkte, daß ich in der Art der Frage, in der Form der Beratung, in der Bemühung um Schonung und Klarheit und Sicherheit Worte wählte und Töne anschlug, die ich selbst gern gehört hätte, weil sie mir eine Hilfe gewesen wären.

In diese Zeit fielen dann Informationen, die sich überzufällig häuften und mir einen neuen Aspekt des eigenen Faches gaben: die Zahl der Kollegen, die über ein eigenes behindertes Kind zur Kinder- und Jugendpsychiatrie gestoßen waren, erwies sich als viel größer als mir dies vorher bewußt war. Plötzlich wurden persönliche Entscheidungen, ungewöhnliche Diskussionsbemerkungen und Haltungen von Kollegen verständlicher, denn dahinter stand eigenes leidvolles Leben und Erleben. Meine eigene Reaktion auf diese vielfältigen neuen Aspekte von Kennerschaft und Vaterschaft habe ich damals in folgender Weise zu beeinflussen versucht: ich wendete mich den um Rat suchenden Ärzten und ihren Familien in dem bewußten Bemühen zu, auf diese Weise vielleicht zu der körperlichen Unversehrtheit des eigenen zu erwartenden Kindes etwas beitragen zu können. Diese Variante mag ein Beispiel für die „magische Welt“ sein, in der auch Kinderpsychiater leben. Ansonsten stellt es eine kinderpsychiatrische Variante ärztlichen Handelns dar, das auf die Formel gebracht werden kann: selbst betroffen, reagieren Ärzte als Patienten nicht anders als andere Menschen. Nicht selten sind Ärzte sogar weniger bereit, Geduld und Demut aufzubringen.

Will sagen: auch der Kinderpsychiater ist fehlbar, anfällig und verletzbar. Schlimmer: sein Wissen und sein Vorsprung sind ihm nicht nur keine Hilfe, sondern häufig sogar eine Belastung. Das Fatale der Situation besteht darin, daß wir es uns ungern eingestehen, aber von unserer Umgebung wohl doch auch danach eingeschätzt werden, wie uns unsere eigenen Kinder geraten. Sind wir nicht ausdrücklich angetreten, um die Variante von des Pfarrers und des Lehrers Kinder, die selten oder nie gedeihen, ad absurdum zu führen. Sind nicht unsere Kinder stigmatisiert, weil Fehlentwicklungen – heißen sie nun Schulversagen oder Verwahrlosung, Hyperaktivität oder Neurotizismus – Symptome sind, die wir behandeln? Als

Kinder- und Jugendpsychiater bin ich für die seelische Gesundheit meiner eigenen Kinder ein Stück weit verantwortlich. Aber auch wir sind eingebunden in die uralte Weise von der Einwirkung von Umwelt und Anlage. Ich persönlich halte dafür, daß Psychiater im allgemeinen und Kinderpsychiater im besonderen wohl zu einer Gruppe von Menschen gehören, die von ihren genetischen Anlagen her als nicht eben gerade durchschnittlich angesehen werden können. Im Kolleg illustriere ich die Verbreitung der Schizophrenie mit dem Hinweis, daß bei einer Häufigkeit von 0,9% es jedem Studenten gelingen müsse, in der eigenen Familie eine manifeste Erkrankung nachzuweisen.

Darin liegt wohl doch die spezifische Qual des Kinderpsychiaters, daß er um die Bedeutung der gesunden Erbanlagen, der ungestörten Schwangerschaft, der Gefährdung durch die Geburt, der allgemeinen peristatischen Umwelteinflüsse der ersten Lebensjahre, aber auch um die vielfältigen somatischen Störungsmöglichkeiten und um seinen eigenen positiven und negativen Einfluß durch sein Vorbildverhalten in einem Maße weiß, daß es schon ein gesundes Maß an Selbstvertrauen benötigt, um selbst Kinder zu haben, sie zu erziehen, sie in die Schule, die Arbeitswelt, auf die Universität zu schicken.

Das Thema könnte ja eigentlich auch heißen: Das Kind oder die Kinder des Kinderpsychiaters! Die Gefährdung liegt gerade in der Intensität, mit der richtig erkannte Prinzipien gelebt und an den eigenen Kindern mit Überzeugung praktiziert werden. Da liegen sie vor einem, die schmückenden Beiworte, mit denen wir Erziehungsverhalten beschreiben: antriebsfreundlich, permissiv, kustodial, protektiv usw., aber auch Erziehung zur Disziplin? Zur Demut? Zur Stärkung des Willens?

Und nun sind wir beim Kern: tun wir eigentlich selbst, was wir unseren Patienten und insbesondere den Vätern unserer Kinder und Jugendlichen empfehlen? Haben wir nicht selbst zu wenig Zeit und immer wieder neue Gründe, abwesend oder beschäftigt zu sein? Oder hätte man es als Patient besser als der eigene Sohn? Gilt für uns weniger als für andere Disziplinen, daß die eigene Familie vernachlässigt wird? Sind Vorwürfe in dieser Richtung nicht eher begründet als unbegründet? Machen nicht auch wir nur das, was uns eigentlich selbst Spaß macht? Können wir nicht sogar von unseren eigenen Kindern lernen, die in ihrer Direktheit ehrlicher und damit uns überlegen sind?

Und noch ein Letztes: gibt es Rückwirkungen unseres Berufes auf die eigenen Kinder? Auch hier kann ich wieder nur von mir selbst sprechen: für meine Kinder war meine berufliche Tätigkeit immer ein schwieriger Beruf. Ein Beruf, unter dem sie sich nichts Richtiges vorstellen konnten. Allenfalls, daß der Vater oft nicht präsent war, auch oft abends und sonn- und feiertags arbeitete. Ein Beruf, der nicht zur Identifikation oder Nachfolge ermunterte, und mit dem zu prahlen oder sich zu schmücken meine Kinder wenig Neigung zeigten. In der Grundschule kamen sie mit Kindern zusammen, die aus dem benachbarten Kinderheim eine kinderpsychiatrische Behandlung nötig hatten. Auch später konnte es für sie

nicht angenehm sein, Freunde oder Bekannte in der Sprechstunde ihres Vaters zu wissen. Vor allem aber hüteten sie sich, durch ihr Verhalten mit dem Beruf des Vaters in Verbindung gebracht zu werden.

Machen wir uns nichts vor: die Kinderpsychiater, sind stolz darauf, eine medizinische Disziplin repräsentieren zu dürfen, die sich zunehmend stärker der Anerkennung der Öffentlichkeit erfreuen kann und deren Selbstverständnis gegenüber früheren Jahren gewachsen ist. Aber unsere Patienten werden sich eher zurückhalten, sich nicht mit uns hervortun wollen. Ähnlich geht es wohl mit unseren Kindern: ein Stück reservatio gegenüber unserem Metier bleibt auch dann, wenn der eigene Vater sich dieser Aufgabe verschrieben hat. Mit dem brillanten Operateur, dem kongenialen Internisten oder mit anderen herausragenden Ärzten wird sich der Kinder- und Jugendpsychiater ohnehin nicht vergleichen oder messen können. Das sehen auch unsere Kinder nüchtern und sachlich.

Meine eigene Beurteilung geht dahin, daß ich selbst nicht alles so gut gemacht habe, wie ich es aufgrund meiner Einsicht hätte machen können und wie ich es mir selbst vorgenommen hatte. Ich habe meine Familie zu oft alleingelassen, ihr zu viel zugemutet und zu selten die Position eingenommen, die mir zugewiesen war. Das ging bis an die Grenze der Glaubwürdigkeit, denn, es ist ein Beruf, der im Sprechen geübt wird. Kam ich abends nach Hause, wurde ich still, wollte nichts mehr erzählen, nichts von Patienten hören oder die Probleme der Klinik oder der Fakultät darlegen. So ist mein eigenes Bild, das ich mir selbst als Vater meiner Kinder machen kann, nicht so freundlich, positiv und erfolgreich wie es wohl meine Patienten von mir erwarten würden.

In dieser Krise habe ich vor zehn Jahren mit meinen Söhnen zu segeln begonnen. Sie haben schneller gelernt als ich und übertrafen mich bald an natürlicher Sicherheit im Umgang mit Wind und Wellen. So fiel mir eine neue Rolle zu: ich war nicht mehr der Mann am Ruder, sondern an der Fock. Ich bestimmte nicht mehr die Richtung, wohl aber den Trimm und brachte zum ersten Mal mein Gewicht im wörtlichen Sinne ein. So wurde ich Vorschoter meines Sohnes, und wir kämpften achtbar auf Regatten. Seit dieser Zeit ist mein Vokabular in der Sprechstunde um eine maritime Note reicher und bildkräftiger geworden. Gemeinsam im gleichen Boot – einmal hinten an der Pinne als kinderpsychiatrischer Vater in der Klinik und einmal vorn an der Fock als väterlicher Kinderpsychiater in der Familie.

Summary

The Child Psychiatrist as a Father – the Father as a Child Psychiatrist

In the course of his professional training the psychiatrist, just like anyone else, is influenced by a great variety of ideas, a phenomenon described already by the earliest neurologists in their autobiographies.

The psychiatrist working with children and adolescents, in a very specific way, becomes the object for the assignation of a role: both his younger or older patients and their parents as well as his very own children regard him – each from a different angle – as their father. The attempt at describing this basic situation and its further de-

velopment is not free from a subjective evaluation in analogy with the description of the personal identity as a child psychiatrist.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. M. Müller-Küppers, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Blumenstr. 8, 6900 Heidelberg.