

Zech, Peter

Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 6, S. 218-222

urn:nbn:de:bsz-psydok-29250

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

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

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

Bericht aus dem Ausland

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

Tagungsberichte

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

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

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

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

Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie

Von Peter Zech

Zusammenfassung

Stationsgruppen sind – wie in der stationären Erwachsenen-therapie – auch in der stationären Kinderpsychotherapie eine zentrale Einrichtung geworden. So verbreitert diese Gruppen sind, so wenig detaillierte Veröffentlichungen gibt es hinsichtlich deren Struktur, obwohl es doch gerade die Strukturierung ist, mit deren Hilfe eine therapeutische Effizienz erreicht werden soll. Um hier eine Lücke zu füllen, werden als Schwerpunkt dieser Arbeit eigene verwirklichte Stationsgruppenkonzepte mit den entsprechenden Überlegungen vorgelegt.

I. Stationsgruppen und deren Themen

Stationsgruppen als gemeinsame Sitzungen von Patienten und Teammitgliedern sind in all den therapeutischen Institutionen eine zentrale Einrichtung geworden, deren Mitarbeiter sich als Partner und nicht als Verwalter ihrer Patienten verstehen und die bereit sind, aus der traditionellen Berufsrolle zeitweilig und partiell herauszutreten und sich mit der eigenen Persönlichkeit auf das behandlungsbedürftige Gegenüber einzulassen. Diese Gruppen finden je nach Konzept täglich bis wöchentlich einmal statt, stellen eine wichtige Möglichkeit dar, die Zweiwegkommunikation herzustellen (Jones 1969), und sind ein wichtiges Feld für das soziale Lernen. Zu letzterem gehören Möglichkeiten demokratischer Mitbestimmung bei Entscheidungen über gemeinsame Anliegen, Übernahme von Funktion und Verantwortung innerhalb des Stationsrahmens und Auseinandersetzung mit den anderen Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft (Beese 1971). Ursprünglich für die Therapie von Erwachsenen entwickelt, sind die Stationsgruppen auch ein wichtiger Baustein in der stationären Kinderpsychotherapie geworden.

Auch hier können alle Dinge von gemeinsamem Interesse zum Inhalt der Stationsgruppen gemacht werden. Bevorzugte Themen sind hier alle Dinge, die mit der Hausordnung zu tun haben (Bettenmachen, Fernsehzeiten, ...), Planungen

für gemeinsame Veranstaltungen (Sonntagsgestaltung, Zeltlager, Theaterabend...), Wiedergutmachungsregelungen nach Schadensfällen, Konflikte, die sowohl Kinder untereinander als auch zwischen Kindern und Erwachsenen und umgekehrt betreffen können. Es besteht auch die Möglichkeit, die Stationsgruppen dazu zu benützen, um mit den Kindern über den Stand der Therapie, Verhaltensänderungen und erwünschtes Verhalten zu sprechen (Wardle 1974).

II. Strukturierung der Gruppen

Während die Notwendigkeit von Stationsgruppen unbestritten ist, ist doch wenig über deren Strukturierung veröffentlicht. Unter Strukturierung verstehen wir hier die Strukturierung des Ablaufs („Geschäftsordnung“), die inhaltliche Festlegung, das angestrebte Ziel und die Klarheit darüber, welche Rolle die Erwachsenen in diesen Sitzungen haben. Um eine sinnvolle Strukturierung treffen zu können, muß Klarheit darüber herrschen, welches Ziel mit welcher Methode in den Stationsgruppensitzungen erreicht werden soll.

Eine klare Antwort auf diese Fragen halten wir vor allem aus zwei Gründen für erforderlich: Zum einen ist nur dann, wenn diese Fragen geklärt sind, optimale therapeutische Effektivität zu erwarten; zum anderen ist die Klarheit und Transparenz in dieser Frage ein wichtiger Faktor für die Arbeitsbeziehung zwischen den Kindern und Erwachsenen, und es besteht bei deren Fehlen die Gefahr, daß sich bei den Gruppenmitgliedern zu der symptomhaft vorhandenen Angst vor Beziehungen die Angst hinzuaddiert, die daraus resultiert, daß zu wenig Orientierungsmöglichkeiten vorhanden sind (Yalom, Seite 251), eine Angst, die zu aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen führen kann und damit zu einer Entartung der Gruppenkultur.

Je nach Stellung der Stationsgruppen im therapeutischen Gesamtkonzept einer Station wird die Frage nach der Strukturierung verschieden beantwortet werden. Als Hauptteil dieser Arbeit legen wir zwei langjährig erprobte eigene Stationsgruppenkonzepte vor. Vorher sei jedoch noch als

eines der wenigen veröffentlichten Beispiele für die Strukturierung einer Stationsgruppe das Konzept von Wardle (1974, Seite 82) referiert: Die Leitung (*Chairman*) der Gruppe hat meist ein Kind, das in der vorausgegangenen Stunde gewählt wird. Es fragt jeden in der Runde, ob es Vorschläge, Klagen oder Probleme gibt. Alle Fragen und Antworten müssen an den Chairman gerichtet werden, um Nebendiskussionen zu vermeiden und damit zu gewährleisten, daß Konflikte nicht verstärkt werden, sondern aufgedeckt werden können. Der Arzt fungiert als Sekretär und verliest das Protokoll; er kann durch Fragestellung intervenieren und so die therapeutische Kontrolle aufrechterhalten.

III. Die Stationsgruppen der Tiefenbrunner Kinderstation

Wir haben Erfahrungen mit zwei verschiedenen Arten von Stationsgruppen, die beide nebeneinander bestehen und verschiedene Ziele verfolgen. Diese beiden Gruppen entstanden aus der ursprünglichen, nicht differenzierten Stationsversammlung; der erste Schritt zu Differenzierung bestand darin, daß für die Themen, bei denen es auf Entscheidungs- und Mitentscheidungsprozesse ankam, eine eigene Sitzung eingerichtet wurde (eine Art Hausparlament, die „Konferenz“); die ursprüngliche Stationsversammlung konnte dann in eine soziotherapeutische Gruppe im engeren Sinn umgewandelt werden („Stationsgruppe“).

1. Das Hausparlament

Diese Gruppe findet einmal wöchentlich statt, Dauer der Gruppe 60 Minuten. An ihr nehmen alle 15 Kinder der Kinderstation (im Alter zwischen 9 und 15 Jahren) teil und alle diensthabenden Erzieher. Von den Kindern wird diese Gruppe „Konferenz“ (analog zur Team-„Konferenz“ der Erwachsenen) genannt. Diese Gruppe wird von einem Erzieher geleitet. Bestimmte Funktionen können je nach dem Reifegrad der Gruppe von einzelnen Kindern ausgeführt werden: So das Aufstellen einer Geschäftsordnung, das Führen des Protokolls, evtl. auch – mit Unterstützung von seiten der Erwachsenen – das Leiten der Versammlung hinsichtlich Einhalten der Geschäftsordnung und der für deren Durchführung notwendigen Disziplin. Geübt werden hier Selbstverwaltung und Mitbestimmung.

Schwierigkeiten gab es in dieser Gruppe, solange ungeklärt war, wann und bis zu welchem Grade Selbstverwaltung und Mitbestimmung machbar, wünschenswert und sinnvoll ist.

So mußte zum einen berücksichtigt werden, daß die verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung haben: 15jährige benötigen einen größeren Entscheidungsrahmen als 9jährige.

Auf der Erzieher-Kinder-Ebene mußte die Frage geklärt werden, bei welchen Themen welcher Grad von Mitbestimmung und Mitverantwortung nötig ist: Handelt es sich darum, daß die Kinder selbst Entscheidungen treffen können (wie z. B. bei der Ausgestaltung von Festen), oder handelt es sich darum, daß Anregungen von seiten der Kinder sinnvoll und erwünscht sind für Fragen, die letztlich von den Er-

wachsenen entschieden werden müssen, da diese ja die Entscheidungen nach außen zu verantworten haben (z. B. Essenszeiten), oder handelt es sich um Dinge, die außerhalb der Mitsprachemöglichkeit der Kinder (z. B. bei den Fragen des pädagogischen Konzepts) liegen.

Eine weitere für das Funktionieren dieser Gruppe notwendige Klärung war die Kompetenzabgrenzung zwischen den Erziehern und dem Gesamtteam bzw. dem Stationsarzt mit der Klärung der Frage, was die Erzieher in eigener Regie verantwortlich durchführen können und was nur nach Rücksprache mit dem Gesamtteam möglich ist.

Die Klärung dieser Fragen ersparte im Laufe der Zeit viel unnötigen Ärger und Enttäuschung und führte zu einer Verbesserung der Gruppeneffektivität, sichtbar an deren Arbeitseffektivität und am subjektiven Wohlbefinden der Teilnehmer.

2. Die sozialtherapeutische Gruppe

a) Das Konzept

Auch diese Gruppe findet einmal wöchentlich statt und dauert 60 Minuten. An ihr nehmen die Kinder ab 12 (bis 15) Jahren teil, im allgemeinen zwischen 5–9, die abkömmlichen Erzieher (in der Regel 2), der Sozialarbeiter und dazu als Leiter der Stationsarzt, der Verfasser dieser Arbeit.

In Abänderung zur ursprünglichen Stationsgruppe nehmen an dieser Gruppe keine Kinder unter 12 (11) Jahren teil.

Wir kamen zu dieser Abtrennung, da sich die jüngeren Kinder von unserer Gruppenmethode nicht oder nicht genügend lange angesprochen fühlten, den Prozeß störten und für die älteren Kinder eine nicht übersehbare Verführung zu regressivem Verhalten darstellten. – Mit der Teilung der Gruppe wurde außerdem eine erwünschte Verringerung der Anzahl der Gruppenteilnehmer erreicht; es hatte sich herausgestellt, daß eine Kinderzahl über 8 (9) die Gruppe in Subgruppen zerfallen ließ und zeitweilig kaum sinnvoll zu leiten war.

Desweiteren wurde diese Gruppe nach Inhalten und Ziel eingegrenzt. Bevorzugte Inhalte sind all das, was mit den persönlichen Erlebnissen der Teilnehmer und ihren Beziehungen untereinander zu tun hat. Im Sprachgebrauch der Kinder geht es hier um „Persönliches“ und nicht um „Sachliches“ wie in der Konferenz.

Diese Gruppe hat im wesentlichen zwei Ziele: Zum einen geht es um die Förderung von Kooperationsbereitschaft, zum anderen geht es um soziales Lernen mit Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Die Förderung von Kooperationsbereitschaft steht dabei an erster Stelle und ist oft erst die Voraussetzung, therapeutisch arbeiten zu können. Denn das, was A. Freud (Seite 42/43) über Kinder schreibt: „Sie sind in vielen Fällen widerwillige Patienten, leben für den Augenblick ... Die in der Analyse unvermeidlichen Unlust- oder Angstgefühle wiegen also schwerer als die Aussicht auf eine Heilung in der Zukunft ...“ gilt auch und speziell für das hier in Frage stehende Alter. Die Problematik wird hier zusätzlich noch verstärkt durch die verhaltensspezifischen Schwierigkeiten der (Vor-)Pubertät mit ihren Tendenzen zu narzißtischem Rückzug und Oppositionshaltungen. Der Kooperationsaspekt wird hier also besonders wichtig, Zauner (1971) hat ihn in einer Arbeit besonders herausgearbeitet.

Das Hauptmittel, die Kooperationsbereitschaft zu fördern, ist ein Klima emotionaler Angenommenheit mit wohl-

wollender und interessierter Grundeinstellung der Erwachsenen. Die Kontrolle ihrer Gegenübertragung, vor allem wegen des alterstypischen Negativismus, ist unerlässlich. An Methoden, um die Kooperation zu fördern und zu üben, benützen wir außer gelegentlichem Rollenspiel vor allem ein themenzentriertes Angehen des Problems, wobei die Grundlagen unseres Zusammenseins und Zusammenarbeitens herausgearbeitet werden mit Fragestellungen wie: Warum sind wir in einem Krankenhaus zusammen, was ist unsere Aufgabe, welchen Beitrag kann und muß jeder Einzelne dazu leisten, was passiert, wenn eine Zusammenarbeit nicht möglich ist.

Die Methode, um das *therapeutische* Ziel dieser Gruppe zu erreichen, nämlich die Verbesserung von Fremd- und Selbstwahrnehmung, ist die Klärung emotionaler Probleme. Dabei kommt dem Verhalten der Erwachsenen ein entscheidender Stellenwert zu. Schon von der Zahl her (Erwachsene zu Kinder zwischen 2 : 7 und 5 : 9) fällt den Erwachsenen ein gewichtiger Part zu.

Zum einen besteht ihre Aufgabe darin, in der Gruppe das zu leisten, was die Kinder (partiell und zeitweise) nicht zu leisten vermögen. Denn während eine funktionierende, sich selbst steuernde Gruppe, wie von *Slawson* und *Schiffer* (1976) beschrieben, die Fähigkeit hat, das unzureichende Verhalten der einzelnen zu modifizieren, kann das unsere Gruppe oft nicht leisten. Denn im Gegensatz zu den Gruppen der angeführten Autoren sind unsere Kinder schwerer gestört, die Altersspannen sind größer, ebenso die Anzahl der Gruppenteilnehmer, wir machen auch keine Auswahl nach Geschlechtern.

Zum anderen sind die Erwachsenen verantwortlich für den Arbeitsstil der Gruppe. Ihr Arbeitsstil, so wie sie die Gruppen angehen und so wie sie sich in den Gruppen verhalten, soll von den Kindern übernommen werden; sie haben auf dem Gebiet des Arbeitsstils eine Vorbildfunktion. Schafft es die Kinder-Gruppe selbst nicht, dann sind es die Erwachsenen, die Kontakt mit den anderen Gruppenmitgliedern aufnehmen, die ein (Stations-)Problem in den Vordergrund rücken, die mit der Art und dem Engagement, wie sie es machen, den Kindern ein Beispiel geben. Sie selbst orientieren sich dabei an Regeln, wie sie von *R. Cohn* (1970) und modifiziert von *Heigl-Evers* und *Heigl* (1973) herausgestellt worden sind.

Es handelt sich dabei vor allem um die „Chairman-Regel“ mit der Aufforderung: „Jeder sei sein eigener Chairman“, der „Authentizitäts-Regel“ und der „Störungsprioritäts-Regel“ („Störungen haben Vorrang“).

Damit der erwachsene Teilnehmer seine Aufgabe erfüllen kann, benötigt er eine entsprechende Schulung. Nach unseren Erfahrungen dauert es zwischen 3 und 12 Monaten einigermaßen regelmäßiger Teilnahme, bis sich ein Erzieher in dieser Gruppe wohlfühlt, was speziell heißt: Er kennt seine Aufgabe und hat Spaß daran, sie zu erfüllen.

Auf der *therapeutischen* Ebene stellen sich die Erwachsenen im Sinne eines „Erlebnis-Therapeuten“ (*R. Cohn*) mit ihrer unverwechselbaren Identität zur Verfügung, stellen sich damit als Modell für mögliche Erlebnis- und Verhaltensweisen dar und geben den Kindern die Möglichkeit, diese Verhaltensweisen zu untersuchen und damit „sowohl

die eigenen Verhaltensweisen zu vergleichen als auch verzerrte Wahrnehmungen zu korrigieren.

Wenn nun das Hauptmittel der Erwachsenen darin besteht, sich mit ihrer unverwechselbaren Identität einzubringen, authentisch zu sein, so kann es nicht darum gehen, wahllos nach seinen Gefühlen zu handeln. Ehrlich und echt sein an sich stellt noch keinen therapeutischen Wert dar (*Yalom*). So wichtig es ist, authentisch mit seinen Beiträgen zu sein, wo wichtig ist es auch, die Grenzen der Authentizität zu beachten und im Sinne einer „selektiven Authentizität“ (*Cohn*) von seinen Erlebnissen, Gefühlen und Gedanken diejenigen auszuwählen, von denen man spürt, daß sie eine Beziehung zur aktuellen Situation haben und hilfreich sein können. Dabei darf man nie vergessen, daß man es mit Kindern und noch dazu mit kranken Kindern zu tun hat, was heißt: Für ein Kind ist der Erwachsene nicht nur ein Mitmensch, sondern im Gegensatz zu ihm selbst ein Erwachsener, der Orientierungsfunktionen hat und der notwendigerweise idealisiert wird. Beides wird vom Kinde gebraucht, entsprechende Verstöße können nur zu therapeutisch sinnlosen Orientierungsverlusten und Kränkungen führen.

Dazu zwei Beispiele mißglückter Interventionen: Eine 14 Jahre alte Zwangsneurotikerin wirft die Frage auf, warum sie denn nicht rauchen dürfe, es sei doch schließlich ihr Körper und sie könne mit ihm doch machen, was sie wolle, das sei eben ihr Wille. Ein noch unerfahrener Erzieherpraktikant unterstützt diese Frage mit der Aussage, ihn würde das Problem auch interessieren, ihm sei die Argumentation des Kindes einleuchtend. Alle Kinder waren begeistert davon, daß sie von Erwachsenen Unterstützung in dieser Frage hatten – eine schwierige Situation für den Stationsarzt.

Der Stationsarzt wird während der Gruppe gefragt, an was er eben denke. Wahrheitsgemäß antwortete er, daß er darüber nachdenke, mit welcher Farbe er sein Wohnzimmer streichen solle. Die Enttäuschung darüber, daß dieser Mensch sich während der Gruppe mit Dingen beschäftigt, die mit den Kindern überhaupt nichts zu tun haben, bewegt die Kinder noch Monate später.

Wenn bisher auch vor allem die aktiven Aufgaben der Erwachsenen beschrieben wurden, so heißt das keineswegs, daß die erwachsenen Teilnehmer ständig in das Geschehen eingreifen müssen oder sollen. Natürlich müssen sie stets präsent sein im Sinne einer inneren Anteilnahme, ob jedoch aktiv oder passiv präsent, muß in der jeweiligen Situation entschieden werden.

Die aktive Präsenz ist immer dann angezeigt, wenn es darum geht, daß ein erwachsener Gruppenteilnehmer ein spezielles Problem mit einem oder mehreren der vorhandenen Kinder hat und dieses Problem von sich aus klären möchte. Desweiteren ist die aktive Anteilnahme dann von Nöten, wenn es keinem der Kinder möglich ist, von sich aus einen Vorstoß zu machen.

Immer dann jedoch, wenn Kinder die Stunde selbst nutzen können, ist es wichtig, daß die Erwachsenen abwartend zuhören können. Dieses Abwarten und Zuhörenkönnen ist die Voraussetzung dafür, ein Klima emotionaler Angenommenheit zu erzeugen. Muß auf der einen Seite die aktive Teilnahme an der Gruppe gelernt werden, so gilt das auch und speziell für die passive Anteilnahme. Nach *Schiffer* (1971) macht vor allem die passive Anteilnahme den mit der Methode Unerfahrenen Schwierigkeiten, die es quält, „nichts zu tun“.

Der Leiter dieser Gruppe ist der Stationsarzt. Auf ihn trifft zu, was auch für die anderen erwachsenen Gruppenteilnehmer gilt. In besonderem Maße achtet er auf die Einhaltung der Frustrationstoleranzen und darauf, daß die Gruppe arbeitsfähig bleibt. Er achtet also speziell auch auf die Einhaltung des erwünschten Arbeitsstils. Eine Abgabe dieser Verantwortung an die Kinder, das Sichertgleitenlassen dieser Aufgabe, ist nicht möglich, dies ist seine Aufgabe, die er als Erwachsener leisten muß. Er muß als Erwachsener Herr der Situation bleiben (Wardle 1974), um eine therapeutische Wirkung ermöglichen zu können.

Der Leiter kann um so mehr mit seiner Führerrolle in den Hintergrund treten, je mehr andere, mit dem Arbeitsstil und mit der Methode vertraute, erwachsene Gruppenteilnehmer vorhanden sind und bereit sind, sich persönlich zu engagieren.

b) Der Ablauf der Sitzungen – die themenzentrierten Anteile

Ein Thema kann sich spontan entwickeln oder von den Kindern oder den Erwachsenen eingebracht werden. Die Themen, die behandelt wurden, lauteten: „Wozu ist die Stationsgruppe da“, „Es bilden sich Cliques auf der Station“, „Der Stationsarzt ist zu streng“, „Karin (eine Mitpatientin) läßt uns alle abblitzen“ usw. Alle diese Themen werden unter dem Aspekt des Sich-selbst- und Sich-gegenseitig-Kennenlernens und der Fragestellung, nach welchen Regeln man zusammenlebt und zusammenleben will, untersucht. Wird ein Thema von einem Erwachsenen eingebracht, geschieht das etwa nach der Formel: „Ich habe etwas, was mich interessiert und was ich gerne hier besprechen möchte; oder „Gestern hatte ich mit einigen von Euch dieses Erlebnis, und mir ist dabei unklar geblieben, warum Ihr Euch mir gegenüber so verhalten habt“. Die möglichen Anknüpfungspunkte sind zahlreich. Wichtig ist hier allerdings, daß die Themen so konkret wie möglich eingebracht werden und die Dinge beim Namen genannt werden. Abstrakte Formulierung von Themen rufen Desinteresse oder paranoide Ängste hervor („So sagen sie doch, was oder wen sie meinen“). Es wird übrigens bereits in der Team-Konferenz, die am Vormittag des gleichen Tages stattfindet, das Augenmerk auf die Stationsgruppe gelegt mit der Überlegung, was z. Z. auf der Station relevant ist. In einer 15minütigen Vorbesprechung der erwachsenen Gruppenteilnehmer unmittelbar vor der Gruppenstunde werden diese Überlegungen dann eingeeignet mit der Frage, was jedem der Anwesenden davon wichtig ist. Auf diese Weise wird unter den erwachsenen Teilnehmern ein Problembewußtsein geschaffen, wobei es offen bleibt, ob überhaupt und was davon der Einzelne in die Gruppe einbringen wird.

Die Beteiligung der Kinder an den themenzentrierten Gesprächen ist sehr unterschiedlich und im voraus kaum abzuschätzen: Ausgesprochen aktive Beteiligung wechselt mit Stunden, in denen die Kinder vor allem Zuhörer der Beiträge der Erwachsenen sind. Es gibt durchaus auch Stunden, wo themenzentrierte Inhalte keineswegs eine zentrale Rolle spielen.

Ergeben sich mehrere Stunden hintereinander, ohne daß effektiv gearbeitet werden kann, so stellt sich die Frage nach der Ursache. Ein spezielles Warnsignal beim Ausbleiben

themenzentrierter Inhalte ist das Aufkommen von Langeweile (was nichts zu tun hat mit den häufigen kokettierenden Fragen wie nach dem Sinn der Stunde u. ä.).

Die Ursache unproduktiver Stunden kann sein, daß mehrere zu schwer gestörte Kinder in der Gruppe sind, oder auch, daß der Arbeitsaspekt der Gruppe zu lange nicht mehr in Erinnerung gerufen worden ist.

Dazu ein *Beispiel*: In der Gruppe hatte sich ein Blödelstil entwickelt. Das wurde mehrere Stunden lang akzeptiert, da das für den Hauptakteur (ein Junge mit Clownieren) die einzige Möglichkeit war, an der Gruppe teilnehmen zu können. Mit seinen Clownieren erwarb er sich jedoch eine derartig attraktive Position, daß andere Kinder zeitweise dieses Symptom übernahmen und bis zu 5 Kinder sich in der Gruppe darin zu überbieten suchten. Eine Arbeitsatmosphäre war nicht mehr zu erzielen und konnte erst durch Einzelgespräche wieder erreicht werden.

Immer ist auch daran zu denken, daß nichterwünschtes Verhalten der Kinder Ausdruck eines inadäquaten Verhaltens der Erwachsenen ist. Neben der Frage nach der Gegenübertragung hat sich hier vor allem die Überlegung bewährt, ob das in Frage kommende Verhalten nicht einfach das Spiegelbild des Erwachsenenverhaltens ist (vgl. Zauner in Berger, Zauner, Zech 1974).

So stellte sich ein passiv erwartungsvolles Schweigen der Kinder immer wieder als Spiegel des Erwachsenenverhaltens dar: Die Erwachsenen erwarteten, daß die Kinder in der Gruppe was bieten sollten, die abwartende Einstellung der Erwachsenen wurde dann von den Kindern übernommen und zurückgespiegelt.

Die nicht themenzentrierten Gruppenanteile

Nicht themenzentriertes und averbales Verhalten nimmt in den Sitzungen einen breiten Raum ein. Ein großer Sitzungsraum und mobile Sitzsäcke kommen dem entgegen. Dadurch ist sichergestellt, daß die Kinder ihren Platz entsprechend ihrer inneren Befindlichkeit unauffällig wechseln können und selbst die für sie richtige räumliche Distanz zu den anderen herstellen können. So drückt sich im averbalen Verhalten oft sehr deutlich die Befindlichkeit des einzelnen und seine Stellung zur Gemeinschaft aus.

Beispiel: So verlief die Entwicklung eines 14jährigen Einkoters (innerhalb von 8 Monaten) in folgender Weise: Zu Beginn der Therapie einige Stunden große Debattierfreudigkeit, dann Meidung der Sitzungen überhaupt, dann Teilnahme an den Sitzungen hinter einem Tisch versteckt, dann mit dem Rücken auf dem Tisch liegend mit gespreizten Beinen, und am Ende der stationären Therapie auf dem Tisch sitzend, mit adäquaten persönlichen Stellungnahmen.

Oft werden Lesehefte oder das Lieblingstier wie Meer-schweinchen oder Kaninchen mitgebracht und scheinbar die Aufmerksamkeit nur diesen Dingen zugewandt, scheinbar, denn plötzliche und überraschende Bemerkungen sprechen immer wieder dafür, daß diese Kinder (analog zum schweigenden Patienten in der Erwachsenen-Gruppe – König 1975) doch intensiv am Gruppengeschehen partizipieren können. Auch Wispern, Lachen u. ä. Verhalten sind gängig, helfen manchen Kindern gerade dadurch dabei sein zu können und werden nur dann angesprochen (z. B. durch die Störungsprioritätsregel) oder zum Thema gemacht, wenn der Gruppenprozeß dadurch gestört wird.

Die Nachbesprechung

Eine Nachbesprechung von 20 Minuten gibt den Erwachsenen die Möglichkeit, den Übergang zum Alltagsleben, also den Übergang von der größeren Nähe der Gruppensitzung zur Normaldistanz des Alltagslebens zu finden. Es werden feed-backs ausgetauscht, die einzelnen Kinder hinsichtlich ihres Verhaltens und des derzeitigen Therapiestandes betrachtet und die Stunde hinsichtlich ihrer vermutlichen Wirkungen untersucht, wobei die einzelnen Lernziele durchgegangen werden. Wie vorher die Erzieher den Kindern gegenüber, so stellt sich in dieser Nachbesprechung der Stationsarzt den Erziehern gegenüber mit seinen Interventionen und seinem Verhalten während der Gruppensitzung als Untersuchungsobjekt zur Verfügung.

c) Einfluß der Gruppe auf den Stationsalltag

Bei den in der Gruppe besprochenen Problemen handelt es sich um Differenzen, die auf Unbedachtheiten und Irrtümer, auf Übertragungsverzerrungen und emotionale Unreife zurückzuführen sind. Je nachdem, welche Wurzel das Problem hat, ist der zu erwartende Effekt verschieden. Werden in der Stunde Unbedachtheiten und Irrtümer aufgedeckt, so führt das zu einer psychohygienischen Bereinigung das Stationsklima kann sich innerhalb der Sitzungen entscheidend verbessern.

Beispiel: Es bestand eine Unruhe unter den Kindern, denen verboten worden war, eine regelmäßig benutzte Abkürzung über eine Wiese zu nehmen mit der Begründung, der Rasen könne sich nicht erholen. Es stellte sich dann heraus, daß nicht das Verbot die Ursache der Empörung war, sondern die Tatsache, daß der Stationsarzt, der doch viel mehr wiege, nach wie vor über den Rasen ginge. Allgemeine Entspannung trat ein, als das Problem soweit geklärt war und der Stationsarzt seine Unbedachtheit eingestanden hatte.

Im Gegensatz hierzu können bei den Konflikten, die aufgrund von Übertragungsverzerrungen zustande kommen (Beispiel: Eine Erzieherin wird als sadistische Mutter erlebt), keine solchen Spontaneffekte erwartet werden. Der Übertragungsabbau mit zunehmender realistischer Wahrnehmung des Gegenübers geht langsam vor sich, ebenso wie die Zunahme der emotionalen Reife, die u.a. darin besteht zu erkennen, daß man für sein eigenes Verhalten verantwortlich ist und die Bedürfnisse der anderen verstehen muß, und daß es notwendig ist, dies zu berücksichtigen (Wardle 1974).

Die Stationsgruppe wurde bisher vor allem unter dem Aspekt ihrer Wirkung hinsichtlich der Kinder besprochen. Für genauso wichtig ist jedoch ihre Wirkung auf die Erwachsenen: Im Schutz der Gruppenatmosphäre werden sie von den Kindern mit Fragen konfrontiert, die zu persönlicher Auseinandersetzung und Weiterentwicklung zwingen, ebenso wie zur Auseinandersetzung mit unserem Konzept und damit zur Verbesserung des Therapieangebots (vgl. Heigl und Nerenz 1975).

Hierfür ein *Beispiel:* Eine Erzieherin hatte die Kinder aufgefordert, Kuchen für ihr zu backen. Zur Finanzierung wurde Geld aus der gemeinsamen Kasse entnommen. Ergebnis war nicht eine Verbesserung des Klimas, sondern im Gegenteil allgemeine Unzufriedenheit. In der Stationsgruppe stellte sich folgendes heraus: Die Erzieherin war davon ausgegangen, daß alle Kinder Kuchen essen wollten und

daß sie damit einverstanden wären, wenn sie den Kuchen aus der gemeinsamen Kasse finanzieren würde. Hier waren mehrere Voraussetzungen nicht richtig: Zum einen wollten gar nicht alle Kinder Kuchen essen, des weiteren war bei denen, die Kuchen essen wollten, der Drang, ihr Geld zu behalten, größer, als der Drang nach der Süßigkeit, und andere wieder wollten zuerst gefragt werden, wieviel sie denn überhaupt bereit seien zu geben. Das Thema Eigentum und Mitbestimmung auf der einen Seite, notwendiger Gemeinsinn auf der anderen Seite, außerdem die Machtbefugnis der Erzieher, wurden noch lange nach dieser Sitzung unter den Erwachsenen diskutiert.

Summary

Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy

In in-patient child psychotherapy no less than in in-patient adult psychotherapy ward groups have developed into a basic facility. However, as widespread as these group are, not much detailed information has been published concerning their structures, although it is particularly their structuration which is supposed to be therapeutically efficient. With the intention of filling a gap in this information this article is focussed upon our own ward group concepts which have been put into practice and upon their underlying theories.

Literatur

Beese, F.: Das Modell der therapeutischen Gemeinschaft und seine Anwendung auf psychotherapeutische Kliniken. Gruppenpsychother. Gruppensitzung. 5, 1971, 282–294. – Berger, Zauner, Zech: Über teamzentrierte Fortbildung. Gruppenpsychother. und Gruppensitzung. 8, 1974, 244–259. – Cohn, R. C.: The Theme-Centered Interactional Method: Group Therapists as Group Educators. In: Journal of Group Psychoanalysis and Process Vol. 2 Nr. 2, Winter 1969/70. Deutsch: Das Thema als Mittelpunkt der Gruppen. In: Cohn, R. C. (Hg.): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion: von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Stuttgart: Ernst Klett 1975. – Freud, A.: Wege und Irrwege in der Kindentwicklung. Huber/Klett Bern/Stuttgart 1971. – Heigl-Evers, A., Heigl, F.: Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychother. Gruppensitzung. 7, 1973, 132–157. – Dies.: Die themenzentrierte interaktionelle Gruppenmethode (R. C. Cohn): Erfahrung, Überlegungen, Modifikationen. Gruppenpsychother. Gruppensitzung. 7, 1973, 237–255. – Heigl, F. und Nerenz: Gruppenarbeit in der Neuroseambulanz. Gruppensitzung. 9, 1975, 96–105. – Jones, M.: Therapeutic Community, within the Hospital Community and in the Outside Community. In: Community Psychiatric-Therapeutic Community. Basel-New York: S. Karger 1969. – König, K.: Der schweigende Patient in der analytischen Gruppe. Gruppenpsychother., Gruppensitzung. 9, 1975, 185–190. – Wadde, Ch.-J.: Residential care of children with conduct disorders. In: Ph. Barker (Hg.), The Residential Psychiatric Treatment of children. London: Crosby Lockwood 1974, 48–104. – Yalom, I. D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. London/New York. Basic Books 1970. Deutsch: Gruppenpsychotherapie. Zürich: Kindler 1970. – Zauner, J.: Zur Problematik des Arbeitsbündnisses bei der psychoanalytischen Behandlung schizoider Jugendlicher. Praxis 20, 1971, 113–117.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Peter Zech, Nettelbeckstr.3, 4000 Düsseldorf.