

Lempp, Reinhart

**Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum:  
Aufgaben -Bedürfnisse -Probleme**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 5, S. 161-166*

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29809

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

**Nutzungsbedingungen**

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

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

**Kontakt:**

**PsyDok**

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

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

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager) . . . . .	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families) . . . . .	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure) . . . . .	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases) . . . . .	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler) . . . . .	305
<i>Diepold, B.:</i> Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders) . . . . .	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving) . . . . .	132
<i>Gehring, Th.M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry) . . . . .	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency) . . . . .	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery) . . . . .	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania) . . . . .	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind) . . . . .	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation) . . . . .	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H.G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities) . . . . .	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems) . . . . .	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis) . . . . .	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation) . . . . .	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy) . . . . .	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom) . . . . .	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation) . . . . .	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy) . . . . .	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome) . . . . .	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families) . . . . .	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism) . . . . .	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors) . . . . .	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama) . . . . .	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior) . . . . .	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders) . . . . .	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic) . . . . .	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity) . . . . .	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children) . . . . .	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence) . . . . .	1

### Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School) . . . . .	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children) . . . . .	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism) . . . . .	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation) . . . . .	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education) . . . .	71

#### Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption) . . . . .	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein 'Mental Health Institute' als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . .	26

#### Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne . . . . .	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg . . . . .	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie . . . . .	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich . . . . .	186

#### Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“ . . . . .	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens . . . . .	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau . . . . .	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag . . . . .	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag . . . . .	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre . . . . .	315

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland . . . . .	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick . . . . .	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten . . . . .	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik . . . . .	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition . . . .	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen . . . . .	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . . . . .	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung . . . .	316

**Mitteilungen:** 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie, Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

32. Jahrgang

Göttingen, Juli 1983

Heft 5

## Mitteilung der Herausgeber

Die *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, gegründet im Jahre 1953 von Annemarie Dührssen und Werner Schwidder, erscheint jetzt im 32. Jahr und hat über die Jahrzehnte hinweg Praxis und Forschung aus analytischer Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie und Psychagogik vermittelt. Vor 5 Jahren ist die Familientherapie in Beiträgen und im Titel hinzugekommen.

Spiegelt sich so die Entwicklung der Teilgebiete, so ist andererseits gerade die Kontinuität hervorzuheben. Im äußeren Erscheinungsbild und im inneren Aufbau ist die Zeitschrift fast gleich geblieben. Dies läßt sowohl auf ein gelungenes Gründungskonzept schließen als auch auf ein beständiges Management. Annemarie Dührssen ist es vergönnt gewesen, der Zeitschrift über so lange Zeit hinweg zu dienen und ihren Stil zu prägen. Wenn sie jetzt aus der Schriftleitung ausscheidet, so in der Gewißheit, daß für das Fortwirken gesorgt ist.

Neben Rudolf Adam wird Friedrich Specht als neuer Schriftleiter tätig. Monika Stille wird in der Redaktion

abgelöst von Günter Presting. Ergänzend für Schriftleitung und Redaktion kommen Gisela Baethge und Sabine Göbel hinzu. Damit sind Vertreter der Gebiete Psychologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychoanalyse, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Familientherapie im gesamten Team vertreten.

Annemarie Dührssen und Monika Stille gilt der Dank für lange gemeinsame Arbeit.

*Rudolf Adam*

Diesem Dank schließt sich der Verlag sehr herzlich an. Er dankt vor allem für die stets reibungslose termingerechte Zusammenarbeit und hofft, daß Frau Professor Dührssen der Zeitschrift ihre geistige und tätige Anteilnahme auch weiterhin zuwendet.

*Der Verlag*

## Aus Praxis und Forschung

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
(Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp)

im Zentrum für Psychiatrie und Neurologie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

## Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme

Von Reinhart Lempp

### Zusammenfassung

Die Einbindung der Psychiatrie in die Naturwissenschaften hat auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich stationärer Krankenversorgung eine Struktur gebracht, die ganz von den vermeintlichen Bedürfnissen vorwiegend somatisch-medizinischer Fachgebiete bestimmt sind. Die ganz andere Art der Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung und ihre ganz anderen Bedürfnisse können zu Problemen mit den Klinikverwaltungen, aber auch mit den übrigen Kliniken führen. Diese

Andersartigkeit ist durch den psychischen Charakter der Krankheit, aber auch durch die speziellen sozialen Bedürfnisse dieser Altersphase und durch die notwendige Einbeziehung der Familie und die dadurch bestimmten Therapieformen bedingt. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung läuft Gefahr, zu einem Fremdkörper in einem Klinikum zu werden, wenn sie nicht auf das Verständnis der Verwaltung und der übrigen Kliniken rechnen kann. Die Therapie erfordert nach Ansicht des Autors die weitgehende Einbeziehung der Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst in dieselbe, was besondere Anforderungen an Weiterbildung,

Information und Entscheidungsprozesse stellt. Die Verantwortlichkeit des leitenden Arztes muß davon nicht grundsätzlich tangiert werden, sie muß aber in höherem Maße auf das gegenseitige Vertrauen gründen können.

### Die Entwicklung und der Wandel der Kinderpsychiatrie als eigenständige Wissenschaft

Im Laufe des 19. Jahrhunderts hat sich die Psychiatrie als Wissenschaft in die Medizin integriert. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich im Laufe des 20. Jahrhunderts allmählich zu entwickeln und abzugrenzen begann, war es daher gar keine Frage mehr, daß sie auch ein Glied der medizinischen Wissenschaften darstellt, um so mehr als sie ja zum Teil auch aus der Kinderheilkunde hervorgegangen ist. Auch wenn gerade dort, wo die Kinderpsychiatrie innerhalb der Kinderheilkunde aufgewachsen ist, auch von Heilpädagogik gesprochen wurde und der Kinderarzt *Asperger* sein Lehrbuch, das ein Lehrbuch der Kinderpsychiatrie war, „Heilpädagogik“ überschrieb, hätte niemand, auch *Asperger* nicht, bestritten, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine medizinische Wissenschaft sei. So war es selbstverständlich, daß sowohl in der Psychiatrie wie in der Kinderheilkunde die Kinderstationen, aus denen später die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken herauswuchsen, klinische Stationen in einem Krankenhaus mit klinischen Strukturen und Organisationsformen waren.

Gerade aber als die Kinder- und Jugendpsychiatrie sich als eigenes Fachgebiet mit eigener Facharztqualifikation (Gebietsbezeichnung) in der Weiterbildungsordnung etabliert hatte, als die Mehrzahl der Universitätskliniken eigene kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken bzw. selbständige wissenschaftliche Abteilungen eingerichtet hatten und das Fachgebiet seine letzte Anerkennung auch darin fand, daß einige Fragen in den multiple Choice-Fragenkatalog des medizinischen Staatsexamens eingefügt wurden, trat ein gewisser Wandel in der Art der Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer klinischer Einrichtungen und in der Nachfrage nach Untersuchungsmöglichkeiten und Behandlungsplätzen ein. Seit etwa 10 Jahren, seit dem ziemlich plötzlichen Rückgang der Geburtenzahl um etwa 40% öffneten auch die Kinderkliniken wieder mehr und mehr ihre Tore für verhaltensgestörte Kinder, für Bettnässer, Schlafgestörte, ja sogar für Magersüchtige, und die Eltern brachten ihre Kinder natürlich lieber in eine Kinderklinik als zum Psychiater. Eine Verbesserung der ambulanten Infrastruktur unseres Landes mit Erziehungsberatungsstellen, mit vermehrten Therapieplätzen bei frisch ausgebildeten klinischen Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Übernahme der Kosten für ambulante Kinderpsychotherapie auf dem Wege der Delegation durch die Krankenkassen und die Einrichtung von Schulberatungsstellen taten ein übriges zur Förderung dieser Entwicklung. So kam es, daß eine immer größere Zahl von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, die sich bisher im wesentlichen auf eine Diagnostik und Verteilerfunktion beschränken mußten und durch die sogenannte „kleine Kinderpsychiatrie“ ziemlich ausgelastet waren, sich immer mehr auf die langfristige Therapie schwerer kinder- und jugendpsychiatrischer

Erkrankungen, auf die Behandlung von Angst- und Zwangsneurosen, Pubertätsmagersucht, Grenzfällen und jugendlichen Psychosen einstellen und konzentrieren konnten, eine Entwicklung, die einzelne kinderpsychiatrische Abteilungen schon lange vorweg genommen hatten und sich damit den Vorwurf der „Edelkinderpsychiatrie“ eingehandelt hatten. Auch die Kinderneurologie war, wie in anderen Ländern schon lange oder schon von vornherein, zur plötzlich spezialistisch interessierten Kinderheilkunde abgewandert.

Diese Entwicklung ist keineswegs auf die Bundesrepublik beschränkt, sondern vollzieht sich offenbar überall dort, wo ähnliche demographische Veränderungen stattgefunden haben. Diese Veränderung der Struktur der Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung braucht niemand zu bedauern, eröffnet sie doch die Möglichkeit der eigentlich ärztlichen Tätigkeit, der Therapie in allen ihren Varianten, die bis dahin lange Zeit sich in Ratschlägen, Weiterüberweisungen, vergeblicher Suche nach Behandlungsplätzen und symptomatischer Hilfe erschöpfte. Es fanden zwar immer vereinzelte langfristige Behandlungen statt, jedoch mußten sich diese vielfach auf die Rolle des Faktotums im Heer diagnostischer Fälle mit raschem Durchgang abfinden. Eine spezielle therapeutische Situation konnte ihnen selten angeboten werden.

### Änderung der Bedürfnisse einer kinderpsychiatrischen Abteilung

Dieser Wandel in der Art der von kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen aufgenommenen Patienten zieht aber notwendigerweise auch eine Änderung der Erfordernisse und der Strukturen dieser Einrichtungen nach sich. Diese Einrichtungen sind aber, wie wir gesehen haben, voll in die klinische Medizin integriert, welche fast zur gleichen Zeit eine ganz andersgeartete Entwicklung und Veränderung durchmachte, nämlich die Entwicklung zum technischen Großkrankenhaus mit großem diagnostischen Apparat, steigender Effektivität und Umsatz und immer kürzerer Verweildauer. Eingespannt in die Struktur eines sich zunehmend technisierenden Klinikums müssen sich so die neuentstandenen Bedürfnisse einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung an diesen Strukturen mehr und mehr stoßen.

Eine mittel- und längerfristige Therapie, wie sie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, ganz besonders dort, wo vorwiegend pubertierende Adoleszente aufgenommen werden, notwendig ist, unterscheidet sich ebenso wie die Psychiatrie überhaupt, aber wesentlich stärker noch als diese in ihren therapeutischen Notwendigkeiten von der übrigen Medizin. Die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt neben der Psychotherapie und Behandlung schwerer neurotischer Störungen und psychotischer Wesensänderung stets und in jedem Fall auch und gleichzeitig die Aufgabe der individuellen Integration des Patienten in seine Familie, in seine Ausbildung und in seine Gemeinschaft. Rein äußerlich sind die Patienten fast durchweg nicht bettlägerig, sondern körperlich gesund, die Regression, beim somatisch Kranken routinemäßig durch die stationäre

Aufnahme gefördert, ja geradezu gefordert, ist allenfalls in einigen Fällen ein unvermeidliches Durchgangsstadium, in jedem Falle aber ein möglichst bald zu überwindender Zustand. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung muß nach außen geöffnet sein und muß Möglichkeiten der sozialen Integration in Schule, Lehre und Arbeitsplatz anbieten. Die Familie, sonst auf Besuchszeiten beschränkt, muß therapeutisch mit einbezogen werden, der Kontakt mit dem Sozialarbeiter des Heimortes, zu den Lehrern, dem Lehrherrs und den Sportskameraden hergestellt und unter Umständen gepflegt werden.

### Notwendige Abweichungen von der üblichen Klinikstruktur

Liegt der Schwerpunkt der stationären Therapie im übri-gen medizinischen Bereich – zu Recht und notwendigerweise oder auch nicht – auf *spezifisch medizinischer und pflegerischer Tätigkeit mit Operieren, Verbinden, körperlicher Untersuchung, Medikamentengabe und körperlicher Übungsbehandlung*, die einen möglichst jederzeit zur Verfügung stehenden Patienten benötigen, der sich dem rationalisierten Ablauf der Verrichtungen möglichst gut anpaßt, so liegt das Schwergewicht bei den Patienten einer psychiatrischen Klinik, insbesondere einer kinder- und jugendpsychiatrischen, ganz auf der psychischen Betreuung, pädagogischen Führung und Aktivierung eines Patienten, bei dem zwar ebenfalls Anpassung, diesmal aber eine aktive Anpassung und Eigeninitiative mit steigender Selbstverantwortung angestrebt wird. Die medizinischen Aktivitäten im engeren Sinne, das Verabreichen von Medikamenten, Durchführung körperlicher Kontrolluntersuchungen tritt demgegenüber völlig zurück und spielt in jedem Fall, auch in Kliniken, in welchen dies nicht so gesehen wird, eine nachgeordnete Rolle. Psychotherapie kann sich aber nicht wie eine Medikamentengabe oder eine körperliche Untersuchung auf wenige Augenblicke am Tage, etwa bei der Visite, beschränken, auch nicht auf einzelne abgegrenzte Stunden in der Woche, die der Patient beim Therapeuten im Zimmer verbringt, sie spielt sich vielmehr rund um die Uhr im täglichen und stündlichen Kontakt mit den Mitarbeitern, zwischen den Patienten untereinander und bei den allfälligen täglichen Aufgaben in Hausarbeit, Hilfe in der Küche, in der Schule, im Werken und im Sport ab. Dies ist keine unzulässige Erweiterung des Psychotherapiebegriffes, sondern meint nur, daß psychotherapeutisch wirksame Ereignisse während des ganzen Tages stattfinden und es eine große Täuschung wäre zu meinen, man könne sie auf einen umschriebenen Zeitraum, den der geschulte Einzeltherapeut mit dem Patienten oder mit der Gruppe verbringt, beschränken. Die Wirkung solcher Einzel- oder Gruppentherapie, die von einer solchen Therapie-stunde ausgeht, kann in wenigen Augenblicken ungewollt von den Mitarbeitern wieder zunichte gemacht werden, sowohl die positive Wirkung wie die negative.

Wenn man also schon den Therapiebegriff enger fassen und ihn auf solche Therapiestunden begrenzt wissen will, dann muß man zumindest dieses Faktum anerkennen, daß Erfolg oder Mißerfolg solcher Einzelstunden ganz entscheidend vom „therapeutischen Klima“, von der Art und Weise

des Umganges der Mitarbeiter mit den Patienten und von den Erlebnissen, Erfahrungen und Anforderungen im Laufe des Tages abhängig ist. Der ärztliche Direktor einer großen psychiatrischen Klinik schreibt dazu: „Es scheint sicher zu sein, daß der Löwenanteil des Erfolges einer psychiatrischen Therapie in den Händen und Köpfen des Pflegepersonals liegt“ (Gross, 1982).

Dies zwingt aber dazu, alle Mitarbeiter in die Therapie einzubeziehen, wobei es nicht genügt, sie über die Art der Störung beim Patienten und seine Anamnese zu informieren, sondern sie müssen nicht nur über seine Bedürfnisse informiert werden, sondern sie müssen auch durch regelmäßigen Kontakt und Besprechungen in die Lage versetzt werden, die Verhaltensweisen und Reaktionen des Patienten in ihrem Sinn und Bedeutungsgehalt wenn nicht zu verstehen so doch zu erspüren und müssen auch in die Lage versetzt werden, ihre eigene Reaktionsweise auf die Patienten zu verstehen und zu kontrollieren.

Da eine kontinuierliche Arbeit mit neurotischen und psychotischen Patienten, insbesondere mit Kindern und pubertierenden Jugendlichen mit ihren vielfältigen Beziehungsproblemen und mit den mitagierenden Eltern, die in die Therapie einbezogen werden müssen, nicht nur anstrengend, sondern eine starke Psychodynamik bei allen Mitarbeitern auszulösen geeignet ist, ist es notwendig, daß auch die zwischen den Mitarbeitern, Ärzten und Psychologen mitspielenden Probleme gemeinsam besprochen und bearbeitet werden, etwa in Form von Balint-Gruppen.

Eine solche begleitende Beratung zentriert um einen Patienten oder zentriert um die ganze Gruppe, die man heutzutage als Supervision bezeichnet, wird vielfach als Außensupervision angestrebt, d.h. durch Berater, die nicht selbst in der Klinik tätig und von ihr abhängig sind. Dies setzt allerdings voraus, daß sogenannte Supervisoren zur Verfügung stehen, die nicht nur von Psychodynamik und Psychotherapie genügende eigene Kenntnis haben.

Hierdurch ist die Arbeitsstruktur einer kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Einrichtung grundsätzlich unterschieden von der üblichen Struktur eines Klinikums, wo das Schwergewicht medizinisch-therapeutischer Aktivitäten auf die ärztliche Qualifikation beschränkt ist, welchen ein nachgeordnetes Personal in ausführender und pflegender Dienstleistung zuarbeitet. Dabei mag dahingestellt sein, ob diese offenbar bewährte Struktur möglichst in allen Teilbereichen der klinischen Medizin für die Patienten das Optimum bedeutet. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, jedenfalls in ihrer neu erwachsenen Aufgabenstellung, ist die Notwendigkeit einer andersartigen Struktur innerhalb der klinischen Einrichtung evident. Dabei genügt der viel strapazierte Begriff der „therapeutischen Gemeinschaft“ deswegen nicht, weil er für viele nur die Gemeinsamkeit des therapeutischen Zieles, nicht aber die Gemeinsamkeit der therapeutischen Arbeitsweise und damit notwendigerweise auch die Gemeinsamkeit therapeutischer Verantwortung beinhaltet. Darauf wird noch einzugehen sein.

In einer weiteren Hinsicht ergibt sich für eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung eine völlig andersartige Struktur im Vergleich zum Rahmen eines üblichen Klinikums: Die übliche medizinische Therapie in einem Kranken-

haus spielt sich in demselben ab. Alle für die Therapie notwendigen Einrichtungen sind in aller Regel im Hause untergebracht und der Patient, der ohnehin meist bettlägerig ist, muß und soll das Haus während der Therapie nicht verlassen. In einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Kontakt mit der Umwelt in einer dem Vermögen und Bedürfnis des Patienten entsprechenden Weise mit einzubeziehen. Aktivitäten außerhalb der Klinik, die sogenannten Außenaktivitäten, haben eine wesentliche therapeutische Bedeutung. Sie dienen ebenso der Herstellung und der Aufrechterhaltung von Sozialkontakten und dem Einüben derselben, auch der Gruppenbildung unter den Patienten in altersspezifischer Form, wie auch der Motivierung und Aktivierung der ja oft initiativlosen und schwer anregbaren jugendlichen Patienten. Dazu gehören Wanderungen, Kino- und Theaterbesuch, Besuch einer Diskothek, Besuch von Sporteinrichtungen aller Art, Schwimmbäder, Besuch des Zoos und von Museen wie auch mehrtägige Veranstaltungen von Zelt- und Wandfahrten.

Hieraus ergeben sich nicht nur Transport- und damit auch Kostenprobleme, sondern vor allem auch oft nur mühsam zu klärende Haftpflichtfragen (die allerdings in Baden-Württemberg durch die Entscheidung des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst für Universitäreinrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch geklärt sind, daß Außenaktivitäten grundsätzlich als Teil und Aufgabe klinischer Behandlung anerkannt sind).

Auch aus der Art der Ausbildung und Vorbildung der Mitarbeiter einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ergeben sich aus der Sicht der klassischen klinischen Medizin Abgrenzungs- und Verständnisprobleme: Bedarf ein Krankenhaus außer Ärzten noch des Pflegepersonals als dem klassischen medizinischen Hilfspersonal, darüber hinaus noch dem technischen Personal in Labor und Medizintechnik, so steht in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung dem Arzt praktisch gleichberechtigt der klinische Psychologe zur Seite und dem Pflegepersonal die Erzieher, seien es Heilpädagogen, Sonderpädagogen oder Sozialpädagogen, die sich mit dem Pflegedienst praktisch nahtlos die Arbeit teilen können, da die spezifisch medizinisch-pflegerischen Verrichtungen, wie z.B. auch die Medikamentengabe, nur einen kleinen Umfang einnimmt; ganz abgesehen davon, daß die Sonderpädagogen in den Sonderschulen für geistig Behinderte auch Medikamente verteilen und dies ja auch unschwer zu erlernen ist.

### Organisatorische und verwaltungstechnische Probleme

Durch diese von den Aufgaben und Bedürfnissen eines klassischen Klinikums abweichenden notwendigen Strukturen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ergeben sich dann oft nicht unerhebliche Probleme mit der Organisation und der Verwaltung des Klinikums, wenn dort die strukturelle Andersartigkeit und ihre Notwendigkeit nicht verstanden und eingesehen wird. Das beginnt beim erhöhten Personalbedarf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, der in keinem Personalbedarfsplan eine sachgerechte Anerkennung findet, wobei der entsprechend geringe Bedarf an teuren Geräten nie honoriert wird.

Er setzt sich fort beim erhöhten Raumbedarf einer solchen Einrichtung, bei den längeren Liegezeiten und dem verminderten Durchgang, bei notwendigen Wochenend- und Ferienbeurlaubungen und dadurch unvermeidlichen scheinbaren Unterbelegungen ebenso wie bei der erhöhten Zerstörungsrate, bei den Transportkosten, den Problemen, die Außenaktivitäten mit sich bringen, in der Einbeziehung fremder Institutionen wie Besuch der öffentlichen Schule am Ort und Außensupervision sowie für die Einbeziehung der Familienangehörigen in die Therapie, wobei noch immer nicht geklärt ist, wer für die Fahrtkosten der Angehörigen aufzukommen hat, der Pflegesatz oder die Krankenkasse gesondert.\*

Solche abweichenden Bedürfnisse, vor allem aber die oben geschilderte Andersartigkeit der gemeinsam durchgeführten Therapie mit einer Aufwertung des Pflege- und Erzieherpersonals, können nicht nur Probleme mit der Verwaltung hervorrufen, sondern darüber hinaus Unruhe und Ängste bei den Ärzten des übrigen Klinikums, die, ohne Vorbereitung und ohne Information über die Notwendigkeiten und spezifischen Bedürfnisse einer solchen Einrichtung, die Grundpfeiler ärztlich-medizinischer Ordnung und Struktur bedroht sehen. Dabei kommt es zu abwegigen Vorstellungen über therapeutische Mitbestimmung in Form von Kampfabstimmung über Medikamentengabe, über Aufnahme und Entlassung und über das Ende ärztlicher Verantwortung. Tatsächlich geht es um nichts anderes als um die ständige und notwendige Information und Weiterbildung aller Mitarbeiter und die Einbeziehung ihrer unter Umständen großen unmittelbaren Erfahrung vor Ort und im ständigen Umgang mit den Patienten in eine gemeinsame Entscheidung, die dann auch von allen verstanden und mitgetragen wird. Dieses Verstehen und Mittragen aber ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein therapeutisches akzeptables Klima auf der Abteilung. Es fällt manchen Ärzten schwer, sich vorzustellen, daß auch die Vorschläge und Entscheidungen nicht-akademischer Mitarbeiter sich am Wohl des Einzelnen oder aller Patienten der Station orientieren könnte und nicht nur am sachfremden Gesichtspunkt der eigenen Bequemlichkeit. Abstimmungen über Therapie sind schon deswegen Unsinn und können nicht stattfinden, weil überstimmte Mitarbeiter ebenso schlechte therapeutische Mitarbeiter sind wie solche, welche nur auf Anordnung handeln, im Gegensatz zu den überzeugten Mitarbeitern. Dies macht die Mühe von Supervisionen, häufigen Besprechungen und Aussprachen notwendig, die oft belächelt und sicher auch manchmal überzogen werden, die sich aber letztlich nicht nur für die Patienten lohnen, sondern auch für den verantwortlichen Arzt.

Die manchmal geäußerte Angst vor der „Ansteckungsgefahr“ für andere Kliniken ist schon deswegen ungerechtfertigt, weil es sich um ein spezifisches psychiatrisches, speziell kinder- und jugendpsychiatrisches Bedürfnis handelt, das in dieser Form nicht ohne weiteres auf andere Kliniken übertragen werden kann.

\* Inzwischen als nicht vom Pflegesatz abgedeckt erklärt.

### Anmerkung zur ärztlichen Verantwortung

In diesem Zusammenhang wird des öfteren die Besorgnis geäußert, die ärztliche Verantwortung sei nicht mehr gewahrt, ja es werden vorwurfsvolle Zweifel geäußert, wie denn eine solche Abteilung noch ärztlich verantwortet werden könne.

Hierzu sind einige Ausführungen zur vielzitierten klinisch-ärztlichen Verantwortung notwendig. Dort, wo die ärztliche Verantwortung angesprochen und zum Problem wird, handelt es sich in der Regel weniger um ärztliche Anordnungen als um deren Durchführung. Treten hierbei aber Mängel auf, dann gibt der anordnende Arzt in aller Regel diese Verantwortung sehr schnell an die nachgeordneten Ärzte und diese gegebenenfalls an das Pflegepersonal weiter, das dann für seine Handlungen oder Unterlassungen allein einzustehen hat. Die ärztliche Anordnung war ja richtig und verantwortlich gegeben, nur wurde sie nicht befolgt oder nicht korrekt ausgeführt, und dafür war der Arzt dann nicht mehr verantwortlich.

Wenn im therapeutischen Team nach einiger Überlegung gemeinsam ein Entschluß gefallen ist, dann bleibt der Arzt als verantwortlicher Leiter der Station oder der Abteilung auch für diesen gemeinsamen Entschluß verantwortlich und er kann auch diese Verantwortung ohne weiteres übernehmen, da ja auch er mit seiner Erfahrung an dem Entschluß und an der Entscheidung mitgewirkt hat und sich hat überzeugen lassen, daß die Entscheidung richtig oder zumindest auch ärztlich vertretbar war. Wenn er als Arzt vom erfahrenen und den Patienten besser kennenden Personal überzeugt wurde, ist eine solche Entscheidung vielleicht sogar eher vertretbar, als wenn er sie als junger und noch unerfahrener Arzt in einsamer Entscheidung getroffen hätte.

Zu den immer wieder berufenen Grenzsituationen, in welchen in der Gruppe Meinung gegen Meinung steht und keiner nachgeben kann, kann es ja bei Führung einer solchen Station oder Abteilung mittels Information, Besprechung und Supervision schon deswegen nicht kommen, weil Prestige Gesichtspunkte – im Gegensatz zu manchen Situationen in einer Klinik – gar nicht zum Tragen kommen, und weil natürlicherweise die Erfahrung gegenüber der Unerfahrenheit das stärkere Gewicht hat.

Allerdings kann sich der verantwortliche Arzt auch nicht dadurch aus der Verantwortung stehlen, daß er diese einfach weitergibt. Das Vertrauen aber in die Zusammenarbeit, in die gegenseitige Kontrolle der Mitarbeiter unter sich, das Vertrauen in die deutlich verminderte Gefahr, die dadurch entsteht, daß man die Mitarbeiter oder den Arzt nicht fragt, weil man sich zu blamieren fürchtet, machen demgegenüber die Übernahme ärztlicher Verantwortung eher leichter, ja es macht überhaupt erst möglich, daß man auch für etwas die Verantwortung übernimmt, über dessen Details man gar nicht im einzelnen voll unterrichtet sein kann.

Eine gewisse Angst, daß im Einzelfall Information, Besprechung und Supervision nicht dicht genug waren und daß Situationen auftreten könnten, mit welchen der zufällig betroffene Mitarbeiter nicht allein oder schnell genug fertig werden kann, diese ständige Sorge ist wohl ein essentieller Bestandteil ärztlicher Verantwortung, auch und gerade in

einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. Diese Sorge nimmt dem verantwortlichen Arzt niemand ab. Dafür wird er aber auch honoriert.

### Anmerkung zum ärztlichen Therapieprivileg

Eine nicht ausdrücklich der ärztlichen Verantwortung unterstellte Einbeziehung von nichtärztlichen Therapeuten stößt regelmäßig auf eine massive ärztliche Kritik, weil sie das unverzichtbare Privileg des ärztlichen Berufes in Frage stelle, daß Krankenbehandlung nur durch Ärzte möglich sein dürfe.

Abgesehen davon, daß dieses Prinzip schon durch die Heilpraktiker gesetzlich durchbrochen wurde und weder der ärztliche Stand daran zerbrochen ist noch die Volksgesundheit dadurch ernstlich beeinträchtigt worden wäre, wird man hier zwei Dinge bedenken müssen:

1. liegen behandlungsbedürftige psychische Störungen von vornherein in einem Übergangsbereich zwischen Krankheit und Gesundheit und ihre Behandlung im Übergangsbereich von Psychotherapie und Pädagogik. Das gilt in erster Linie, aber nicht allein für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen und ihrer Behandlung. Weite Bereiche auch zweifellos krankhafter psychischer Verhaltensweisen werden täglich in Schule und Justiz nichtärztlich „behandelt“ und auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Therapie muß neben psychotherapeutischen Ansätzen auch pädagogische enthalten. Für die letzteren aber ist der Arzt, auch der Psychotherapeut, kaum geschult, zumindest hat er keine größere Kompetenz als etwa der Psychologe und Pädagoge. Aus dieser Grenzsituation psychischer Störungen und Verhaltensweisen, die einer psychischen Beeinflussung bedürfen, muß man ein ärztliches Therapieprivileg in Frage stellen, will man nicht den Begriff der Therapie so eng fassen, daß er zumindest für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr genügen kann.
2. sind die Ärzte, speziell die für eine Behandlung psychischer Störungen kompetenten Kinder- und Jugendpsychiater nicht nur von ihrer Ausbildung sondern auch von ihrer Zahl her gar nicht in der Lage, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, auch dann nicht, wenn man ihnen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und niedergelassenen Psychologen und Pädagogen als „Hilfsdienste“ zuordnete. Dagegen wird in den nächsten Jahren ein Heer von Psychologen und Sozialpädagogen auf uns zukommen, welche zum Teil – gewiß nicht alle – durchaus über eine entsprechende Kompetenz verfügen und die in der Lage wären, eine Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Diesem Heer tätigkeitssuchender und zum Teil kompetenter Psychologen und Pädagogen wird sich auch der Gesetzgeber auf die Dauer nicht in den Weg stellen können.

In dieser Situation stellt sich für den Kinder- und Jugendpsychiater meines Erachtens nur die Alternative, sich entweder an einer *gemeinsamen* psychotherapeutisch-pädagogischen Versorgung aller Kinder und Jugendlichen in der



Bevölkerung zu beteiligen und hierbei sein besonderes Wissen und seine besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen einzubringen, oder aber sich einer solchen gemeinsamen Versorgung zu entziehen und sich damit auf die Betreuung und Behandlung psychoorganischer Syndrome und Schwachsinnsformen einengen zu lassen.

### Summary

#### *Child-guidance-sections in a clinical center: tasks-needs-problems*

For child and youth psychiatry the framing of psychiatry as part of the natural sciences has generated a structure in the field of residential treatment which is mainly determined by the supposed necessities of somatic disciplines in medicine. the broad variety of patients of a child and youth psychiatric department in connection with the completely different requirements of such a clinic can lead to problems with the administrations of medical institutions as well as other authorities as such. This deviant specificity depends on the psychic character of the illness, the unique social needs of children and adolescents, the necessary cooperation with families and hence comformable variations of therapy. In a medical center with several departments a child and youth

psychiatric department can become a bacillus, if it can not count on the understanding of the administration and the other departments. The author emphasises a concept of therapeutic community for therapy; the intergration of the nursing and educational staff into the therapeutic processes can be handled by adequate supervisory and recurrent educational activities and a conscientious framing of open information and decision making procedures. The responsibility and authority of the medical director is not touched as long as he can assure himself of the delegated authority from his staff; such certainty in its essence is based on mutual confidence among all who are doing the clinical work.

### Literatur

Gross, J. (1982): Zur Funktion des Pflegepersonals in einer Psychiatrischen Univ.-Klinik. In: Putzke, M. u. a.: Das Handwerk und die Kunst der Pflege. Festschrift für Clemens Thomsen, Oberpfleger am Psychiatrischen Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf zu seiner Verabschiedung und für alle Schwestern und Pfleger. Psychiatrie-Verlag Rehburg-Loccum 1, 24–29.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. Reinhart Lempp, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Osianderstr. 14, D-7400 Tübingen.