

Paul, Günter

Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 3, S. 84-90

urn:nbn:de:bsz-psydok-30939

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>Hobrücker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry) | 37 | <i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy) | 263 |
| | | <i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry) | 84 |
| | | <i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness) | 133 |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| <i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encopresis) | 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 | <i>Thea Schönfelder</i> 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 | <i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag | 71 |
| <i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories) | 176 | <i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag | 276 |
| <i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature) | 44 | In memoriam: <i>Marianne Frostig</i> | 277 |
| <i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey) | 96 | <i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag | 286 |
| <i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents) | | Buchbesprechungen | |
| <i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization) | 225 | <i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen | 200 |
| <i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents) | 149 | <i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen | 281 |
| | | <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 | |

Aus der Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kassel
(Leiter: Dr. med. G. Paul)

Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von Günter Paul

Zusammenfassung

Es wird ein kurzer Überblick über die Diskussion um die Zielsetzung tagesklinischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen gegeben. Es folgt die Beschreibung der Kasseler Tagesklinik, in der 12 Plätze für Kinder im Alter von 3–14 Jahren zur Verfügung stehen. Anhand der in den 2 Jahren seit der Eröffnung behandelten 30 Patienten werden therapeutische und pädagogische Arbeitsweisen, Aufnahmeindikationen und Zugangswege dargestellt. Die Vorteile teilstationärer Behandlung liegen vor allem im Erhalt der sozialen Beziehung der Patienten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, einen wesentlichen Schwerpunkt auf die Arbeit mit den Familien zu legen. Grenzen der teilstationären Behandlung ergeben sich aufgrund der spezifischen Ausprägung von auffälligem Verhalten, Instabilität des sozialen Hintergrundes, familiendynamischen Aspekten und organisatorischen Hindernissen. Es wird die Frage diskutiert, unter welchen Voraussetzungen eine tagesklinische Behandlung als Alternative zur vollstationären Behandlung angesehen werden kann.

1. Einleitung

Seit Veröffentlichung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) [2] im Jahre 1975 werden auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärkt neue Versorgungsmodelle diskutiert. Einige neue Einrichtungen wurden im Rahmen der Modellfinanzierung der Bundesregierung in verschiedenen Bundesländern erprobt [13]. Hierzu gehört auch die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Anfang 1982 durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen in Kassel eröffnet wurde.

Während kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in der Psychiatrie-Enquête eine eher untergeordnete Rolle spielen, sind für den Erwachsenenbereich weitgehende Vorstellungen entwickelt worden und seitdem auch eine Reihe von Einrichtungen entstanden. Zwei Zielsetzungen werden genannt:

- Tagesklinik als Alternative zur Vollhospitalisierung bestimmter Patientengruppen;
- Tagesklinik als zweite Behandlungsstufe, die auf die Vollhospitalisierung folgt oder der Rehabilitation chronisch Kranker dient.

Die Aufgabenstellung tagesklinischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Einerseits wird sie als Versorgungsmöglichkeit nur für eine relativ kleine Gruppe von Patienten mit geringerer Therapiebedürftigkeit angesehen [1,4,7,10] oder auf Patienten mit spezifischen Störungen eingegrenzt [3]. Andererseits wird die Auffassung vertreten, daß auch Patienten mit schwergradigen Störungen, die üblicherweise vollstationär versorgt werden, primär tagesklinisch behandelbar sind [8,15].

An Hand der zweijährigen Erfahrungen in der Kasseler Tagesklinik sollen im folgenden Überlegungen über Möglichkeiten und Grenzen dieser Behandlungsform, insbesondere die Frage einer Alternative zur vollstationären Hospitalisierung, diskutiert werden.

2. Organisation und Struktur der Kasseler Tagesklinik

Die Tagesklinik bildet eine Einheit mit einer Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie besitzt 12 Plätze für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von 3–14 Jahren. In einzelnen Fällen wurden auch ältere Jugendliche aufgenommen. Räumlich ist sie im Nebengebäude einer Kinderklinik untergebracht, mit der auch EEG-Labor und Wirtschaftseinrichtungen gemeinsam genutzt werden. Der Standort liegt relativ zentral und verkehrsgünstig im Stadtgebiet von Kassel. Einzugsgebiet ist die Stadt und der Landkreis Kassel mit ca. 400 000 Einwohnern, wobei das Einzugsgebiet der Ambulanz einen wesentlich größeren Bereich umfaßt. Möglichkeiten zur vollstationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen bestehen in dieser Region nicht. In der Tagesklinik arbeitet ein multidisziplinär zusammengesetztes Team aus Psychologe, Sozialpädagoge, -arbeiter, Kinderkrankenschwester, Erzieher, Heilpädagoge und Lehrer unter Leitung eines Arztes.

3. Bisher behandelte Patienten

In den Jahren 1982 und 1983 wurden 30 Behandlungen abgeschlossen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 8,7 Jahre. 6 Kinder (20%) befanden sich im Vorschulalter, 19 Kinder (63%) im Grundschulalter, und 5 Kinder (17%) waren älter als 11 Jahre. 3 dieser Patienten waren Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren. Wie auch

in anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen betrug das Verhältnis Jungen zu Mädchen 2:1.

12 Patienten (40%) ließen sich der Unterschicht und 18 Patienten (60%) der Mittelschicht zuordnen [9]. Innerhalb des Stadtgebietes von Kassel wohnten 20, im Landkreis 10 der Patienten. Letztere kamen ausschließlich aus verkehrstechnisch leicht zu erreichenden, in der Regel direkt an das Stadtgebiet angrenzenden Gemeinden.

3.1 Symptomatik, Diagnosen

Bei der diagnostischen Beurteilung als Grundlage für die Erstellung von Behandlungsplänen orientiert sich die Klinik in der Praxis eher an symptombezogenen und psychodynamischen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung familiendynamischer Aspekte. Um Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wird trotzdem im Rahmen einer Dokumentation eine Klassifikation nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter [16] durchgeführt.

Tabelle 1 zeigt ein deutliches Überwiegen von neurotischen Störungen und Auffälligkeiten im Sozialverhalten, wobei auch bei letzteren in den meisten Fällen emotionale Störungen vorliegen. Aufgrund ihrer besonderen Problematik wurden Kinder mit autistischen Störungen bisher nur in Einzelfällen aufgenommen. Dabei zeigte sich, daß die Betreuung einzelner Kinder mit dieser Symptomatik im Rahmen einer Gruppe unter bestimmten Voraussetzungen, wie z. B. intensiverer Einzelbetreuung, möglich ist.

Hinweise auf leichte hirnorganische Funktionsstörungen (ICD 348.4), d. h. Abweichungen auf neurologischer, neurophysiologischer und neuropsychologischer Ebene, fanden sich bei neun Kindern (30%). Weitere 2 Patienten hatten ein cerebrales Anfallsleiden. Bei einem Kind lag darüber hinaus eine schwere Mißbildung im Anal- und Genitalbereich vor. 14 Kinder (47%) wiesen ausgeprägte expansive, aggressive und hypermo-

torische Verhaltensweisen auf, während 16 Kinder (53%) sich eher introvertiert und angepaßt verhielten. Die allgemeinen Lern- und Leistungsmöglichkeiten lagen bei 27 Kindern (90%) im durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich. Bei nur 3 Patienten fanden sich unterdurchschnittliche Ergebnisse (HAWIK IQ unter 85).

3.2 Zugangswege zur Tagesklinik und vorhergehende Behandlungen

Bei allen teilstationär behandelten Patienten fand vor der Aufnahme eine weitgehende diagnostische Abklärung durch die Ambulanz statt. Die Überweisung an die Ambulanz erfolgte zum größten Teil durch niedergelassene Ärzte (Pädiater, Allgemeinärzte, Nervenärzte). Die übrigen kamen ohne ärztliche Überweisung meist auf Anraten von Schulen, Kindertagesstätten, Psychologischen Beratungsstellen oder des Jugendamtes zur Ambulanz. Bei 18 (60%) hatten schon längere Behandlungen wegen der zur Aufnahme führenden Symptomatik stattgefunden. 9 (30%) davon waren schon stationär behandelt worden. Unmittelbare Übernahmen aus vollstationärer psychiatrischer Behandlung erfolgten in 4 Fällen (13%).

3.3 Aufnahmekriterien

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß für die Entscheidung, eine tagesklinische Behandlung einzuleiten, weniger die diagnostische Einordnung einer Symptomatik, als vielmehr ihre quantitative und qualitative Ausprägung von Bedeutung ist. Die Häufigkeit von zuvor durchgeführten ambulanten Behandlungen weist darauf hin, daß es sich in der Regel um Fälle gehandelt hat, bei denen ambulante Maßnahmen nicht ausgereicht haben oder von vornherein nicht erfolgversprechend schienen. Nicht selten erfolgte die Aufnahme zu einem Zeitpunkt, an dem eine Ausschulung oder Heimunterbringung drohte. Voraussetzung für eine Aufnahme in die Tagesklinik war in allen Fällen ein zumindest formal stabiler sozialer und familiärer Hintergrund, der zum einen den regelmäßigen Besuch der Klinik gewährleistete und zum anderen die Möglichkeiten zur Kooperation mit der Familie des Patienten bot. Außerdem erfolgte die Aufnahme nur, wenn eine verkehrstechnische Bewältigung des Weges zur Klinik gesichert schien. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, daß die genannten Bedingungen vor der teilstationären Aufnahme manchmal nur schwer zu beurteilen sind. In einigen Fällen erfolgte dann auch eine vorzeitige Beendigung der Behandlung, weil bestimmte Einschätzungen sich als falsch erwiesen.

3.4 Verweildauer und Schulbesuch

Die Verweildauer lag zwischen 8 und 449 Tagen. Die mittlere Verweildauer betrug 223 Tage. Tabelle 2 gibt einen Überblick über ihre Verteilung. Mehr als die Hälfte der Kinder (57%) blieb länger als ein halbes Jahr in der Tagesklinik. Verweildauern von weniger als einem

Tabelle 1: Diagnoseverteilung

| Diagnosen | Anzahl der patienten |
|---|----------------------|
| – Auffälligkeiten im Sozialverhalten, emotionale Störungen, psychosomatische Störungen, hyperkinetische Syndrome mit Störungen des Sozialverhaltens (ICD 313., 312., 306., 314.2, 307., 300.) | 26 |
| – Psychotische Störungen (ICD 299.8, 299.9) | 3 |
| – Autistische Syndrome (ICD 299.0) | 1 |
| Hirnorganische Funktionsstörungen | |
| – „MCD“ (ICD 348.4) | 9 |
| – Anfallsleiden (ICD 345.) | 2 |

Monat bei 3 Kindern kamen durch vorzeitige Beendigung, bzw. Abbruch der Behandlung zustande.

Tabelle 2: Verweildauer

| Verweildauer | Anzahl der Patienten |
|-----------------------|----------------------|
| bis 1 Monat | 3 |
| 2 Monate bis 1/2 Jahr | 13 |
| 1/2 Jahr bis 1 Jahr | 7 |
| mehr als 1 Jahr | 3 |
| Mittelwert: 223 Tage | |

Von 24 schulpflichtigen Kindern wurden 22 während des stationären Aufenthaltes unterrichtet. 11 von ihnen erhielten von einer der Tagesklinik zugeordneten Lehrerin einzeln und in kleinen Gruppen Unterricht. 5 davon wurden nach einiger Zeit in eine öffentliche Schule eingegliedert. 11 Kinder besuchten während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine öffentliche Schule.

3.5 Vorzeitige Beendigung, bzw. Abbrüche der Behandlung

In 8 Fällen (27%) wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen. In 5 Fällen brachen die Eltern die Behandlung des Kindes ab, wobei offensichtlich in der Familiendynamik begründete Widerstände durch die in der Therapie bewirkten Veränderungen aktiviert und verstärkt wurden. Bei einem der 5 Fälle wurde das Kind anschließend in einer entfernten kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik aufgenommen. In einem weiteren Fall wurde der Patient aus der bisherigen Pflegefamilie herausgenommen und wechselte in diesem Zusammenhang den Wohnort. Trotz des Abbruchs wurde ein Kind durch die Ambulanz weiterbetreut. Eine weitere Behandlung scheiterte, weil der Kostenträger nicht bereit war, die Transportkosten zwischen Wohnung und Klinik zu erstatten. Auf Veranlassung der Klinik wurde in einem Fall die Behandlung beendet, weil einerseits eine zunehmende Selbst- und Fremdgefährdung durch das Kind entstand, die im Rahmen einer offenen Station nicht mehr zu bewältigen war, und andererseits die Familie nach kurzer Zeit keinerlei Kooperationsbereitschaft mehr zeigte (siehe Fall 2).

4. Behandlungsansätze

Die Behandlung der Kinder richtet sich nach 2 Schwerpunkten: Das Behandlungsteam hat sowohl im therapeutischen als auch im pädagogischen Bereich die Aufgabe, dem Kind zu helfen, seine Konflikte zu bearbeiten und zu bewältigen, neue, insbesondere soziale Verhaltensweisen zu erlernen und Entwicklungsrückstände auszugleichen. Im Zentrum steht dabei

der Aufbau von Beziehungen zu den Betreuern (Bezugspersonen) und die Integration in die Gruppe der anderen Kinder. Die verschiedenen Therapien – einschließlich medikamentöser Behandlung – (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Beschäftigungstherapie) sind in ein umfassendes Behandlungskonzept und in die pädagogische Betreuung integriert.

Den zweiten Schwerpunkt bildet die Arbeit mit der Familie. Neben häufigen eher informellen Kontakten finden regelmäßig – etwa einmal wöchentlich – therapeutische Familiensitzungen statt, in die auch Geschwister und eventuell weitere Bezugspersonen des Kindes einbezogen werden. Ziel der Arbeit mit der Familie ist es, Veränderungen im Familiensystem, in den Beziehungen der Familienmitglieder untereinander zu bewirken, um für die weitere Entwicklung des Kindes günstige Bedingungen zu schaffen. Hinzu kommt noch eine enge Kooperation mit der Schule, um eine drohende Aussonderung des Kindes zu verhindern, den Lehrern zu helfen, die Besonderheiten des Kindes zu verstehen und gemeinsam Unterstützungsmöglichkeiten für die geistige und soziale Entwicklung des Kindes zu erarbeiten.

4.1 Nachbetreuung

Neben sonder- und heilpädagogischer Maßnahmen bedurfte eine Anzahl der behandelten Kinder nach der Entlassung einer therapeutischen Weiterbetreuung. Bei 18 (60%) der teilstationär behandelten Kinder fand eine einzel-, in den meisten Fällen eine familientherapeutische Weiterbetreuung statt, die in 15 Fällen durch die Klinikambulanz über einen längeren Zeitraum fortgeführt wurde.

5. Falldarstellung

Um die Arbeit der Tagesklinik und ihre Möglichkeiten zu veranschaulichen, möchte ich zwei Fälle, die charakteristisch für bestimmte der zuvor genannten Aspekte sind, schildern.

5.1 Erstes Fallbeispiel

Monika war bei der Aufnahme in die Tagesklinik 14 Jahre alt. Zu diesem Zeitpunkt berichteten die Eltern über lange Rituale beim Waschen und Anziehen und zwanghaftes Wiederholen von Fragen. M. hatte kaum zu Gleichaltrigen Kontakt. Sie selbst berichtete andeutungsweise über soziale Ängste. Kurz vor der Aufnahme äußerte sie mehrmals Suicidabsichten. Abends zeigte sie häufig heftige Angstzustände, schlief erst nach Mitternacht ein und ließ auch die übrige Familie nicht mehr schlafen.

Eigenanamnese:

Komplizierter Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Körperliche, motorische und sprachliche Entwicklung verliefen unauffällig. Mit knapp einem Jahr stationäre Behandlung wegen schwerer Dyspepsie. Seit dem Alter von 13 Jahren häufig Klagen über Bauchschmerzen. Mehrfache Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf eine körperliche Erkrankung. Seit dem Kleinkindalter kontinuierlich nächtliche Angstzustände. Früher Beginn der Sauberkeitserziehung, die aber erst mit 4 Jahren ab-

geschlossen war. Nach der Einschulung Trennungsängste von der Mutter. In der 5. Klasse zunehmend schulphobisches Verhalten. Leistungsabfall seit Besuch des Realschulzweiges.

Nach längerer ambulanter nervenärztlicher Behandlung erfolgte ein halbes Jahr vor der Aufnahme in die Tagesklinik eine stationäre kinderpsychiatrische Behandlung in einer 100 km vom Wohnort entfernten Klinik, die aber nach knapp 4 Wochen wieder abgebrochen wurde, nachdem sich M. mit verdeckter Unterstützung durch die Eltern von Beginn an heftig gegen die Trennung von der Familie gewehrt hatte und zu keiner Mitarbeit in der Klinik bereit war. Danach erfolgte über ein halbes Jahr eine familientherapeutische Betreuung durch unsere Ambulanz, die jedoch keine wesentliche Besserung bewirkte. Schließlich verweigerte Monika den Schulbesuch völlig.

Familiärer Hintergrund:

Der als kaufmännischer Angestellter tätige Vater wirkt psychisch wenig belastbar, leidet an Magenbeschwerden und war vorübergehend in nervenärztlicher Behandlung. Die Mutter ist nicht berufstätig. Sie berichtet von sich selbst über zwanghafte Verhaltensweisen. M. hat keine Geschwister. Wegen der nächtlichen Ängste schlief sie seit einiger Zeit mit der Mutter im elterlichen Schlafzimmer, während der Vater in M.'s Zimmer auswich.

Untersuchungsbefunde:

Körperlich gesundes Mädchen mit noch überwiegend kindlichem Habitus. Neurologische Untersuchung unauffällig. Un auffälliger EEG-Befund. Testpsychologisch ergaben sich im HAWIK durchschnittliche Lern- und Leistungsmöglichkeiten. In projektiven Tests imponierte M. als psychoneurotisch gestört, angstbesetzt, Ich-schwach und emotional erregbar. Sie fühlte sich allein, eigenen und fremden Gefühlen und Affekten ausgeliefert. Hinweise auf narzißtische Persönlichkeitsstruktur.

Behandlungsverlauf:

Im Einzelkontakt verhielt sich M. von Anfang an sehr zugewandt. Sie äußerte starke, häufig unrealistische Kontaktwünsche und wich bei Versagungen in Phantasien mit völlig unrealistischem Ich-Ideal aus. In Gruppensituationen verhielt sie sich eher passiv und zurückgezogen. Sie äußerte starke soziale Ängste, besonders vor neuen Situationen. In der Einzeltherapie und in der Gruppe wurde besonderes Gewicht auf das Bewußtmachen von Gefühlen und Bedürfnissen und auf Überwindung von Ängsten gelegt.

Gleichzeitig fanden regelmäßige familientherapeutische Sitzungen statt. Wichtiges Ziel war, M. bei einer schrittweisen Selbstständigkeit zu unterstützen. Dies führte zu krisenhaften, teilweise aggressiven Auseinandersetzungen in der Familie, insbesondere zwischen M. und ihrer Mutter. Es gelang jedoch teilweise, auch die Unterstützung der Eltern für diese Entwicklung zu gewinnen. Während sich M.'s Symptomatik, insbesondere Zwangshandlungen und soziale Ängste, am Ende der tagesklinischen Behandlung von 6 Monaten weitgehend verloren hatten, entwickelte sich die familiäre Situation nicht im gleichen Maße positiv. Nach der Entlassung wurde deshalb eine ambulante Familientherapie durch die Ambulanz weitergeführt. Nach mehr als einem Jahr läßt sich inzwischen auch in den familiären Beziehungen eine positive Veränderung feststellen. M. selbst wirkt wesentlich stabiler und selbständiger.

5.2 Zweites Fallbeispiel

Markus war bei der Aufnahme in die Tagesklinik 8 Jahre alt. Vorausgegangen war ein zweimonatiger stationärer Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, wohin er nach 2 Strangulationsversuchen in einem Rehabilitationszen-

trum, in dem er seit 9 Monaten lebte, verlegt worden war. Die Aufnahme in der Tagesklinik erfolgte mit dem Ziel, ihn langfristig im Rahmen der Familie weiterbetreuen zu können.

Eigenanamnese:

Komplizierter Schwangerschaftsverlauf. Angeborene Analatresie und Rekto-Urethralfistel. Trotz Operation weiterbestehende Stuhl- und Harninkontinenz. Ansonsten normale körperliche und motorische Entwicklung. Besuch der Sonderkindertagesstätte und später Schule für Körperbehinderte. Zahlreiche ambulante Untersuchungen und stationäre Aufenthalte in Kinderkliniken. Eine notwendige weitere plastische Operation durchzuführen scheiterte an mangelnder Kooperationsbereitschaft der Familie.

Familiärer Hintergrund:

Zweites von 3 Kindern, die von unterschiedlichen Vätern stammen. Das erste wurde zur Adoption freigegeben, der jüngere Bruder ist deutlich entwicklungsverzögert. Die Mutter, die einen sozialen Abstieg hinter sich hat, lebt mit dem Vater des 3. Kindes zusammen, der M.'s Adoption beantragt hat. Symbiotische Beziehung zu M., auf den sich ihre wesentlichen emotionalen Bedürfnisse richten. Dabei auffälliger Wechsel zwischen engem Ansichbinden und schroffer Ablehnung.

Untersuchungsbefunde:

Körperlich altersgemäß entwickelter Junge. Die neurologische Untersuchung ergab leichte Störungen der Koordination und Feinmotorik. Unauffälliger EEG-Befund. Durchschnittliche Lern- und Leistungsmöglichkeiten, keine gravierenden Teilleistungsschwächen. In projektiven Tests dominierte M.'s „anale“ Problematik. Sehnsucht nach Schutz und Geborgenheit.

Behandlungsverlauf:

Anfangs nahm M. rasch Kontakt zu Erwachsenen auf und verhielt sich sehr angepaßt. Zunehmend kam es bei Mißerfolgs-erlebnissen und Versagungen zu massiven aggressiven Durchbrüchen. Den anderen Kindern gegenüber verhielt er sich extrem mißtrauisch, in einer größeren Gruppe war er bald isoliert. Mit zunehmendem Vertrauen zu seinen Bezugspersonen machte M. aber Fortschritte: Es wurden regelmäßige Toilettengänge möglich. Einzelspielsituationen konnten allmählich auf Kleingruppen ausgeweitet werden. M. wurde in eine Schule für Verhaltensgestörte integriert.

Im Gegensatz dazu wurde die Zusammenarbeit mit der Familie immer schwieriger. Nur selten erschien die Mutter zu den vereinbarten Terminen, was bei M. massive Enttäuschungsreaktionen hervorrief. Kontakt zum Stiefvater herzustellen, gelang nicht. Die Diskrepanz zwischen den häuslichen Bedingungen und denen der Klinik verunsicherte M. zunehmend, ohne daß diese Problematik mit der Familie bearbeitet werden konnte. Nach etwa 2 Monaten nahmen die aggressiven und destruktiven Handlungen wieder zu, er dehnte sich zunehmend auch auf die Umgebung der Tagesklinik aus. Zeitweilig blieb er über Stunden der Tagesklinik fern. In spieltherapeutischen Situationen zeigten sich wieder autoaggressive Tendenzen. Nach einer Behandlungsdauer von knapp 4 Monaten entschlossen wir uns, M. mit der Empfehlung einer langfristigen Heimunterbringung, eventuell auch unter Neuregelung des Sorgerechts, zu entlassen.

6. Diskussion

Während vor allem in den angelsächsischen Ländern schon in den 50er und 60er Jahren Konzepte zur tagesklinischen Behandlung von Kindern entwickelt und eine Reihe kinder- und jugendpsychiatrischer Tageskliniken

ingerichtet wurden [4,5,8,12,17], werden im deutschsprachigen Raum mit Ausnahme der Schweiz [3,6] erst in den letzten Jahren derartige institutionelle Behandlungskonzepte diskutiert [7,10]. Der Erfahrungszeitraum der Kasseler Tagesklinik ist noch sehr kurz. Die vorhandenen Daten und Erfahrungen lassen daher auch nur vorläufige Schlüsse zu.

Es wird die Frage gestellt, ob eine tagesklinische Behandlung eine Alternative zur vollstationären Behandlung ist oder allenfalls eine ergänzende Maßnahme der Nachbehandlung darstellt oder als eine intensivere und aufwendigere Form ambulanter Behandlung gesehen werden kann. Diese Frage wird vor allem von Kostenträgern aufgeworfen in bezug auf die Bestimmungen der RVO (§ 184).

Die bisher in der Tagesklinik behandelten Kinder weisen Störungen und Erkrankungen auf, die denen einer Population des entsprechenden Altersbereiches in einem vollstationären Bereich mit ähnlichem therapeutischen und pädagogischen Setting entsprechen. Fall 1 stellt ein typisches Beispiel für die überwiegende Zahl neurotisch-gestörter Patienten dar. Auch die hohe Zahl von Kindern mit aggressiven und hyperaktiven Verhaltensauffälligkeiten ist vergleichbar. Es ist anzunehmen, daß alle aufgenommenen Kinder, die nicht aus einer vollstationären Behandlung übernommen wurden, zum gleichen Zeitpunkt oder nicht wesentlich später bei Nichtvorhandensein der Tagesklinik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vollstationär aufgenommen worden wären. Darauf weisen die zuvor ohne ausreichenden Erfolg durchgeführten ambulanten Behandlungen bei der Mehrzahl der Kinder hin. Ihr Scheitern wurde von der Ambulanz als wesentliches Kriterium bei der Entscheidung zur Aufnahme in die Tagesklinik angesehen. Wenige Patienten wurden direkt aus längerer vollstationärer Behandlung übernommen und meist erfolgreich im Rahmen der teilstationären Betreuung in ihr ursprüngliches soziales Feld reintegriert. Bei den bisher behandelten Patienten nehmen diejenigen aus Mittelschichtfamilien einen relativ großen Anteil ein. Dies könnte mit den Voraussetzungen einer erfolgreichen teilstationären Behandlung zusammenhängen [15]. Allerdings müssen Verzerrungen durch die geringe Patientenzahl berücksichtigt werden. Auch der anfangs geringe Bekanntheitsgrad der Einrichtung in der Region könnte dazu beigetragen haben, daß Mittelschichtklienten mit ihrer relativ größeren sozialen Kompetenz im Vergleich zu Unterschichtsangehörigen eher zur Ambulanz und Tagesklinik gelangten.

Die Verweildauer in der Tagesklinik liegt mit einem Durchschnitt von 223 Tagen über der Verweildauer in bezügl. Alter und Störungen der Patienten vergleichbaren vollstationären Bereichen kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken. Ob dies auf institutionelle Bedingungen oder eher subjektiv bestimmten Umgang mit der Entlassung der Kinder [15] zurückzuführen ist, läßt sich derzeit kaum beurteilen. Berücksichtigt werden muß, daß zum einen die Notwendigkeit längerfristiger Therapie ein Aufnahmekriterium darstellt und zum anderen Akut- bzw. Krisenaufnahmen Ausnahmefälle sind.

Connell [5] wies schon 1961 auf die grundlegenden Vorteile tagesklinischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen hin: Sie vermeidet das Trauma der Separation eines Kindes durch Vollhospitalisierung und die Schwierigkeit, es nach der Behandlung in seine ursprüngliche Umgebung wieder zu reintegrieren. Dies betrifft in besonders hohem Maße jüngere Kinder [8]. Hinzu kommt, daß Vollhospitalisierung in der Regel die Unterbringung in einer vom Wohnort fernen Institution unter den von der gewohnten Umwelt sehr verschiedenen Bedingungen einer Klinik bedeutet. Der gemeindenaher Standort der Tagesklinik und die tägliche Rückkehr der Kinder in die Familie gewährleistet weitgehende Aufrechterhaltung der sozialen Bezüge. Nach der Entlassung kann – wenn notwendig – die Weiterbetreuung durch die Institution, zum großen Teil sogar in personeller Kontinuität, oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen am Ort von diesen fortgesetzt werden.

Wie die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, bedürfen nicht alle Kinder besonderer schulischer Maßnahmen, auch wenn die Schulprobleme wesentlicher Bestandteil der Gesamtproblematik sind. Ein beträchtlicher Teil konnte während der tagesklinischen Behandlung die ursprüngliche Schule weiterbesuchen. In Kooperation mit den betreffenden Lehrern wurden häufig spezielle Förderungsmöglichkeiten erarbeitet. Andere Kinder erhielten zunächst im Rahmen der Klinik einzeln oder in kleinen Gruppen Unterricht und wurden dann im Laufe der Behandlungszeit in eine öffentliche Schule integriert.

Es zeigt sich, daß eine Tagesklinik in bestimmten Punkten eine größere Flexibilität bezüglich der Bedürfnisse der Patienten besitzt. Sie bietet beispielsweise durch den Wegfall des Schichtdienstes den Vorteil eines über den ganzen Tag hin konstanten Bezugspersonensystems. Auch die zeitliche Anwesenheit der Kinder konnte flexibel gehandhabt werden. So besuchten einige Patienten in der Zeit vor ihrer Entlassung nur noch an bestimmten Wochentagen die Klinik, um so eine schrittweise Ablösung zu ermöglichen.

Von grundlegender Bedeutung erwies sich die Möglichkeit eines kontinuierlichen Kontaktes mit den Familien und für das Kind wichtigen Personen. Im Mittelpunkt des Behandlungskonzeptes steht deshalb auch die Arbeit mit den Familien. Ihr Ziel ist es, die familiären und sozialen Bedingungen, unter denen der Patient lebt, gleichzeitig mit seiner individuellen Behandlung zu verändern. Der Druck zu Veränderung in der Familie wird so über die gesamte Behandlungszeit aufrechterhalten, und der Aufenthalt in der Tagesklinik stellt häufig einen Anstoß zur Veränderung des Familiensystems dar, was sich vor allem bei sehr rigiden familiären Interaktionsmustern als hilfreich erweisen kann. Bei Familien mit sehr diffusen Grenzen, vor allem bei psychosomatischen Familien [14], kann das tagesklinische Setting die Entwicklung von Eigenständigkeit und Abgrenzung unterstützen.

Die bisherigen Erfahrungen lassen bestimmte Grenzen tagesklinischer Behandlung erkennen: Zum einen gibt es sicherlich Fälle, in denen eine vollständige Herausnahme

des Kindes aus seiner bisherigen Umgebung indiziert ist. Dies trifft möglicherweise auf den geschilderten Fall 2 zu. An diesem Fall wurden darüber hinaus auch die Grenzen einer derartigen Einrichtung bei Kindern mit sehr expansiven Verhaltensauffälligkeiten, die eine ausgeprägte Selbst- und Fremdgefährdung hervorrufen, deutlich [8].

Wesentliche Voraussetzung für eine erfolgsversprechende tagesklinische Behandlung stellt eine bestimmte Stabilität der sozialen Umgebung des Kindes dar. Dies betrifft zum einen eher organisatorische Aspekte, z. B. die Gewährleistung eines regelmäßigen Transportes zur Klinik und zurück. Dies betrifft zum anderen aber auch familiendynamische Aspekte [11]. So war in einigen Fällen eine sinnvolle Weiterarbeit nicht möglich, da veränderungsresistente, chaotische Beziehungsmuster in der Familie keinerlei Kooperation mehr ermöglichten und die völlig gegensätzlichen Bedingungen in Klinik und Familie zu einer zunehmenden Verunsicherung des Kindes führten. Dabei sollte allerdings in Betracht gezogen werden, daß zu hohe Ansprüche an die Kooperationsbereitschaft der Familien auch eine unter Umständen unnötige Selektierung der in Frage kommenden Patienten bedeuten kann [3]. Unter familientherapeutischen Gesichtspunkten stellt auch die Teilhospitalisierung eines Kindes eine Verstärkung seiner Rolle als Symptomträger eines gestörten Familiensystems dar [19]. Dies muß in der Arbeit mit der Familie berücksichtigt werden. Es bedeutet, daß die Therapeuten akzeptieren, daß der Fokus zunächst beim Indexpatienten liegen muß, daß erst im weiteren Behandlungsprozeß und manchmal auch erst in der ambulanten Weiterbehandlung eine vorsichtige Erweiterung des Fokus auf das gesamte Familiensystem erfolgen kann.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist ein organisatorischer, bzw. technischer Aspekt: Der regelmäßige Transport des Kindes von Zuhause zur Klinik und zurück stellt eine erhebliche Belastung von Patient und Familie dar. Nur in Ausnahmefällen ist es anderen Familienmitgliedern zuzumuten, über Wochen und Monate ein Kind täglich zur Klinik zu bringen und wieder abzuholen. Leider bestehen bisher noch erhebliche Widerstände bei den Kostenträgern, den Transport der Kinder, z. B. durch Hilfsorganisationen, zu finanzieren. In einigen Fällen mußten deshalb Behandlungen abgebrochen werden oder kamen gar nicht erst zustande. Auch bei Sicherstellung des täglichen Transportes grenzt seine Notwendigkeit den Einzugsbereich einer Tagesklinik ein. So kommen die meisten Kinder aus dem Stadtgebiet von Kassel oder angrenzenden Gemeinden des Landkreises, von wo aus die Klinik auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist.

Die notwendige Beschränkung auf das beschriebene Einzugsgebiet läßt die bisherige Größe der Klinik mit 12 Plätzen als ausreichend erscheinen, zumal das Höchstalter der Kinder auf 14 Jahre festgelegt wurde. Letzteres hat sich als sinnvoll bestätigt, da bei Jugendlichen in teilstationären Behandlungen andere Voraussetzungen gegeben sein müssen. Da sich bei diesen Patienten, wenn

sie gleichzeitig zur Schule gehen oder eine Berufstätigkeit ausüben, die Behandlungszeit auf die späten Nachmittagsstunden und den Abend verlagert, wäre eine sogenannte Nachtklinik als Alternative zu diskutieren.

Für die betreffende Region bedeutet die Einrichtung der Tagesklinik eine wesentliche Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Trotzdem besteht darüber hinaus Bedarf nach einer gemeindenahen vollstationären Versorgung, da eine teilstationäre Einrichtung, wie gezeigt, nur bestimmte Patientengruppen versorgen kann. Es ist dabei anzunehmen, daß sich der Bedarf an vollstationären Behandlungsplätzen entsprechend reduziert [18]. Für die Tagesklinik würde eine mit ihr verbundene vollstationäre Behandlungseinheit erhöhte Flexibilität und auch eine Ausweitung ihrer Möglichkeiten bedeuten.

Summary

Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry

The author discusses the aims of psychiatric day-hospitals for children and adolescents. A description is given of the Kassel day-hospital in which up to 12 patients aged 3–14 can be treated. Therapeutic and pedagogic ways of treatment, indications of admission and ways of approach are explained for the sample of 30 patients so far treated since the opening of the clinic two years ago. The advantage of partial hospitalisation was mainly found in the maintenance of the patients' social relations. Therein results the necessity to put the main effort into family work. Limits of partial hospitalisation result in specific deviant behavior, instability of social background, aspects of family dynamics and organizational obstacles. The author discusses which provisions of day-patient treatment are preferable in comparison to inpatient treatment.

Literatur

- [1] Bentovim, A., Landadown, R.: Day hospitals and centres for disturbed children in the London area. In: Brit. Med. J. 4, 536–538, 1973. – [2] Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200 Deutscher Bundestag, Bonn, 1975. – [3] Bettschart, W.: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsych. 31, 87–92, 1982. – [4] Chazin, R. M.: Day treatment of emotionally disturbed children. In: Child Welfare 48, 212–218, 1969. – [5] Connell, P. H.: The day hospital approach in child psychiatry. In: J. Ment. Sci. 107, 969–977, 1961. – [6] Corboz, R. J.: Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Schweiz. Z. Kinder- Jugendpsych. 11, 116–132, 1983. – [7] Heinhold, K. J.: Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik. In: Bosch, G., Veltin, A.: Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung, 129–136, Rheinland-Verlag, Köln, 1983. – [8] Hersov, J., Bentovim, A.: Inpatient units and day-hospitals. In: Rutter, M., Hersov, J.: Child Psychiatry, Modern Approaches 880–900, Blackwell Sci. Publ., Oxford, 1976. – [9] Kleining, Moore: Soziale Selbsteinschätzung. In: Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 20, 502–552, 1968. – [10] Landsberg, W.: Die

Tagesklinik – eine Erweiterung der Möglichkeiten zur Behandlung seelisch gestörter Kinder und Jugendlicher in Kliniken. In: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis* 87–90, Kongreßbericht 1980. – [11] *La Viétes, R. et al.*: Day treatment center and school: seven years' experience. In: *Am. J. Orthopsychiat.* 35, 160–169, 1965. – [12] *Marshall, K., Stewart, M. F.*: Day treatment as a complementary adjunct to residential treatment. In: *Child Welfare* 48, 40–44, 1969. – [13] *Martinius, J.*: Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. *Z. Kinder- Jugendpsych.* 11, 3–12, 1983. – [14] *Minuchin, S. et al.*: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart, 1981. – [15] *Poustka, F.*: Graduelle Entlassung als teilstationäre Behandlung. In: *Psych. Prax.* 5, 155–159, 1982. – [16] *Remscheidt, H., Schmidt, M.*: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach

Rutter, Shaffer und Sturge. Huber, Bern, 1977. – [17] *Ross, A. L., Schreiber, L. J.*: Bellefaire's day treatment program: an interdisciplinary approach to the emotionally disturbed child. In: *Child Welfare* 54, 183–194, 1975. – [18] *Specht, F.*: Strukturen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung – Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête und ihre notwendig gewordenen Modifikationen. In: *Die jetzige Situation und künftige Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung* 13–16, Landschaftsverband Rheinland, Köln, 1981. – [19] *Tornow, H.*: Familien-therapie in stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. In: *Schneider, K.*: Familien-therapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen 402–407, Junfermann-Verlag, Paderborn, 1983.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Günter Paul, Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Herkulesstr. 111, 3500 Kassel.

Familiendynamik und Lernstörungen

Von Cordelia Fertsch-Röver-Berger

Zusammenfassung

Auf dem Hintergrund der Theorie der psychoanalytischen Familientherapie werden bestimmte Familien-Interaktionen und zentrale unbewusste Konflikte, die in Familien mit lerngestörten Kindern häufig anzutreffen sind, vorgestellt; so der Mechanismus der Projektion des Versagens auf einen Symptomträger, die symbiotische Mutter-Kind-Beziehung, die lernhemmende Wirkung eines Familiengeheimnisses, das Schulversagen als Aggressionsäußerung, die narzißtischen Anteile einer Lernstörung und die Rolle von verbotenen sexuellen Phantasien. Jeweils ein Fallbeispiel illustriert die Dynamik und den Ansatz zur Veränderung.

1. Einleitung

Leistungsstörungen oder Leistungsversagen lassen sich bestimmt nicht auf eine spezifische Familienstruktur oder eine typische Familien-Interaktion zurückführen. Man wird Familien, die ein lerngestörtes Mitglied vorweisen, nicht so eindeutig von anderen abgrenzen können, wie dies eher bei Familien mit psychosomatischen (*Wirsching, Stierlin*, 1982) oder schizophrenen Symptomen (*Lidz*, 1976; *Wynne*, 1982; *Stierlin*, 1982) möglich ist. Betrachtet man die Störung unter psychosozialen Gesichtspunkten, so sind auch außerfamiliale Interaktionspartner beteiligt. Leistungsstörungen werden vorrangig in der Schule bemerkbar und häufig zuerst vom Lehrer festgestellt. So sind nicht in jedem Fall allein die gestörten Familien-Beziehungen für ein Schulversagen verantwortlich, sondern auch schulische Bedingungen wie Klassensituation, Beziehung zum Lehrer und dessen Persönlichkeitsstruktur oder Konflikte zwischen Schule und Elternhaus (siehe dazu *Laupenmühlen und Portmann*, 1979; *Overbeck* 1978; *Neraal et al.*, 1983).

Im folgenden soll allerdings der Blick überwiegend auf die Familie gelenkt werden. Bestimmte Familien-Interaktionen, zentrale unbewusste Konflikte, die häufig in Familien mit Leistungsstörungen zu finden sind, sollen vorgestellt werden. Zur Illustration der jeweils angeführten Problematik folgt ein Fallbeispiel. Dabei ist es beinahe überflüssig zu erwähnen, daß in der Praxis natürlich selten so idealtypisch ein Problem alleine dominiert. Meist sind die Interaktionen vielschichtiger und durch verschiedene Problembereiche definiert. Oft ist das Leistungsversagen auch nicht das einzige Symptom und kann noch von anderen Verhaltensauffälligkeiten begleitet werden.

2. Die Familie braucht einen Versager

In der familientherapeutischen Literatur wird die symptomneurotische Familie beschrieben (*Richter*, 1972): eine Familie, die eines ihrer Mitglieder zum Symptomträger konstellierte und somit die anderen entlastet. Dieser Symptomträger muß stellvertretend für die anderen deren abgewehrte Anteile, wie z. B. sexuelle Wünsche, Verwahrlosungs- oder kriminelle Impulse ausagieren. *Stierlin* (1975) beschreibt in seiner Terminologie diesen Mechanismus mit Delegation¹.

Besteht das auffällige Verhalten des Symptomträgers im Leistungsversagen, so dient dieser als Projektionsfläche für das verleugnete oder gefürchtete Versagen des anderen. Versagensängste oder tatsächlich eingetretene Mißerfolge bei den Eltern oder Geschwistern können besser ertragen werden, wenn der Symptomträger diese übernimmt. Einer mit schlechten Leistungen wird gebraucht, damit die übrigen Familienmitglieder, im Ver-

¹ Die hier besprochene Problematik könnte dann eine Delegation im Dienste des elterlichen Ichs oder Über-Ichs genannt werden.