

Ullrich, Gerald

Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 8, S. 299-305

urn:nbn:de:bsz-psydok-36668

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

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Specialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren¹

Gerald Ullrich

Zusammenfassung

Um eine mögliche Fragmentierung des Arbeitsbereichs zu vermeiden, wie es im Teil I angedeutet wurde, brauchen psychosoziale Mitarbeiter Möglichkeiten zur flexiblen Aushandlung ihrer beruflichen Position. Dazu werden in diesem Teil II die Hauptarbeitsfelder beschrieben: Arbeit am Behandlungsmilieu (zu der die Einflußnahme auf den unmittelbaren Lebensraum Klinik gehört, die Verbesserung der Kooperation der Behandler, und die Beratung der Behandler); supportive Psychotherapie; edukative Ansätze und Programme; Verbessern der Möglichkeit, über die Krankheit und ihre Begleitumstände zu reden sowie die Einflußnahme auf den öffentlichen Umgang mit Krankheit. Die Beschreibung unterschiedlicher Handlungsmöglichkeiten dient dazu, die (Gruppe der) psychosozialen Mitarbeiter daran zu erinnern, daß neben der „Begleitung“ des Patienten andere Optionen bestehen – auch wenn diese weniger gut etabliert sein mögen.

„Daß der Patient im Krankenhaus keine Stellung,
sondern bestenfalls eine Lage hat,
ist beinahe zum geflügelten Wort geworden“
(ROHDE 1974, S. 279)

1 Einleitung

Im ersten Teil dieses Beitrages war unter Bezugnahme auf BUCHHOLZ (1988) die Position und Kompetenz des psychosozialen Mitarbeiters in der somatisch orientierten Pädiatrie (Medizin) als „prekär organisiert“ bezeichnet worden. Die in dieser prekären Organisation gelegene Statusunsicherheit werde, so der Gedankengang, durch eine Verengung der eigenen Aufgabendefinition auf Therapeutisches und auf Einzelfallbetreuung zu stabilisieren versucht, woraus sich allerdings langfristig sowohl Schwierigkeiten mit den primär *somatisch* kranken Patienten ergeben können, als auch mit den etablierten Behandlern, die sich so durch psychosoziale Spezialisten leicht in ihrer Fähigkeit und Zuständigkeit für psychosoziale

¹ Die Arbeit verzichtet der Lesbarkeit wegen auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise (psychosoziale Mitarbeiter/-innen usw.) und appelliert insofern an die Fähigkeit, Bezeichnungen für Berufsgruppen als für beide Geschlechter gültig betrachten zu können.

Aspekte der medizinischen Behandlung in Frage gestellt sehen.

Mit der hier vorgetragenen Bestandsaufnahme und Systematisierung (möglicher) psychosozialer Aufgabenfelder soll einer langfristig problematischen Verengung der Aufgabendefinition psychosozialer Mitarbeiter entgegen gewirkt werden. Während noch im Teil I auf konventionelle Aufgabenfelder hingewiesen wurde, die auf *wohlumschriebene*, z. B. diagnostische Probleme oder therapeutisch anzugehende Verhaltensauffälligkeiten bezogen sind und in der Regel *keine Statusunsicherheit* des psychosozialen Mitarbeiters implizieren, werden in diesem Teil die sich neu stellenden Aufgaben thematisiert.

Als Adressat dieser konzeptuellen Ausführungen, dies sei zur Vermeidung von Mißverständnissen gleich vorangestellt, ist die virtuelle *Gruppe* psychosozialer Mitarbeiter gemeint. Die Auflistung möglicher Aufgaben und Tätigkeiten soll nicht als „Meßlatte“ für jeden einzelnen mißverstanden werden, an der gemessen sie oder er sich dann womöglich als überwiegend defizitär wiedererkennen muß. Beabsichtigt wäre dagegen jenes Unbehagen, das eventuell entsteht, wenn sich zeigt, daß die Gruppe psychosozialer Mitarbeiter als ganze sich nur auf einen kleinen Ausschnitt der hier skizzierten Aufgaben beschränkt.

2 Neue Aufgaben im Kontext chronischer Krankheit und Krankheitsbewältigung

Umschriebene Funktionsdefizite oder gelegentliche psychopathologische Auffälligkeiten von Patienten in der pädiatrischen Versorgung hat es schon immer gegeben und daher gibt es auch schon seit langer Zeit spezifische Mitarbeiter für diese (sporadischen) Problemfälle in zahlreichen Kliniken. Wie schon erwähnt, ist ein qualitativ neuer und hinsichtlich der beruflichen Kompetenzen und Rollen viel prekärer Bereich erst durch die Fokussierung auf chronische und polytraumatisierende Krankheiten entstanden. In ihm stehen der chronisch somatisch kranke Patient, seine Angehörigen und zuweilen auch die Behandler im Vordergrund. Im Hinblick auf die Leistungen, die hier zu erbringen sind, ist es bemerkenswert, daß sie sich erstens eher den Begriffen der Krankheitsbewältigung (Coping), des Social Support und der Prävention zuordnen lassen als einer klinisch-psychiatrischen bzw. psychopathologischen Terminologie (vgl. VON FERBER 1986). Zweitens ist mit dieser inhaltlichen Veränderung auch eine

des Settings psychosozialer Versorgung verbunden: In aller Regel sind aktive Angebote notwendig, es muß also auf den Patienten zugegangen werden. Dies ruft naturgemäß für den Professionellen eine größere Statusunsicherheit hervor, als wenn er aufgesucht wird, also auch im übertragenen Sinne gefragt ist.

Während in diesem neuen Arbeitsfeld häufig die individuelle Begleitung des Patienten (und seiner Angehörigen), also die Einzelfallbetreuung, als eine herausragende und vornehmliche Aufgabe psychosozialer Mitarbeiter betrachtet wird, sollen die folgenden Ausführungen deutlich machen, daß es sich dabei bloß um eine unter mehreren Aufgaben handelt. Es soll also dargestellt werden, welche anderen Wege *auch* beschritten werden können, um zu dem übergeordneten Ziel zu gelangen, daß die Betroffenen den gewachsenen Belastungen auch gewachsen sind.

2.1 Arbeit am Behandlungsmilieu

Für die akute, aber auch für die langfristige Bewältigung gravierender Belastungen durch die Krankheit und ihre Behandlung sind Merkmale des konkreten Behandlungsmilieus von besonderer Bedeutung (vgl. ROHDE 1974; WOLFF 1987).

Negative Einflüsse durch diese quasi strukturellen Aspekte wiegen zumeist so schwer, daß sie nicht durch individuelle Empathie im Einzelkontakt kompensierbar sind. Insofern müßte es ein *vorrangiges Ziel* psychosozialer Mitarbeiter sein, die sozusagen strukturelle Empathie einer Klinik zu verbessern (vgl. besonders ROHDE 1974, der von „veranstalteter Depressivität“ spricht und damit bewußt auf strukturelle Merkmale und nicht auf Persönlichkeitsspezifische Vulnerabilitäten abhebt). Im Hinblick auf die „Arbeit am Behandlungsmilieu“ können unterschieden werden: (a) Humanisierung des Behandlungsumfeldes, (b) Verbesserung der Kooperation zwischen verschiedenen Behandlergruppen, (c) Beratung der Behandler.

Unter dem Stichwort *Humanisierung des Behandlungsumfeldes* können sehr konkrete, z. B. auch die Innenarchitektur und Raumgestaltung betreffende Aspekte verstanden werden. Es geht dabei also vornehmlich um den Gesichtspunkt, die Klinik als *Lebensraum* zu betrachten, und auf ihre Verträglichkeit mit den Bedürfnissen der Patienten, Eltern und Mitarbeiter hin zu prüfen. Häufig sind es eher z. B. Mitarbeiter des Klinik-Kindergartens, die auf solche Gesichtspunkte eingehen und zaghafte Initiativen ergreifen, jedoch wäre wohl noch mehr zu erreichen, wenn sich alle psychosozialen Mitarbeiter für die kind- (und eltern-!)gerechte Gestaltung der Institution verantwortlich fühlten und stark machten.

Bezeichnenderweise findet man in einer *frühen* Publikation zur psychosozialen Pädiatrie (GELLERT 1978) einen Beitrag, der ungewöhnlich konkret (Konstruktionsskizzen, Raumgestaltungsvorschläge usw.) auf diese Dimension eines „ganzheitlichen“ Versorgungsauftrages Bezug nimmt (OLDS 1978). Im Unterschied dazu scheinen neuere Publikationen einer inzwischen etablierteren Psychologie (in) der Pädiatrie (z. B. ROUTH 1988; EISER 1985; PETERMANN et al. 1987) entweder unzulässigerweise davon auszugehen,

daß solche Probleme heute zur Zufriedenheit gelöst seien, oder sie vermögen sich dafür wohl nicht mehr Psychologen bzw. psychosoziale Mitarbeiter als mögliche Anwälte einer solchen Sache vorzustellen. Vollkommen zu Recht stellt OLDS (1978) in ihrem Beitrag fest, daß man wohl kaum davon ausgehen dürfe, die behandelten Kinder könnten die Fürsorge einer kompetenten medizinischen Behandlung von der verängstigenden oder desintegrierenden Atmosphäre des Lebensraums Klinik unterscheiden, weshalb letzterem *dieselbe* Aufmerksamkeit gebühre wie der jeweiligen Behandlungstechnologie. Paradoxerweise findet man wohl häufig gerade dort, wo die am wenigsten traumatisierende Medizin betrieben wird, in Kurkliniken, die kindgerechteste Gestaltung des Behandlungsumfeldes – und umgekehrt.

Wie die Atmosphäre des Behandlungsumfeldes fürsorglich ermutigende oder aber verängstigend-desintegrierende Qualitäten aufweisen kann, so auch die Organisation der Versorgung selbst (vgl. WOLFF 1987). In der *Verbesserung der Kooperation verschiedener Behandlergruppen* liegt daher eine ebenso wichtige Aufgabe psychosozialer Mitarbeiter (der diese aus Angst vor Konflikten oder aufgrund eines Bewußtseins unüberwindlich erscheinender Subalternität jedoch häufig nicht die gebührende Aufmerksamkeit schenken). Beispielhafte Formen solcher Korrekturen wären zum Beispiel die Erarbeitung eines koordinierten Vorgehens bei Eröffnung der Diagnose, dem Umgang mit unklaren Schmerzsymptomen, aber auch die Gestaltung von Patientenvisiten, Hinwirken auf Einrichtung fester Sprechzeiten von Stationsärzten (die häufig „immer da“, aber kaum in Ruhe ansprechbar sind) oder die Problematisierung unabsichtlicher Nebenwirkungen der hochspezialisierten Medizin, nämlich die Diversifikation der ärztlichen Verantwortung für den Patienten auf mehrere ärztliche Experten. Gelegentlich wird eine kritische Betrachtung der Organisation medizinischer Versorgung schon auf basalster Ebene fündig, etwa wenn Zeiten für Visiten nicht festgelegt oder notorisch nicht eingehalten werden. Daraus ergeben sich fast regelmäßig negativ-resignative Reaktionen des betroffenen Personals, notwendig dann mit Folgen auch für die Patienten oder deren Begleitung, vom Energieverlust durch mangelhafte Absprachen ganz zu schweigen. Mitunter haben sehr unscheinbare Nachlässigkeiten, vermittelt über ihre systemischen Konsequenzen, nachhaltigste Auswirkungen.

Gewiß sind dies alles sensible Bereiche, in denen Veränderungen nur in sehr eng gesteckten Grenzen möglich sind. Aber Empathie gegenüber den Betroffenen äußert sich nicht ausschließlich durch verständnisvolles Zuhören und Bestätigen der bei den Betroffenen iatrogen erzeugten Verwirrung. Sie kann womöglich nicht minder wirkungsvoll schon dadurch praktiziert werden, daß man die Berichte solcherart verwirrter und unnötig belasteter Eltern auf den regelmäßigen ärztlichen (oder pflegerischen) Konferenzen bloß nacherzählt, d. h. die ihnen dort *Gehör verschafft*.

Nur am Rande sei erwähnt, daß die Konzentration auf Fragen der Kooperation der Behandler auch Aspekte der Organisationshygiene einschließen könnte oder sollte, also die Arbeitszufriedenheit und ihr Gegenstück, die Unzufriedenheit und Überlastung (Burn out). Denn der Wert einer noch so guten psycho-

sozialen Einzelfallbetreuung kann nie den Schaden aufwiegen, der entsteht, wenn eine ehemals funktionstüchtige, dann aber durch Unzufriedenheit und Überlastung schritt- oder schubweise aufgebende (medizinische) Behandlergruppe auseinanderbricht. In diesem Kontext wäre zugleich zu bedenken, inwiefern die geläufige Klage über eine mangelnde Humanität der Humanmedizin ergänzt werden muß durch eine Analyse der Humanität von *Arbeitsbeziehungen*. Wird der berechnete Anspruch auf eine patientenzentrierte Medizin nicht notwendig idealistisch (abstrakt) bleiben, wenn die Arbeitsorganisation die berechtigten Interessen der *Beschäftigten* systematisch vernachlässigt?

Schließlich kann auch die *Beratung der Behandler* als eine wesentliche Aufgabe psychosozialer Mitarbeiter jenseits der individuellen Patientenbetreuung angesehen werden. HÄRTER und KOCH (1992) ermittelten in ihrer Befragung sogar einen expliziten Arbeitsauftrag seitens der Behandler, daß psychosoziale Mitarbeiter nicht allein für die Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch für sie selbst dasein sollten. Beratung der Behandler kann heißen, ihnen Brücken zu bauen, um den mitmenschlichen Kontakt zu den Betroffenen trotz der *auch auf die Behandler wirkenden* Belastungen der Behandlung zu bewahren oder wiederzugewinnen (vgl. WOLFF u. EHRICH 1987; BÜRGIN 1978). Wie auch für die zuvor genannte Einflußnahme auf die Kooperation, erfordert die Beratung der Behandler vor allem Taktgefühl seitens der psychosozialen Mitarbeiter (sehr instruktiv dafür: SCHATZMANN u. STRAUSS 1979). Möglicherweise noch wertvoller als ein im Taktgefühl zum Ausdruck gelangendes hohes Bewußtsein für Integritätsverletzungen ist eine solide Grundlage *kollegialer* Beziehung und kollegialen Vertrauens. Eine solche läßt sich natürlich weder verordnen noch herstellen. Allerdings ist z. B. die gerade bei psychosozialen Mitarbeitern häufig feststellbare klare Trennung zwischen „den“ Ärzten und „den Psychos“ eine gute Basis, solche kollegialen Beziehungen *nicht* zu entwickeln. Die Unterschiede werden so immer stärker als eventuelle Gemeinsamkeiten betont. In Anspielung an S. FERENCZIS (1988) Diktion psychotherapeutischer Arbeit, nämlich daß es „ohne Sympathie keine Heilung“ gebe, wird man am Ende auch hier wohl vereinfachend sagen können: Ohne Sympathie keine enge Kooperation.

Allzu leicht wird bezüglich der Beratung der Behandler im übrigen übersehen bzw. übergangen, daß das eventuelle Scheitern von Behandlungsbeziehungen, wie es im Begriff der Non-Compliance geläufigerweise (jedoch irreführend; vgl. VON FERBER 1983; WOLFF 1978a) als *Versagen* des Patienten oder der Eltern benannt wird, zunächst einmal eine erhebliche Kränkung des Behandlers darstellt. Diese wird noch dadurch verschärft, daß medizinische Abhandlungen solche Komplikationen in der Behandlungsdurchführung entweder ganz oder in ihrem Ausmaß (Regelmäßigkeit) unterschlagen. Sie suggerieren so eine Normvorstellung des komplikationslos Behandelnden, der gegenüber sich der einzelne Behandler als defizitär erleben muß (vgl. PLOUGH 1986). In der inhaltlichen Fixierung der Klage des Behandlers auf den Patienten wird diese Kränkung *abgewehrt* (Verschiebung), so wie beim Patienten die durch die Krankheit erzeugte Kränkung in der Fixierung

auf seine Symptome (verletzte körperliche Integrität) bzw. auf seine Werte abgewehrt und kontrolliert wird. Wie wir beim Patienten diese Fixierung nicht umstandslos übergehen dürfen, so auch nicht bei den Behandlern, die nicht belehrt, sondern unterstützt werden wollen (vgl. FRIEDRICH 1988).

So heißt es in einer Diskussionsanmerkung (REFFERT u. SCHWEITZER 1988, S. 115) in dem bereits mehrfach zitierten Tagungsband von BRÄUTIGAM von einer inzwischen niedergelassenen und noch konsiliarisch tätigen Psychoanalytikerin: „Beim Hören der vorangegangenen Vorträge sind ihr, wie sie sagt, die *erheblichen Ansprüche der Psychoanalytiker* an die Somatiker deutlich geworden, auch aus Vorgesprächen mit psychoanalytischen Kollegen über ihr Vorhaben ist ihr Eindruck, daß diese Kollegen am liebsten gleich die ganze Klinik verändern wollten oder, wenn dies nicht möglich sei, doch wenigstens die behandelnden Ärzte. Ihr ist klargeworden, daß sie dies nicht will, zu gut erinnert sie sich an ihre eigene Zeit als Stationsärztin und ihre Gefühle, als sie Konsiliarscheine ausstellte: Sie hat *Hilfe gebraucht*, diagnostische Klärung, einen Ratschlag, aber wollte nicht als Vorbedingung dafür erstmal verändert werden“ (Hv. im Orig.). Für die „Beratung des Behandlers“ bedarf es also wohl eher einer Variante der „supportiven Psychotherapie“ anstelle der auch von HÄRTER u. KOCH (1992) favorisierten (externen) „Supervision“, die zu ihrer Anwendung einen Leidensdruck und ein Problembewußtsein *voraussetzt*, das – aus welchen Gründen auch immer – *nicht* vorzusetzen ist. MEERWEIN (1988) spricht in diesem Zusammenhang davon, daß der psychosoziale Mitarbeiter (Psychosomatiker) auf der Station nicht primär zur „Supervision“ benötigt werde, sondern eine „Container-Funktion“ erfüllen müsse, was nicht heißt, zum emotionalen „Mülleimer“ zu werden, sondern eine primär unterstützende und tragende Haltung einzunehmen.

2.2 Supportive Ansätze und Begleitung

Angesichts der z. T. extremen Belastung, die sich im Rahmen der intensiven Behandlung schwerwiegender chronisch-somatischer Erkrankungen im Kindesalter ergeben, und angesichts der häufig sehr geringen Toleranzgrenzen, die diese Behandlung den Betroffenen läßt (z. B. hinsichtlich der Gefahr irreversibler Schädigungen bei Dosisfehlern oder Vernachlässigung der Medikation), ist die individuelle Begleitung des Patienten und/oder seiner Angehörigen nicht zufällig ein Kernstück psychosozialer Arbeit in diesem Bereich geworden (vgl. z. B. HÄRTER u. KOCH 1992; GEIST 1979; JEDLICKA-KÖHLER u. GÖTZ 1989). Von BÜRGIN (1978) stammt die Charakterisierung dieser psychotherapeutisch orientierten Begleitung der Betroffenen als eines Versuchs der „Wiederherstellung gestörter Beziehungen“ bzw. dem Ringen um „bedeutungsvolle Kommunikation“ (S. 292), also ein Bemühen darum, die existentielle Tragweite des Geschehens, die so oft die Betroffenen (wie ihre Behandler) verstummen läßt (WOLFF 1978b), wieder in die Kommunikation aufzunehmen.

In den auch heute noch grundlegenden klinisch-phänomenologischen Studien von GEIST (1979), BÜRGIN (1978) oder RAIMBAULT (1981) wird deutlich, daß diese Begleitung im Unterschied zu konventionellen Formen der Psychotherapie ein wesentlich aktiveres und zugleich wiederum behutsameres, nämlich durchgängig ermutigend-stützendes Vorgehen erfordert. Die Zumutungen durch die Krankheit und ihre Behandlung werden häufig mit ei-

ner inneren Erstarrung bezahlt, die jedoch nicht durch eine konfliktorientierte Bearbeitung aufgelöst werden kann, sondern ein geduldiges Zuwarten und zum Teil Mitleiden erfordert. BÜRGIN (1978) charakterisierte die „Psy-Funktion“, also die Rolle und Bedeutung des psychosozialen Mitarbeiters speziell beim schwer- und schwerstkranken Kind, dahingehend, daß der Therapeut zuweilen „nurmehr eine reine Hilfsfunktion für das Ich des Patienten“ übernehme (S.293; vgl. GEIST 1979). Für den Erwachsenenbereich wurde entsprechend dazu der Begriff der „supportiven Psychotherapie“ geprägt (FREYBERGER 1985) und herausgearbeitet, daß erst das geduldige Mitgehen mit der sekundär „hypochondrischen“ Selbstbeschäftigung beim Patienten eine psychische Auflockerung erzeugt und differenzierte Selbstexploration ermöglicht. Man kann wohl sagen, daß (konventionelle) psychotherapeutische Techniken um so eher und um so unmodifizierter Anwendung finden können, je deutlicher seitens der Betroffenen ein *spezifischer* Leidensdruck artikuliert wird bzw. je offener ein neben der somatischen Problematik angesiedeltes emotionales Problem (an-)erkannt wird. Dies ist jedoch eher nicht die Regel, was sowohl an den ausgeprägten Normalisierungsbemühungen der Betroffenen liegt (vgl. KNAFL u. DEATRICK 1986; FRIEDRICH 1981), als auch an der zwischen Patient und Behandler getroffenen „Übereinkunft“ (BALINT 1964), die vorhandenen Schwierigkeiten als (nur) somatisch zu betrachten.

Der Aufbau einer „bedeutungsvollen Kommunikation“ (BÜRGIN), *ohne* das Risiko einer „unerbetenen Verletzung der Integrität des Patienten“ einzugehen (BALINT u. BALINT 1962, S.244), stellt eines der schwierigsten und zugleich herausforderndsten Probleme in diesem Arbeitsbereich dar (und unterscheidet den psychosozialen Aktivismus von psychotherapeutischer Hilfe für somatisch Kranke).

2.3 Edukative Versorgungsansätze

Als edukativ können Versorgungsansätze bezeichnet werden, die insbesondere unter dem Einfluß verhaltenstherapeutisch-behavioraler Techniken in der Medizin zunehmend bedeutsam geworden sind. Sie werden m.E. bislang noch deutlich vernachlässigt, was wohl wesentlich an einer Überbewertung des therapeutischen Versorgungsansatzes liegt (der – im Sinne von BUCHHOLZ [1988] – sich kurzfristig besser zur Identitätssicherung eignet und wohl eben deshalb Sogwirkung auf psychosoziale Mitarbeiter ausübt).

Zu den edukativen Ansätzen können gerechnet werden z.B. Schulungsprogramme, Erstellung von Bild- oder Schriftmaterialien zur Aufklärung über die Erkrankung oder zur Vorbereitung auf einzelne Behandlungsabschnitte, themenspezifische Workshops. Die Übertragung unterschiedlichster Techniken, die im Bereich der Medienpädagogik entwickelt wurden und sich dort bewährt haben, auf den klinischen Bereich, z.B. zur Förderung der Krankheitsbewältigung und zur systematischen Bewältigung von Behandlungskompetenz („Patient als Experte“), ist wohl bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Beispielhaft für solche eher edukativ zu nennenden Versorgungsansätze seien Patientenschulungen bei Asthma bronchiale genannt (PETERMANN et al. 1991 und vor allem KÖNNING u. THEILING 1991), in denen die Bewältigung der Erkrankung und ein kompetenter Umgang mit der Behandlung in spielerisch gestalte-

ten Übungen angeleitet wird. Charakteristisch ist, daß schon vom Ansatz her die chronische Erkrankung *als* chronische Erkrankung anerkannt wird, es also nicht – wie in der psychosomatisch orientierten Kinderpsychotherapie – um die Herstellung einer therapeutischen Atmosphäre geht, die zur Aufdeckung und Bearbeitung der vermuteten psychogenetisch bedeutsamen Ursachen führen soll. Stattdessen geht es um aktive Krankheitsbewältigung (Coping), also zum Beispiel die spielerische *Einübung* einer größeren Wachsamkeit gegenüber Krankheitssymptomen, die Stärkung des bei chronischen Erkrankungen häufig labilen Selbstvertrauens und der kommunikativen Kompetenz durch Rollenspiele.

Neben den Patientenschulungen, die als arbeitsaufwendige edukative Programme betrachtet werden müssen, sind zahlreiche weniger aufwendige, nützliche Angebote denkbar. Hinzuweisen wäre hier beispielhaft auf die Anfertigung von schriftlichen Materialien, die zur Unterstützung ärztlicher Mittellungen und Erklärungen von hohem Wert sind, wie z.B. JEDLIČKA-KÖHLER u. GÖTZ (1988) für die Diagnoseeröffnung bei Mukoviszidose (einer der häufigsten, unheilbaren angeborenen Erkrankungen im Kindesalter) zeigen konnte.

Wiederum im Rahmen psychosozialer Versorgungsformen bei Mukoviszidose wurden mit sehr positiver Resonanz *Workshops* für Patienten durchgeführt (COHEN et al. 1988), in denen die Heranwachsenden alltagspraktische Hilfen zur Verselbständigung (Haushalt führen, Einkaufen, Kochen etc.) erhielten und erproben konnten.

In Anbetracht der Tatsache, daß psychosoziale Versorgung bei chronisch somatisch Kranken zentral mit dem Problem der Stigmabewältigung und der Selbstwertregulierung konfrontiert ist (vgl. VON FERBER 1986), wären hier zahlreiche Initiativen und praktische „Experimente“ denkbar, die jenseits konventioneller therapeutischer Settings dennoch heilsam sein können. (Bezeichnenderweise sind es gerade nicht-psychotherapeutische Berufsgruppen, z.B. Ergotherapeuten oder Diätassistenten, z.T. auch Sozialarbeiter, die – zumindest für Mukoviszidosekranke – sehr erfrischende Einfälle verwirklicht haben.)

Im Unterschied zu den psychotherapeutischen oder an Psychotherapie (schule)n angelehnten Vorgehensweisen gilt für die hier edukativ genannten Ansätze, daß sie sehr viel direkter von der Phantasie, dem Geschick und der Intuition der jeweiligen Mitarbeiter abhängen. Eine pädagogische Reflektion und Systematisierung steckt also noch in den Kinderschuhen (BARTHOLOMEW et al. 1989). Dies dürfte ein nicht unerheblicher Grund für die noch zögerliche Aufnahme solcher Ansätze sein, spricht aber keineswegs gegen deren Relevanz. Im Gegenteil werden z.B. Asthma-Schulungsprogramme als sehr nützlich eingeschätzt (vgl. CREER et al. 1988). Daß man sich gerade in der Medizin von den in der Regel *sehr klar strukturierenden* edukativen Angeboten gegenüber den (nicht-direktiven) psychotherapeutischen Angeboten in Zukunft einiges versprechen kann, hängt nicht zuletzt damit zusammen, daß das strukturierte Angebot wesentlich weniger Angst und Unsicherheit provozierend ist, was gerade im Hinblick auf die Selbstwertlabilisierung und die Gefahr „unerbetener Verletzung der Integrität des Patienten“ (BALINT) von sehr großem Wert ist.

Was das Verhältnis zwischen psychotherapeutischen (nicht-direktiven) und einübenden bzw. strukturierenden (direktiven) Angeboten anbetrifft, kann man sich wohl dem Urteil von BRYCE et

al. (1984) anschließen, die im Hinblick auf die heterogenen Versorgungsangebote bei Mukoviszidose feststellen: „No single technique is effective in meeting the range of family needs through the course of an illness. The therapeutic focus which is appropriate to some stages is too intense for others. Supportive or educational groups become ineffective in the demands of a crisis or intense illness“ (S. 227).

**Arno Hellwig /
Matthias Schoof /
Erik Wenglein**
**Lehrbuch
der Psychosomatik
und Psychotherapie für
Krankenpflegeberufe**

1993. 290 Seiten, kartoniert
DM 39,80 / öS 311,- / SFr 41,10
ISBN 3-525-45765-1

Einführung in die theoretischen
Grundlagen, die Krankheitsbilder,
die verschiedenen therapeutischen
Verfahren und in exemplarische
Pflegeverläufe.

V&R Vandenhoeck & Ruprecht

2.4 Öffentlichkeit schaffen und beeinflussen

Während mit BÜRGIN (1978) bereits die Herstellung „bedeutungsvoller Kommunikation“ als ein wesentliches Ziel der therapeutisch orientierten Einzelarbeit benannt wurde, ergibt sich daraus – ohne die fraglose Relevanz dieses Gesichtspunktes dadurch schmälern zu wollen – noch keineswegs automatisch für den Betroffenen die Möglichkeit oder die Fähigkeit, frei über die eigene Krankheit und deren Folgen zu sprechen. Angebote, die die Intimität der Zwei-Personen-Kommunikation überschreiten und die in diesem Sinne darauf angelegt sind, Öffentlichkeit zu schaffen, stellen einen eigenständigen und wichtigen Beitrag in der Versorgung und insofern eine wichtige Aufgabe für psychosoziale Mitarbeiter dar. Geht es in dem einen Fall eher um die (eventuell erstmalige) Erkenntnis und Mitteilung verschwiegender und bislang verdrängter Phantasien und Vorstellungen, zu deren (Wahrnehmung und) Artikulation die Intimität der therapeu-

peutischen Situation zumeist notwendig ist, geht es in dem anderen Fall um die Überwindung innerer Hemmungen, die die Mitteilung *bewußter* Gefühle und Vorstellungen vereiteln oder einschränken, und die so wesentlichen Anteil an der häufig beklagten *Isolation* des chronisch Kranken haben. Dies stellt insbesondere bei den adoleszenten und erwachsen gewordenen chronisch Kranken, aber auch bei den Eltern chronisch Kranker ein erhebliches Problem dar (vgl. KORSCH 1973; VON FERBER 1986).

Wiederum im Bereich der Mukoviszidose-Behandlung führten SCHMITT (1991) und STRAUSS et al. (1979) als erfolgreich beurteilte Gesprächsgruppen erwachsener Patienten durch, die bei SCHMITT indirekt durch die Patienten selbst initiiert wurden, indem diese sich im Einzelkontakt mit ihm immer wieder nach den Formen der Lebensbewältigung vergleichbar Betroffener erkundigten, um einen behelfswweisen Beurteilungsmaßstab jenseits der für sie fragwürdig gewordenen „Normalität“ zu haben. SCHMITT (1991) stellt als positiven und einzeltherapeutisch nicht erreichbaren Ertrag seiner Gesprächsgruppen (die STRAUSS et al., m.E. zu Recht, nicht als therapeutische Gruppe bzw. Gruppentherapie verstanden wissen wollen) heraus:

- „Gruppengespräche ermutigen den Patienten, über eigene Ängste und Sorgen zu sprechen.
- Sie bieten ihnen die Möglichkeit zu erfahren, wie andere mit ihren Problemen fertig werden.
- Dem anderen mit Zuhören und Ratschlägen zu helfen, verstärkt das Selbstwertgefühl.
- Soziale Kompetenzen werden entwickelt, weil in einer solchen Gruppe auch kontrovers diskutiert wird und auch zum Teil aggressiv-gefärbte Konflikte gelöst werden müssen. Das Wachsen solcher Fähigkeiten kann in Gruppengesprächen gefördert werden.

Unsere Gruppe entwickelte einen starken Sinn für humorvolle Situationen; es wurde viel gelacht, was zu einer entängstigenden und supportiven Atmosphäre beitrug.“ (SCHMITT 1991, S. 147).

In ähnlicher Weise wurden auch Workshops zur weiblichen Sexualität mukoviszidosekranker Teenager durchgeführt (LIPPINCOTT et al. 1988), und auch themengebundene Elternabende, die wir in Hannover angeboten haben, erwiesen sich als wertvoll, da Eltern in solchen Gruppen in indirekter Form („Ich kenne eine Mutter, die ...“ usw.) Fragen zu sie bedrängenden Themen stellen konnten, wohingegen sie sich in der Zwei-Personen-Beziehung notwendig selbst als „Fall“ erscheinen. Das heißt, in einem öffentlicheren Rahmen können Probleme angesprochen werden, *ohne* als jemand zu erscheinen, der (selbst) Probleme hat. Letzteres ist im Zusammenhang der Normalisierungsbestrebungen bei chronischer Krankheit in der Regel tabuisiert und (erscheint zumindest als) potentiell destabilisierend (vgl. KNAFL u. DEATRICK 1986; ULLRICH u. HELLMANN-BACKHAUS 1992). Besonders erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang zwei Innovationen aus der Schwachmann-Klinik in Israel. Mit der „waiting-room-group“ (MILLER 1988) und der „panel-discussion-group“ (ZIMIN et al. 1988) werden wiederum bei Mukoviszidose Wege eingeschlagen, das Sprechen über die Krankheit und ihre subjektiven Folgen zu erleichtern, ohne die fragile Integrität durch problematisierende Explorationen zu gefährden. Bei der „waiting-room group“ wurde der Umstand, daß sich in der Ambulanz immer mehrere betroffene Eltern in der Wartezeit begegnen, dann aber häufig aus Unsicherheit stumm oder sehr unverbindlich bleiben, konstruktiv dergestalt aufgegriffen, daß der Psychologe sich eben dort mit plazierte und durch vorsichtige Interventionen Gespräche unter den Betroffenen initiierte (also quasi das „Eis brechen“ half). In

der „panel-discussion group“ wird der Versuch, eine Form der Öffentlichkeit herzustellen, noch weiter getrieben. Es werden klinikinterne Podiumsdiskussionen zu verschiedenen, krankheitsrelevanten Themen durchgeführt, an denen sich Betroffene und verschiedene Behandler beteiligen. Unabhängig von bzw. vermittelt über das jeweilige Diskussionsthema wird gerade durch die dort notwendig entstehende *Perspektivenvielfalt* dann eine eigentlich Meta-Botschaft zu nennende Erkenntnis quasi „inszeniert“, daß nämlich Behandler einen *Rat* geben, was impliziert, daß es ein *Subjekt* gibt, welches über die Angemessenheit oder Unangemessenheit dieses Ratschlages für die eigene Situation *selbst* befinden muß!² Man könnte dies auch als einen Schritt in die Richtung einer *Demokratisierung der Institution Krankenhaus* betrachten – und ihn insofern auch der hier formulierten Kategorie „Arbeit am Behandlungsmilieu“ (2.1) zuordnen. Auch hier dürfte jedenfalls deutlich geworden sein, daß einige potentiell *heilsame* Mittel zur Verfügung stehen, die deshalb nicht unbedingt psychotherapeutisch zu nennen wären.

Nur noch kurz soll eingegangen werden auf das, was ich „Öffentlichkeit beeinflussen“ nennen möchte. Hier geht es um eine schon bestehende Öffentlichkeit und zwar primär die krankheitsspezifische Öffentlichkeit, die durch die Selbsthilfegruppen und ihre Artikulationsformen (Zeitung, Veranstaltungen etc.) geschaffen und gestaltet wird. Gerade durch die Chronizität der Erkrankungen, mit denen es psychosoziale Mitarbeiter in der Kinderklinik heutzutage zu tun haben, kann so etwas wie eine Krankheits-„Gemeinde“ (mit eigener „Philosophie“) entstehen, das heißt Familien kennen sich untereinander, Patientenschicksale werden innerhalb dieser Gemeinden publiziert, um z. B. andere Betroffene in ihrem Schicksal zu ermutigen. Indem solche Gemeinden entstehen, sind sie mit besonderer, nämlich der durch die *Betroffenheit* („Insider“; GOFFMAN 1975) vermittelten, Autorität ausgestattet. Um so folgenreicher ist es jedoch, wenn diese Gemeinden gesellschaftliche Tabus, z. B. das Besprechen des Sterbens oder des Todes, durch Bagatellisierung oder Verschweigen *bestätigen*. Auch findet in der ausgeprägten Betonung der wiedergewonnenen oder noch aufrechterhaltenen Normalität der Erkrankten, die in der Absicht der Ermutigung der Betroffenen zur Fortsetzung entbehrensreicher und nicht selten demoralisierender Behandlungen geschieht, zugleich unabsichtlich eine zweifache, nämlich eine gesellschaftlich *und* über die Krankheits-Gemeinde vermittelte, Ausgrenzung jener Patienten statt, denen es mit oder ohne optimaler Therapieanstrengung *nicht* gelingt, diesen Normalitätsmustern zu genügen³. In beiden Fällen, und dies waren wiederum bloß Beispiele, kann es sehr sinnvoll und multiplikativ wirksam sein, wenn psychosoziale Mitarbeiter sich gezielt zu Wort melden und schwer besprechbare Themen eröffnen, etwa die Frage, ob

im terminalen Stadium der Mukoviszidose eine intensivmedizinische „Behandlung“ (Beatmung usw.) erfolgen *wird* oder bloß *kann*, nämlich wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht; oder ob die immer ersehnte und nun in greifbarer Nähe stehende genetische Therapie der Mukoviszidose nur zu begrüßen oder auch zu (be)fürchten ist.

Auf jeden Fall auch hier ein Betätigungsfeld, zu dem psychosoziale Mitarbeiter häufig keine Zeit finden – was aber eventuell auch mit der problematischen Selbstbeschränkung dieser Mitarbeiter (auf ausschließlich einzel-fall-orientierte Arbeit) zu tun hat.

Der dritte und letzte Teil dieses Versuchs einer Bestandsaufnahme und Systematisierung von Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in Kinderkliniken wird schließlich noch auf die Rolle des wissenschaftlichen Arbeitens Bezug nehmen. In einem *Résumé* sollen die hier dargestellten Positionen pointiert werden, wobei auch Fragen der Organisation psychosozialer Arbeit (-gruppen) und Fragen der Berufsspezifität anzusprechen sind.

Summary

The Role and the Tasks of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals – II: There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings Without Improvisation

To prevent possible fragmentation of professional networks, as described in part I, the psychosocial co-worker should be flexible to negotiate his or her role. Therefore main areas of beneficial contributions are described: Ameliorating the context of hospital care (including child-adequate alterations of the physical environment; improving cooperation among the staff; staff-counseling); supportive psychotherapy; educative approaches and programmes; enhancing patient and family members to communicate illness-related issues; and discussing easily omitted aspects of illness among selfhelp-groups. This description of heterogenous tasks should remind the (whole group of) psychosocial co-worker(s) that casework is not the only topic, they are good and necessary for, even though these other areas are not very well-established, yet.

Literatur

- BALINT, M.; E. BALINT (1962): Psychotherapeutische Techniken für die Medizin. Stuttgart: Klett. – BALINT, M. (1964): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett. – Cotta (Greif-Buch, Ausgabe von 1991). – BARTHOLOMEW, L. K.; D. K. SEILHEIMER; G. S. PARCEL; S. H. SPINELLI; A. J. PUMARIEGA (1989): Planning patient education for cf – application of a diagnostic framework. *Patient Education and Counseling* 13: 57–68. – BRYCE, M. M.; D. RODGERS; J. B. RODNAN (1984): Group Intervention Techniques with Parents of Chronically Ill Children. In: D. LAWSON (Hg.): *Cystic Fibrosis: Horizons*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, S. 227. – BUCHHOLZ, M. B. (1988): Macht im Team – intim. Praxis

² Deutlicher läßt sich gerade das für chronische Krankheiten geprägte Bild des „Patient als Experte“ gegenüber dem dazu geradezu entgegengesetzten, weil Fügsamkeit meinenden Begriff der „Compliance“ wohl kaum zum Ausdruck bringen bzw. rehabilitieren (vgl. TROSTLE 1988; VON FERBER 1983).

³ Vgl. zu dieser Dialektik von Coping und Ausgrenzung die ausgezeichnete Studie von PLOUGH (1986) an terminal nierenkranken Erwachsenen.

- der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37: 281-290. – BÜRGIN, D. (1978): Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod. Bern: Huber. – COHEN, J.; S. DANSON; R. K. WOODS; E. FREEMAN (1988): Independent Living Skills Workshop for Young Adults With Cystic Fibrosis. In: C. M. MELLIS; S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia, 5-10 March 1988. Congress Abstracts. Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series 74, S. 151-152. – CREER, TH. L.; D. L. HARM; R. J. MARION (1988): Childhood Asthma. In: D. K. ROUTH (Hg.): Handbook of Pediatric Psychology. New York: The Guilford Press, S. 162-189. – EISER, C. (1985): The Psychology of Childhood Illness. New York: Springer. – FERBER, C. VON (1983): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Zur Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin. In: C. VON FERBER; B. BADURA (Hg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München: Oldenbourg, S. 265-293. – FERBER, C. VON (1986): Wie hängen medizinische Behandlung und Gesundheitsselbsthilfe zusammen? In: R. W. J. GROSS (Hg.): Wege der Gesundheitsforschung: Ergebnisse und Perspektiven der Forschung im Dienste der Gesundheit. Berlin: Springer, S. 45-53. – FERENCZI, S. (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt a. M.: S. Fischer. – FREYBERGER, H. (1985): Psychodynamisch orientiertes Psychotherapiemodell für Dialysepatienten und ihre Partner. In: F. BALCK; U. KOCH; H. SPEIDEL (Hg.): Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz. Berlin: Springer. – FRIEDRICH, H. (1981): Familiensoziologische Aspekte von Copingstrategien bei chronischen Krankheiten. In: M. C. ANGERMEYER; O. DÖHNER (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart: Enke, S. 9-19. – FRIEDRICH, H. (1988): Soziologische Bemerkungen zur Liaisonpsychotherapie. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 98-104. – GEIST, R. A. (1979): Onset of chronic illness in children and adolescents: Psychotherapeutic and consultative interventions. American Journal of Orthopsychiatry 49: 4-23. – GELLERT, E. (Hg.) (1978): Psychosocial Aspects of Pediatric Care. New York: Grune & Stratton. – GOFFMAN, E. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – HÄRTER, M.; U. KOCH (1992): Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche psychosozialer Dienste bei chronischen Erkrankungen in der Pädiatrie. Zeitschrift für medizinische Psychologie 1: 172-180. – JEDLICKA-KÖHLER, I.; M. GÖTZ (1988): Communicating the CF Diagnosis: The Effect of Cognitive Changes on the Process of Understanding. In: C. M. MELLIS; S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia, 5-10 March 1988. Congress Abstracts. Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series 74, S. 140-141. – JEDLICKA-KÖHLER, I.; M. GÖTZ (1989): Psychologische Betreuung von Patienten und Familien mit Cystischer Fibrose. Monatsschrift für Kinderheilkunde 137: 62-66. – KNAFL, K. A.; J. A. DEATRICK (1986): How families manage chronic conditions: An analysis of the concept of normalization. Research in Nursing & Health 2: 215-222. – KORSCH, B. M. (1973): Effects of Chronic Illness on Adolescents and Young Adults. In: J. A. MANGOS; R. C. TALAMO (Hg.): Fundamental Problems of Cystic Fibrosis and Related Diseases. Miami, Florida: Symposia Specialists, S. 371-376. – KÖNNING, J.; S. THEILING (1991): „Luftiku(r)s“ – ein Betreuungsmodell für asthmapatienten Kinder und deren Familien. Report Psychologie, 6-13. – LIPPINCOTT, C.; K. WERY; R. T. STONE (1988): CF Teen Girls Support Group. In: C. M. MELLIS; S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia, 5-10 March 1988. Congress Abstracts. Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series 74, S. 146-147. – MEERWEIN, F. (1988): Liaisonpsychiatrie auf einer Abteilung für Onkologie. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 9-16. – MILLER, M. S. (1988): Role of the Mental Health Professional in Cystic Fibrosis. In: C. M. MELLIS; S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia, 5-10 March 1988. Congress abstracts. Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series 74, S. 124-129. – OLDS, A. (1978): Psychological Considerations in Humanizing the Physical Environment of Pediatric Outpatient and Hospital Settings. In: E. GELLERT (Hg.): Psychosocial Aspects of Pediatric Care. New York: Grune & Stratton, S. 111-131. – PETERMANN, F.; M. NOECKER; U. BODE (1987): Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München: Psychologie Verlags Union. – PETERMANN, F.; H. J. WALTER; C. KÖHL; A. BIBERGER (1991): Asthma-Verhaltenstraining in der Langzeitrehabilitation. In: F. PETERMANN; J. LECHER (Hg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Behandlungskonzepte und Krankheitsbewältigung. München: Quintessenz-Verlag, S. 77-97. – PLOUGH, A. L. (1986): Borrowed Time: The Policy of Extending Lives. Philadelphia: Temple University Press. – RAIMBAULT, G. (1981): Kinder sprechen vom Tod. Klinische Probleme der Trauer. Frankfurt a. M.: edition suhrkamp, 2. Aufl. – REFFERT, R.; J. SCHWEITZER [Berichterstatte] (1988): Arbeitsgruppe 1: Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 111-123. – ROHDE, J. J. (1974): Veranstaltete Depressivität. Über strukturelle Effekte von Hospitalisierung auf die psychische Situation des Patienten. Der Internist 15: 277-282. – ROUTH, D. K. (Hg.) (1988): Handbook of Pediatric Psychology. New York: The Guilford Press. – SCHATZMANN, L.; A. L. STRAUSS (1979): Strategien des Eintritts. In: K. GERDES (Hg.): Explorative Sozialforschung. Stuttgart: Enke, S. 77-93. – SCHMITT, G. M. (1991): Cystische Fibrose. Leben mit einer chronischen Krankheit. Göttingen: Hogrefe. – STRAUSS, G. D.; S. PEDERSEN; D. DUDOVITZ (1979): Psychosocial support for adults with cystic fibrosis: A group approach. American Journal of Disease in Childhood 133: 301-305. – TROSTLE, J. A. (1988): Medical compliance as an ideology. Social science and Medicine 27: 1299-1308. – ULLRICH, G.; U. HELLMANN-BACKHAUS (1992): Psychosoziale Versorgung beim mukoviszidosekranken Kind (Vortragsmanuskript; Fortbildungsveranstaltung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in Brixen, 5.-9.8.1992) (unveröff.). – WOLFF, G. (1978 a): Kindliche Verhaltensstörungen als sinnvolles Signalverhalten. Zeitschrift für Heilpädagogik 29: 145-155. – WOLFF, G. (1978 b): Warum schweigen die krebserkrankten Kinder? Klinische Pädiatrie 190: 287-292. – WOLFF, G. (1987): Die Beziehung zwischen chronisch kranken Kindern, ihren Eltern und ihren Behandlern: ein psychobiographisches Interaktionsmodell. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie 6: 293-307. – WOLFF, G.; J. EHRLICH (1987): Emotionale Beziehungen als Brücke zwischen chronisch und lebensbedrohlich kranken Kindern und ihren Behandlern. Wege zum Menschen 21: 411-421. – ZIMIN, R.; M. S. MILLER; Y. YAHAV; D. KATZNELSON (1988): The „Panel Discussion Group“ – a Paradigm for Psychosocial Intervention in Cystic Fibrosis. In: C. M. MELLIS; S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia 5-10 March 1988. Congress Abstracts. Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series 74, S. 142-143.

Anschr. d. Verf.: Dr. Gerald Ullrich, Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 30625 Hannover.