

Branik, Emil

## **Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42 (1993) 10, S. 373-379

urn:nbn:de:bsz-psydok-36919

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

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

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

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

# INHALT

## 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 III 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 III 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 an 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 "Spezialized 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
<b>Psychotherapie</b>		<b>Werkstattberichte</b>	
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
<b>Übersichten</b>		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	<b>Tagungsberichte</b>	
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	<b>Buchbesprechungen</b>	
FEGET, 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-Elterntaining (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 Leitfa- den zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen . . . . .	221	SCHAFFER, 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	WIESE, 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	<b>Editorial</b> 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention . . . . .	311	<b>Mitteilungen der Herausgeber</b> 350	
		<b>Autoren der Hefte</b> 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 27	
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 58, 139, 216, 306, 380	
		<b>Tagungskalender</b> 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		<b>Mitteilungen</b> 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Aus der psychosomatischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik am Universitätskrankenhaus Eppendorf  
in Hamburg (Direktorin: Prof. Dr. med. Margarete Berger)

# Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie

Emil Branik

## Zusammenfassung

Nach einer kurzen historischen Einführung und Begriffsdefinition der Konsultation-Liaison-Psychiatrie bzw. -Psychosomatik werden anhand eines Literaturquerschnitts aus dem anglo-sächsischen Bereich die Problematik und die Evaluation der Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Kinderpsychiatern dargestellt. Angesichts der bestehenden Spannung zwischen diesen Fachgebieten werden potentielle Konfliktbereiche beschrieben und mit dem Ziel ihrer Minimierung interpretiert. Ein gravierender Mangel an Forschung im Bereich der Konsultation-Liaison-Psychosomatik im deutschsprachigen Raum wird festgestellt.

## 1 Einführung

Der psychiatrische Konsultation-Liaison-Dienst (K-L-Dienst), wurde erstmalig von HENRY (1929) in die Fachwelt eingeführt und von der amerikanischen Krankenhauspsychiatrie weiterentwickelt (DUNBAR 1934; ENGEL 1977; Übersicht z. B. bei JORASCHKY u. KÖHLE 1986; KÖHLE u. JORASCHKY 1990 u. LIPOWSKY 1991). Er reflektierte den Einfluß der am Anfang des Jahrhunderts von A. Meyer begründeten psychobiologischen Schule in der Psychiatrie, die den Körper und die Seele nicht als separate, aufeinander wirkende Einheiten ansah, sondern als zwei integrale Aspekte einer Person; diese stellte somit einen psychobiologischen Organismus dar (LIPOWSKY 1991). Die

Aufgabe der K-L-Psychiatrie bzw. Psychosomatik<sup>1</sup> wird allgemein definiert als Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Störungen bei körperlich kranken oder somatisierenden Patienten in allen nichtpsychiatrischen Bereichen des medizinischen Versorgungssystems. Sie ist ferner mit der Erforschung und Didaktik der psychosozialen Aspekte innerhalb der Medizin im weitesten Sinne befaßt (LIPOWSKY 1991; WIRSCHING 1990).

Angesichts der Vielzahl funktioneller Beschwerden bei Patienten vieler organmedizinischer Abteilungen, der zunehmend erkannten Bedeutung psychosozialer Einflüsse für die Entstehung, Behandlung und den Verlauf einer Vielzahl von Erkrankungen – zumal der chronisch verlaufenden – und der gleichzeitigen Überforderung des im Routinebetrieb eines modernen hochtechnologisierten Krankenhauses tätigen Arztes, den Aufgaben auf den genannten Gebieten gerecht zu werden, sind auch in Deutschland psychosomatische K-L-Dienste entstanden – allerdings in weniger als 1% der Kliniken in den alten Ländern der ehemaligen Bundesrepublik (JORASCHKY u. KÖHLE, 1986). Ihre praktische und wissenschaftliche Ausrichtung ist sehr heterogen und von der Zugehörigkeit zu verschiedenen „Schulen“, den organisatorischen, nicht zuletzt finanziellen Verhältnissen vor Ort und – darauf sei auch hingewiesen – von den Persönlichkeiten der an der Zusammenarbeit beteiligten und für sie verantwortlichen Menschen abhängig.

Während in der anglo-sächsischen Fachliteratur eine kontinuierliche Diskussion über die K-L-Psychiatrie bzw. -Psychosomatik sowohl im Erwachsenen-, als auch im Kinderbereich geführt wird, gilt dies für den deutschen Sprachraum mit gewisser Einschränkung nur für den Erwachsenenbereich. Eine unter den Stichwörtern „Consultation/Liaison + Pediatrics“ durchgeführte DIMDI-Literaturrecherche bei den Datenbanken Medline seit 1980 und PsychInfo und Psynindex seit 1985 bis jetzt lieferte bis auf wenige Ausnahmen keine relevanten deutschsprachigen Titel. Dabei ist gerade Kinderheilkunde das Fach innerhalb der Medizin, das am direktesten und dringlichsten mit den psychosozialen Aspekten des Krankseins, der Familien- und Entwicklungsperspektive konfrontiert wird. WOLTERS (1986) beklagte die Kluft, die zwischen dem Wissen über die Wichtigkeit psychosozialer Betreuung von Kindern, Eltern und Mitarbeitern in Krankenhäusern und ihrer tatsächlichen Realisierung bestehe (auf die i. a. sehr breite, daher öfter unscharfe Verwendung der Kennzeichnung „psychosozial“ kann hier nicht eingegangen werden).

<sup>1</sup> Die Bezeichnungen können hier synonym verwendet werden, da sie sich auf identische Aufgaben beziehen. Die im anglo-sächsischen Sprachraum verbreitete Begriff K-L-Psychiatrie hat mit der erwähnten historischen Entwicklung zu tun, während in Deutschland die Einrichtung psychosomatischer K-L-Dienste von einzelnen medizinischen Universitätskliniken ausging. Zwischen Konsultations- und Liaisondiensten wird in der Literatur i. a. nicht scharf unterschieden, obwohl Unterschiede im Ansatz und Praxis bestehen (vgl. JORASCHKY u. KÖHLE 1986). Sie brauchen jedoch für die Zwecke der vorliegenden Arbeit nicht herausgestellt werden.

Im folgenden werden das Verhältnis und die Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychosomatik anhand der vor allem anglo-sächsischen, zum guten Teil auf empirischen Untersuchungen basierenden Literatur skizziert und dann vorhandene oder potentielle Konfliktbereiche zwischen ihnen beschrieben, wie sie aus den Erfahrungen der täglichen Praxis abgeleitet und analysiert werden können. Diese Ausführungen sollen den dringenden Forschungsbedarf auf diesem Gebiet unterstreichen.

## 2 Entwicklung und kritische Darstellung der K-L-Psychosomatik in der Pädiatrie

BRENEMANN (1931) sprach in einer recht polemischen Kampfschrift von einer „Bedrohung“ durch die Psychiatrie, als er sich gegen das Einbrechen von Psychiatern in das Gebiet der Pädiatrie zur Wehr setzte und vor einer Psychiatrisierung von Problemen warnte, für deren Lösung die Pädiater zuständig und am besten gerüstet seien. Die hier angeklungene Konkurrenz in der medizinischen Versorgung von Kindern zwischen den zwei Disziplinen existiert bis heute (WORK 1989), wenn es auch von Anfang an optimistischere und differenziertere Beschreibungen des Verhältnisses gegeben hat (z. B. CROTHERS 1937, zit. nach WORK 1989). Die besagte Spannung erschien in neuem Gewand, als die in den 50er und 60er Jahren sich rasch entwickelnden behavioristischen und kognitiven Theorien von der Pädiatrie bereitwillig rezipiert wurden, weil sie den Denk- und Handlungsmustern von Kinderärzten entgegen kamen und klinisch auch ohne langwierige Spezialausbildung umsetzbar schienen. Die in dieser Zeit stärker von der Psychoanalyse beeinflusste Kinderpsychiatrie bemängelte das Fehlen einer umfassenden Affekt-, Konflikt-, Entwicklungs- und Beziehungstheorie und stellte den langfristigen Wert von Verhaltenstherapie, zumal in Händen von in Psychiatrie nicht gründlich ausgebildeten Kinderärzten, in Frage. Die Tatsache, daß sich Kinderärzte mehr von den pragmatischen, „aktiven“, schnellen, die eigene gefühlsmäßige Involvierung nicht in den Vordergrund stellenden Therapiemethoden angezogen fühlen, ist auch heute gültig, zumal diese Tendenz durch die Knappheit der Geldmittel und den Zeitgeist der technokratischen Medizin gefördert wird (vgl. HICKSON u. MANN, 1985; FRITZ u. BERGMANN 1985). Die letztgenannten Arbeiten betonen aber, daß die Einstellungen der Pädiater gegenüber der Kinderpsychiatrie erwiesenermaßen und entscheidend während der Ausbildungszeit geprägt werden (vgl. auch BERGMANN u. FRITZ, 1985; FRITZ, 1990; BLACK et al. 1990, und dortige Literaturhinweise; GOLDMANN et al. 1992). Schon vorher scheint aber eine Auswahl nach Persönlichkeitsmerkmalen stattzufinden, die dem jeweiligen Gebiet zuzuordnen sind.

Gemeinsame Forschungsprojekte könnten einerseits die Brücken zu einer sich längerfristig entwickelnden Zusammenarbeit bauen, bergen aber auch die Gefahr gruppendynamischer Konflikte, wie z. B. Rivalität oder Neid zwischen den „Klinikern“ und „Forschern“, den „Outsidern“

und „Insidern“ in bezug auf die Einheit (Station, Abteilung), innerhalb welcher das Projekt durchgeführt wird, aber auch des Zusammenpralls zweier verschiedener wissenschaftstheoretischer Konzepte (MCFADYEN u. ALTSCHULER, 1992).

Die Pädiater warfen den Kinderpsychiatern immer wieder vor, sich nicht für die chronisch Kranken und Behinderten zu interessieren und keine ernsthafte Nachsorge und Evaluation ihrer Fälle über die Zeit zu verfolgen (FRITZ u. BERGMANN, 1985). Der Vorwurf an die Psychosomatiker, sich in den psychotherapeutischen/psychoanalytischen Elfenbeinturm zurückzuziehen und keine Konzessionen an die Sachzwänge innerhalb des organmedizinischen Tätigkeitsfeldes zu machen, zumal bei schwerst- und chronisch kranken Patienten, zieht sich durch die gesamte Entwicklung der Zusammenarbeit hindurch. Er sollte ernst genommen werden, zumal es an Beispielen für seine Berechtigung offenbar nicht mangelt.

dennoch so schwer umsetzbar sind. BLACK et al. (1990) zitieren eine Arbeit von GREENE (1984), die vor missionarischem Bekehrungseifer der Psychosomatiker warnt, um nicht einem „Burn-out“-Syndrom zum Opfer zu fallen. Sie führen weitere Aufsätze an, die den Psychiatern das richtige Maß des aktiven Zugehens auf die Pädiater bzw. Sich-Zurückhaltens empfehlen, auf die Unterschiede in der Arbeitsweise und daraus resultierende Mißverständnisse hinweisen, wie auch die Notwendigkeit einer flexiblen Kommunikationsbereitschaft betonen. Die wechselseitige Zusammenarbeit auf verschiedenen klinischen Gebieten würde zu besser definierten und realistischeren Erwartungen der Pädiater an den K-L-Dienst führen. LESLIE (1992) empfiehlt einem psychosomatischen K-L-Dienst, sich vor allem durch folgende drei Eigenschaften auszuweisen: (1) verfügbar sein, (2) praktisch sein (d.h. nur wirklich durchführbare Maßnahmen empfehlen), (3) verständlich sein. Bezüglich des letztgenannten Punktes betont er die Wichtigkeit verständlicher Berichte und Arztbriefe. Die Kommunikation zwischen den medizinischen und psychologischen Spezialisten scheint ein neuralgischer Punkt bei der Zusammenarbeit zu sein (vgl. FRITZ u. BERGMANN, 1987). In einer Evaluation der Zufriedenheit des medizinischen Personals mit den psychologischen Diensten am Kinderkrankenhaus wurden in bezug auf mündliches und schriftliches Feedback die niedrigsten Punktwerte gefunden (OLSON et al. 1988). LESLIE legt den Psychiatern nahe, an der pädiatrischen Fortbildung teilzunehmen, persönliche Kontakte zu den Kinderärzten zu pflegen (z. B. gemeinsam zu Mittag zu essen) und keine starre Grenzen zwischen den Fächern aufzubauen (vgl. auch HÜRTER 1988). Ähnlich betont TAYLOR (1986) den gegenseitigen Respekt und die Freundschaft als Grundlage der Liaisonstätigkeit, wobei das Ergebnis mehr sein sollte als die Summe seiner Teile: Statt instrumenteller Aufteilung der Kompetenz sollte eine bessere Form der Medizin ausgeübt werden. Aus den Ergebnissen einer großen empirischen Untersuchung von Pädiatern über ihr Verhältnis und Verhalten gegenüber der Kinderpsychiatrie bzw. den Kinderpsychiatern leiten BERGMANN und FRITZ (1985) ab, daß die Beziehung zwischen Pädiatern und Kinderpsychiatern anhaltende Probleme aufweise. Als mögliche Gründe wird unter anderem eine unzureichende Ausbildung genannt, die den angehenden Pädiatern keine Möglichkeit biete, sich mit emotionalen Fragen und Selbsterfahrung hinreichend zu beschäftigen. Die Ausbildung leide auch unter dem Mangel an Geldmitteln für die in diesem Gebiet tätigen Psychiater. Sie führen ebenfalls eine Arbeit an, die aufgrund des niedrigen professionellen Ansehens der K-L-Tätigkeit vor einem „Burn-out“-Syndrom bei den in ihr engagierten Fachärzten warnt (WISE u. BERLIN 1981). BERGMANN und FRITZ regen an, das Phänomen näher zu erforschen, daß Kinder mit psychosozialen und Entwicklungsproblemen von Kinderärzten häufig an andere verhaltensmedizinisch ausgerichtete Kinderärzte und nicht an Psychiater überwiesen werden. FRITZ (1990) weist auf seine oben zitierte Untersuchung mit BERGMANN (1985) hin, wonach sich fast dreiviertel einer großen Stichprobe von ambulant tätigen Pädiatern für psychosoziale Probleme

**Benjamin Bardé /  
Dankwart Mattke (Hg.)  
Therapeutische Teams**



Theorie – Empirie – Klinik. 1993. 306 Seiten,  
kartoniert DM 49,- / öS 382,- / SFr 50,30  
ISBN 3-525-45745-6

**V&R vandenhoeck & Ruprecht**

Es liegen in der Literatur verschiedene Konzepte und Vorschläge vor, wie ein K-L-Dienst in der Pädiatrie die beschriebenen Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit konstruktiv angehen könnte. Das Spektrum ihres Grundtenors reicht vom Optimismus bis zur desillusionierten Bescheidenheit und Resignation. Sie münden oft in allgemeine Hinweise, die vielen Beteiligten bereits bekannt und

hinreichend ausgebildet sehe, während es aufgrund entsprechender Untersuchungen deutliche Hinweise gibt, daß diese Selbsteinschätzung von der Wirklichkeit weit entfernt ist. COSTELLO et al. (1990) zeigten, daß 83% der durch standardisierte Methoden (Child Behavior Check List and Diagnostic Interview Schedule for Children) erfaßten psychiatrischen Morbidität bei Kindern, die ambulant eine pädiatrische Sprechstunde des öffentlichen Gesundheitsdienstes (in den USA) aufsuchten, von den Kinderärzten nicht erfaßt werden und sprachen von einer „neuen verborgenen Morbidität“. SHUGART (1991) führt in ihrer Literaturübersicht in einer fast besorgniserregenden Weise weitere Studien an, die zeigen, daß ein bedeutender Teil der bei stationären Patienten der Kinderkliniken vorhandenen psychiatrischen Störungen nicht einer fachspezifischen Behandlung zugeführt wird. Ein Teil der von ihr besprochenen Arbeiten zeigt, daß eine rechtzeitige psychiatrische Diagnose und Betreuung unter anderem Kosten sparen würde, indem beispielsweise unnötige Krankenhauseinweisungen und lange Verweildauer vermieden werden könnten. Das Problem der Nicht-Hinzuziehung eines Kinderpsychiaters bei an und für sich erforderlichen Fällen scheint also in allen klinisch-pädiatrischen Settings zu existieren. SHUGART (1991) weist auch auf den erheblichen Forschungsbedarf in bezug auf kinderpsychiatrische Konsultationen bei stationären Patienten in den Kinderkliniken hin.

Das starke, sich in den letzten Dekaden vor allem in der Zuwendung zur Verhaltensmedizin und Sozialpädiatrie niederschlagende Interesse der Pädiater an der seelischen Gesundheit des Kindes habe für die Kinderpsychiatry die Konsequenz, daß sie es einerseits mit einem kompetenten Partner zu tun haben, andererseits öfter der Einstellung begegnen, daß „es (die kinderpsychiatrische Arbeit) jedermann tun kann“ (FRITZ 1990). Solche Einstellungen, widrige institutionelle Bedingungen und Verteilungskämpfe könnten zu den manchmal zu beobachtenden „Grabenkriegen“ zwischen den beiden Disziplinen führen. FRITZ empfiehlt die Einführung einer „Pädiatrischen Psychiatrie“, eine Bezeichnung, die sowohl das gewachsene Aufgabenfeld des Kinderpsychiaters bei der Betreuung der organisch kranken oder körperliche Symptome aufweisenden Kinder erfassen würde, als auch die Heranbildung einer Generation von Kinderpsychiatern sichern könnte, die nicht mehr in der Pionierrolle einer missionierenden Minderheit ohne sichere berufliche Identität stecken bleiben würde (in den USA laufen seit 1985 an sechs Universitäten Pilot-Ausbildungsprogramme mit einer 5jährigen, die Pädiatrie, allgemeine Psychiatrie und Kinderpsychiatrie umfassenden Weiterbildung). Letztlich plädiert FRITZ für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ohne scharfe Trennung der Bereiche anstatt der reinen Überweisung zu verschiedenen Spezialisten. Allerdings könne eine solche multiprofessionelle Zusammenarbeit im Dienste einer umfassenden, einschließlich seelischer Betreuung von kranken Kindern nur an großen Kliniken mit großer Patientenklientel effizient betrieben werden. COHEN (1985) brachte vor, daß der Schlüssel für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Kollegen unterschiedlicher

Fachrichtungen und Interessen die Herstellung einer gemeinsamen Basis mit der Entwicklung harmonischer Arbeitsbeziehungen in der Klinik, Ausbildung und Forschung sei. Für einen solchen Prozeß seien starke Führung, ausgewogene Finanzierung, Auflösung der Ambivalenz gegenüber Subspezialitäten, die allgemeine Wertschätzung fachlicher Leistungen, wie auch Transparenz und Sachlichkeit erforderlich. HÜRTERS (1988) aus systemischer Sicht vorgetragene Empfehlungen an den psychologischen K-L-Dienst einer Universitäts-Kinderklinik heben die Notwendigkeit einer großen Anpassungs- und Integrationsbereitschaft der Psychologen an den Rhythmus einer organmedizinischen Klinik und die lineare Denkweise in der wissenschaftlichen Medizin hervor. Der Psychologe müsse ein hohes Maß an Konfliktfähigkeit, Ausdauer und Klarheit des Konzeptes mitbringen.

Der keineswegs erschöpfende Literaturquerschnitt zeichnet ein eher düsteres Bild in bezug auf die Integration und selbstverständliche Akzeptierung von psychosomatischen K-L-Diensten in der Pädiatrie. Bei einigen der gegebenen Hinweise an den Kinderpsychiatry, wie er seine Akzeptanz in einer Kinderklinik erhöhen könnte, beschleicht den Leser mitunter ein Gefühl, als ob es sich um Ratschläge für den Umgang mit einem hochempfindlichen, selbstbezogenen, wenig belastbaren und recht eigensinnigen Kranken handle statt sachbezogener Suche nach einer Organisationsstruktur zwischen zwei gleichberechtigten Partnern. Man kommt nicht umhin zu vermuten, daß ein sachlicher Diskurs zwischen diesen Disziplinen durch im Hintergrund lauernde und jederzeit weckbare, stark emotionalisierte und potentiell unerbittliche Konflikte behindert sein könnte. Einige dieser potentiellen Konfliktbereiche und -quellen, wie auch Anmerkungen zu ihrer Überwindung werden im folgenden dargestellt.

### 3 Einige Schwierigkeiten der psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Tätigkeit in der Pädiatrie

(a) Jede berufliche Sozialisation schult eine bestimmte Art der Wahrnehmung. Fachärzte aus verschiedenen Gebieten werden ihren Aufmerksamkeitsfokus auf anderes richten und anderes an und in ihren – und sei es denselben – Patienten sehen. Wenn der naturwissenschaftlichen Methodik die Rolle des ausschließlichen Gradmessers für die Wissenschaftlichkeit einer Untersuchung eingeräumt wird, mag ein anderer, z. B. hermeneutischer, psychodynamischer, familiendynamischer Blickwinkel von vornherein als Spekulation entwertet werden, obgleich mit seiner Hilfe auch wichtige Aspekte der Krankheit und des erkrankten Subjekts erfaßt werden. Die Abwehrhaltung gegen die psychosomatische Betrachtungsweise nimmt manchmal irrationale Züge an, als ob ein wissenschaftstheoretischer Diskurs von vornherein überflüssig wäre. Sie mag sich im Alltag als eine Empathieverweigerung äußern, wenn beispielsweise durchaus instruktive und exemplarische, jedoch nicht quantifizierbare Daten von Fallstudien lediglich die kühle Frage „Wo sind Ihre Zahlen, Herr Kollege?“ als einzige Reaktion hervorrufen. Aufgrund ihrer

unterschiedlichen Vorgehensweise, bei der eine geschulte Subjektivität nicht als Störvariable gilt, haben es die Psychosomatiker mitunter schwer zu überzeugen, daß ihre Suche nach „Bedeutungen“ kein „wildes Deuten“, sondern ein durch spezifische Fertigkeiten gekennzeichnetes systematisches Vorgehen darstellt.

(b) Die psychosomatische Betrachtungsweise kann nur in einer Arbeitsstruktur Wurzeln schlagen, in der das komplexe Zusammenwirken der genetischen, biologischen, sozialen, familiären und psychodynamischen Faktoren dem jeweiligen Fall angemessen respektiert wird. Eine psychosomatische Untersuchung wird selten Früchte tragen, wenn sie als eine technische Leistung eingeschoben wird – eine von vielen, wie sie in einer modernen (Groß-)Klinik innerhalb kurzer Fristen zur Anwendung kommen (allerdings stellen diese beim näheren Hinsehen i. d. R. ebenfalls bedeutsame, u. U. folgenreiche, wenn auch öfters unerkannte Interaktionen dar).

(c) Unklarheiten über die Art der Zusammenarbeit und über die gegenseitigen Erwartungen, wie auch das Fehlen vertrauensvoller zwischenmenschlicher Beziehungen und angemessener Kommunikation zwischen den organisch ausgerichteten Klinikern und dem psychosomatischen K-L-Dienst machen eine fruchtbare Kooperation unmöglich. Eine solche kann es nur geben, wenn sie von den jeweiligen Abteilungsleitungen erwünscht und über die Zeit (trotz des unvermeidlichen Personalwechsels) gestützt und beschützt wird (vgl. LIPOWSKI 1975).

(d) Zumindest bei den sogenannten psychosomatischen und somatisierenden Patienten haben wir es oft mit „geschickten“ Patienten/Familien zu tun, die sich zwar dem Vorschlag, sich in der psychosomatischen Abteilung vorzustellen ersteinmal fügen, doch dann sehr „geschickt“ darin sind, sich sowohl dem Ansinnen des überweisenden Arztes, als auch der Berührung mit emotionalen Konflikten auf jeweils ihre Weise zu entziehen. Um eine solche Entwicklung nicht zu fördern, ist folgender Aspekt wichtig: Viele der sogenannten psychosomatischen Patienten finden nur schwer und langsam – und manche überhaupt nie – Zugang zu ihren seelisch-emotionalen Bereichen und Konflikten. Sie haben eben körperliche Beschwerden. Um trotz ihren Ängsten und Abwehrmechanismen einen gewissen Raum für das Seelenleben und seine Bezüge zur Krankheit aufzubauen, bedarf es eines behutsamen und professionellen Umgangs. Im übrigen sei erwähnt, daß sich gerade an solchen abwehrenden, gelegentlich die Behandler gegeneinander aufbringenden und keine Compliance oder gar schnelle Behandlungserfolge verheißenden Patienten grundsätzliche Meinungsunterschiede in bezug auf das „richtige“ Vorgehen, Konflikte, gegenseitige Vorwürfe und Entwertungen zwischen Kinderärzten und Kinderpsychiatern entzünden. Für die Psychiater ist es hier geboten, die Widerstände des Patienten nicht für die der Pädiater zu halten, und für die Kinderärzte, das schleppende oder Nicht-Zustandekommen eines therapeutischen Fortschritts nicht als einen Beweis der Inkompetenz oder Prätentation bei den Psychiatern zu sehen. Es gibt öfter Fälle, in denen eine Beratung der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals den gangbareren und daher effektive-

ren Weg darstellt, als die Überweisung zum Spezialisten. Der auf diesem Wege erzielte Fortbildungseffekt beim medizinischen Personal kann mit der Zeit auch anderen Patienten zugute kommen.

(e) Bei Kindern und Jugendlichen spielen die Einstellung und Dynamik der Familie eine determinierende Rolle für den Verlauf der Konsultation und ggf. der Behandlung. Der Gang zum Psychiater ist immer ein einschneidendes Ereignis und kann ungeahnte Reaktionen und Verwicklungen in Gang bringen. Das Ausspielen verschiedener Ärzte gegeneinander ist nur ein uns vertrautes Beispiel.

(f) Die Situation, aus der heraus überwiesen wird (im ungünstigen Fall z. B. um einen lästigen Patienten loszuwerden; sein Gewissen zu beruhigen, daß man alles gemacht hat; sich des Gefühls zu entledigen, daß man die Erkrankung weder vollends verstehen, noch beeinflussen kann u. v. a. m.), wie auch die Einstellung des Überweisenden gegenüber der Arbeit des Psychosomatikers spielen eine wichtige Rolle, weil sie die naturgemäß ambivalente Motivation des Patienten beeinflussen. Das Übergehen seiner Angst vor oder die subtile Entwertung einer psychotherapeutischen Konsultation in der Bemerkung „Gehen Sie mal jetzt einfach hin, wenn's nichts bringt, wird's schon nicht schaden...“ ist sachlich nicht richtig, denn ein psychotherapeutisches Gespräch ist ein potentiell hochwirksames Mittel, und als solches kann es nicht nur nutzen, sondern auch schaden.

(g) Gelegentlich kann bei der Überweisung von „schwierigen“ Patienten an den Kinderpsychiater die Delegation eigener nicht eingestandener Allmachtswünsche des Kinderarztes mitschwingen. Die zwangsläufige Enttäuschung über die erreichbaren Ergebnisse des ersteren kann der Hebung des durch vorangegangene frustrane Bemühungen angeschlagenen Selbstwertgefühls des letzteren dienen. Die Psychosomatiker klagen öfter über die Zuweisung verwickelter, hinsichtlich der Erfolgsquote wenig aussichtsreicher Fälle, an welchen man die eigene Fachkompetenz und Nützlichkeit unter Beweis stellen sollte (JORASCHKY u. KÖHLE 1986). Eine Reaktion des Psychosomatikers auf ein solches „mismatch“ zwischen den an ihn gestellten Erwartungen und seinen Möglichkeiten mag der Rückzug auf eine rein psychotherapeutische Tätigkeit bei motivierten Patienten sein, und damit ein Sich-Ausschleichen aus den eigentlich anzustrebenden Feldern des K-L-Dienstes nach sich ziehen.

(h) Auch wohlwollende organisch spezialisierte Ärzte stoßen sich manchmal am theoretischen Vokabular oder an spekulativen Theorien, die manche Psychosomatiker gelegentlich verwenden. Dies ist dann verständlich, wenn der Rückzug hinter ein Begriffsbollwerk einer puristischen, an Realitätsmöglichkeiten vorbeigehenden Haltung entspringt; manchmal ist er nur ein Ausdruck der Unsicherheit oder Kränkung durch mangelnde Anerkennung der eigenen fachlichen Kompetenz. Ablehnungsreaktionen der „Organiker“ sind noch aus einem anderen Grund verständlich: Unser Gegenstand sind letztlich allgemeinschliche und Lebensfragen, und da läßt sich niemand gerne zum unmündigen Laien machen, selbst wenn er

dafür nicht „ausgebildet“ ist. Eine Unsitte auf seiten der Organmediziner wäre aber die offene oder unausgesprochene Überzeugung, in der Psychiatrie könne man zur Not auch als Fachfremder immer mitreden.

#### 4 Schlußbemerkungen

Die vorangehenden Ausführungen müssen notgedrungen lückenhaft und verallgemeinernd bleiben. Dennoch dürfte es nicht schwerfallen, die skizzierten Erscheinungen oder ihre Spielformen in der täglichen Praxis wiederzuerkennen. Die Gründe für das nicht selten komplizierte Verhältnis zwischen den in der Organmedizin und der Psychosomatik arbeitenden Menschen mögen vielfältig sein. Ein Aspekt bei den Kooperationschwierigkeiten der Kinderärzte mit den sogenannten Spezialisten für die Seele des Kindes scheint gerade das traditionell ganzheitliche Engagement der Pädiater für das Wohl des Kindes zu sein. Es ist ja unbestritten, daß eine gute Kinderheilkunde die familiäre, soziale und Entwicklungsperspektive bei ihren Patienten stets im Auge behalten muß. Allerdings werden die Kinderärzte in ihrer Ausbildung für diese Felder wesentlich schlechter vorbereitet als für die rein organmedizinischen Tätigkeiten. Die Komplexität ihrer Aufgaben, die Sorge für das Wohlergehen ihrer kleinen abhängigen Patienten und der Druck seitens deren oft stark verängstigten, durch die Bedrohung des Kindes bedrängten Eltern bergen die Gefahr in sich, sich entweder hinter die Mauer einer sachlichen technokratischen Fachkompetenz zurückzuziehen oder Omnipotenzgefühlen zu erliegen, für alles zuständig zu sein und so das Übertragungsangebot als allwissende, idealisierte, rettende Eltern unreflektiert anzunehmen.

Infolge der stets wachsenden therapeutischen Leistungen der Pädiatrie bleibt in der Obhut der Kinderärzte eine zunehmend große Zahl von chronisch kranken Adoleszenten und jungen Erwachsenen. Der für die Behandlung-Compliance gewichtige psychosoziale Aspekt im Umgang mit ihnen erfordert jedoch andere Konzepte und Fertigkeiten, als sie bei der angestammten jüngeren pädiatrischen Stammklientel üblicherweise eingesetzt und vermittelt werden (vgl. ULLRICH 1989, 1990).

Um vorschnelle moralisierenden Bewertungen ganzer Berufszweige zu vermeiden, sollte an dieser Stelle gefragt werden, ob ein ständiger Paradigmawechsel zwischen der „somatischen“ und der „psychosozialen“ Sichtweise, wie er nunmal von den heute geltenden Standards der modernen Medizin vorgegeben wird, von Ärzten überhaupt erwartet und geleistet werden kann. Daß die Forderungen nach einem umfassend sowohl in organischer, als auch psychosozialer Medizin ausgebildeten und beide Modelle integrierenden Arzt nicht einzulösen sind, haben nicht nur die Schwierigkeiten bei der Errichtung und Erhaltung von „integriert psychosomatisch“ arbeitenden medizinischen Abteilungen gezeigt.

Damit scheint das Machbare vor allem in der Verbesserung einer koordinierten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Disziplinen zu liegen. In bezug auf sein Basler

Modell des psychosomatischen Liaisondienstes spricht BÜRGIN (1992) von der Notwendigkeit einer „geregelten Kooperation“. Neben der Konstanz der wichtigsten Mitarbeiter müsse hierbei der Verlaß auf den gegenseitigen Willen zur Kooperation gegeben sein, wie auch der Respekt vor dem jeweils anderen Fachgebiet. Für die Aufrechterhaltung des unabdingbaren Minimalkonsenses über unterschiedliche Auffassungen von Krankheit, ihrer Ätiologie und dem Zusammenspiel verschiedener Systeme sei eine intensive Integrationsarbeit erforderlich.

Ein erster Schritt dahin wäre die Minimierung der oben beschriebenen unsachlichen, emotionsgeleiteten, von persönlichen Eigenarten, Eitelkeiten und Machtbestrebungen ausgehenden Einflüsse auf eine solche Kooperation. Da hierbei Menschen am Werke sind, ist mit einer durchgreifenden und schnellen Veränderung nicht zu rechnen. Eine Versachlichung könnte durch bessere, dem Gegenstand angemessene Erforschung der die Zusammenarbeit bestimmenden Kräfte erreicht werden, wie sie zum Teil schon im anglo-sächsischen Raum geleistet worden ist. Hierzu würde auch die ernsthafte Erprobung neuer Ausbildungsmodelle in der pädiatrischen Weiterbildung hinsichtlich ihrer psychosozialen Aspekte gehören.

#### Summary

##### *Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics*

A short introduction in the history and the definition of the term of consultation-liaison-psychiatry resp. -psychosomatics is given. According to a cross-section through the younger Anglo-Saxon literature the problems and the evaluation of the co-operation between pediatricians and child psychiatrists are figured. Considering the tension between these two disciplines potential conflicts and their sources are described and interpreted with the intention to minimize them. A considerable lack of research in the field of consultation-liaison psychosomatics in the German speaking area is stated.

#### Literatur

- BERGMANN, A.S./FRITZ, G.K. (1985): Pediatricians and mental health professionals. Patterns of collaboration and utilization. *Am.J.Dis.Child* 139: 155-159. – BLACK, D./MCFADYEN, A./BROSTER, G. (1990): Development of a psychiatric liaison service. *Arch.Dis.Child* 65: 1373-1375. – BRENEMANN, J. (1931): The Menace of Psychiatry. *Am.J.Dis.Child* 42: 376-402. – BÜRGIN, D. (1992): Kinder- und jugendpsychiatrischer Liaisondienst an einer Kinderklinik. In: UEXKÜLL, T.v.: *Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart: 2. Aufl., S. 315-326. – COHEN, H.J. (1985): Child development and behavioral pediatrics. National conference on Behavioral pediatrics, Easton, Maryland. *J.Develop.Behav.Pediatrics* 6: 212-213. – COSTELLO, E.J./EDEL BROOK, C./COSTELLO, A.J./DULCAN, M.K./BURNS, B.J./BRENT, D. (1988): Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics* 82: 415-424. – CROTHERS, B. (1937): A pediatrician in search of mentale hygiene. New York. – DUNBAR, H.F. (1934/35): Physical mental relationships in

- illness. *Am.J.Psychiatry* 91: 541-562. - ENGEL, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136. - FRITZ, G. K. (1990): Consultation-Liaison in child psychiatry and the evolution of pediatric psychiatry. *Psychosomatics* 31: 85-90. - FRITZ, G. K./BERGMANN, A. S. (1985): Child psychiatrists seen through pediatrician's eyes: results of a national survey. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 24: 81-86. - FRITZ, G. K./BERGMANN, A. S. (1986/87): Child psychiatrists' characteristics, communications and competence as described by pediatricians in a national survey. *Int.J.Psychiat. Medicine* 16: 91-100. - GOLDMANN, D. A./ANDREWS, S. M./PASTERNAK, S./NATHAN, D. G./LOVEJOY, F. H. (1992): A service chief model for general pediatric inpatient care and residency training. *Pediatrics* 89: 601-607. - GREENE, C. M. (1984): Mutual collaboration between child psychiatry and pediatrics: resistances and facilitation. *Develop. Behav. Pediatrics* 5: 315-318. - HENRY, G. W. (1929): Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *Am.J.Psychiatry* 86: 481-499. - HICKSON, L./MANN, E. M. (1985/86): The relationship between attitudinal and behavioral change in pediatric residents in a psychiatric liaison teaching program: a pilot study. *Int.J.Psychiatry Medicine* 15: 61-73. - HÜRTER A. (1988): Geachtet oder unnütz: systemische Reflexion klinisch-psychologischer Konsiliar-/Liaisonstätigkeit an einer Universitäts-Kinderklinik. In: ROMKOPF, G. et al. (Hg.): *Forschung und Praxis im Dialog: Bericht über den 14. Kongreß für angewandte Psychologie*, Mainz 9/1987. Bonn. Bd. 2, S. 220-225. - JORASCHKY, P./KÖHLE, K. (1986): Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste. In: UEXKÜLL, T. v.: *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl., S. 423-439. - KÖHLE, K./JORASCHKY, P. (1990): Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste. In: UEXKÜLL, T. v.: *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 429-438. - LESLIE, S. A. (1992): Pediatric liaison. *Arch. Dis. Child* 67: 1046-1049. - LIPOWSKY, Z. J. (1975): Current trends in psychosomatic medicine II. *Psychiat. Medicine* 6: 303-311. - LIPOWSKY, Z. J. (1991): Consultation-Liaison Psychiatry 1990. *Psychother. Psychosom.* 55: 62-68. - MCFAYDEN, A./ALTSCHULER, J. (1992): Pediatric liaison research: problems at the clinical-research interface. *J. Family Ther.* 14: 389-397. - OLSON, R. A./HOLDEN, E. W./FRIEDMAN, A./FAUST, J. et al. (1988): Psychological consultation in a children's hospital: an evaluation of services. *J. Pediat. Psychol.* 13: 479-492. - SHUGART, M. A. (1991): Child psychiatry consultations to pediatric inpatients: a literature review. *Gen. Hosp. Psychiatry* 13: 325-336. - TAYLOR, D. C. (1986): Child psychiatry/pediatric liaison: discussion paper. *J. Royal Soc. Medicine* 79: 726-728. - ULLRICH, G. (1989): Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrie. Meinen wir wirklich den Patienten? *Monatsschr. Kinderheilkd.* 137: 756-761. - ULLRICH, G. (1990): Psychosoziale Versorgung bei Mukoviszidose: Fortschritt für wen? Nachdenkliche Anmerkungen zur „Professionalisierung“ psychosozialer Aspekte in der Medizin. Vortrag beim Arbeitstreffen zu psychosozialen Aspekten in der Behandlung von Mukoviszidose-Patienten, Wiesbaden, 27. 1. 1990. - WIRSCHING, M. (1990): Der psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienst. Evaluation, Forschungsansätze und Beiträge zur Lehre. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40: 363-368. - WISE, T. N./BERLIN, R. M. (1981): Stresses in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 22: 744-760. - WOLTERS, W. G. H. (1986): Entwicklung der psychosozialen Betreuung in der Kinderheilkunde. In: WOLTER, W. G. H. (Hg.): *Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus*. Stuttgart, S. 30-46. - WÖRK, H. H. (1989): The „Menace of Psychiatry“ revisited: the evolving relationship between pediatrics and child psychiatry. *Psychosomatics* 30: 86-93.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med. Emil Branik, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Psychosomatische Abteilung der Kinderklinik, Martinistraße 52, 20246 Hamburg.