

Kögler, Michael

## **Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie - Erfahrungen mit dem therapeutischen Team -**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 41-47*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28928

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

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

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

#### Bericht aus dem Ausland

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

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9.1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21.10.1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

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

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

# Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie

– Erfahrungen mit dem therapeutischen Team –

Von Michael Kögler

## Zusammenfassung

Ausgehend von den Ideen des therapeutischen Teams entwickelte sich in der beschriebenen kinderpsychiatrischen Station das Konzept, Bezugspersonen aus den Berufsgruppen von Krankenpflege und Pädagogik mit der umfassenden analytisch orientierten therapeutischen Beziehung für ein bis zwei der seelisch kranken Kinder zu beauftragen. Für eine solch schwierige Aufgabe ist die Kontrolle und Bearbeitung der Gegenübertragung eine ständig notwendige Voraussetzung. Nach einer näheren Beschreibung der Aufgaben in einem solchen Setting werden die für uns überraschenden, insgesamt positiven Erfahrungen dargestellt. Schließlich wird dieses Konzept diskutiert und verglichen mit der klassischen psychoanalytischen Behandlung und insbesondere mit der Arbeitsteilung im bipolaren Team.

Bei der Durchsicht der umfangreichen Literatur über das therapeutische Team fällt auf, daß der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr wenig Berücksichtigung erfährt. *Bettelheim* beschreibt ein sehr stark durch den Leiter bestimmtes Team, in dem die Mitarbeiter mit Hilfe ihrer kontrollierten Gegenübertragung versuchen, in allen Situationen des Alltags echte menschliche Beziehungen zu den seelisch kranken Kindern zu entwickeln, um so ein therapeutisches Milieu herzustellen. Die sozialpädiatrische Literatur über das Thema: Kind im Krankenhaus, beschäftigt sich mit den Schwierigkeiten, das Trennungstrauma, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern zu verhindern und den psychischen Hospitalismus durch Einbeziehung der Eltern zu verhindern. *Troschke* beschreibt die Familienideologie im Krankenhaus mit dem Arzt als der allmächtigen Vaterfigur, der Schwester in der Mutterrolle und dem Patienten als Kind, von dem in erster Linie klaglose und geduldige Anpassung erwartet wird. Hinter der Fassade der Konfliktlosigkeit werden Spannungen zu seinen Lasten ausagiert. Die therapeutische Gemeinschaft hingegen möchte den Patienten aus seiner passiven empfangenden und abhängigen Rollenverpflichtung befreien (*Krüger* u.a.) und ihn zum aktiven Teilnehmer in der Therapie anderer Patienten machen. (*Jones*) Ärzte, Schwester, Pfleger sind am therapeutischen Prozess, der sich hauptsächlich in Gruppen entwickelt, gleichermaßen beteiligt. (*Kayser* u.a.) Bessere soziale Anpassung und Ich-Reifung (*Clark*) sowie Ich-Stärkung innerhalb eines realen Lebensraumes (*Main*) sind die erklärten Ziele.

*Plöger* entwickelte die therapeutische Gemeinschaft zu einem sozialpsychiatrischen-psychotherapeutischen System mit einer Mehrzahl von analytisch orientierten, stützenden oder rehabilitativen Behandlungsmöglichkeiten, die je nach den Notwendigkeiten des Patienten angeboten werden und

sowohl als Einzel- wie auch als Gruppentherapie stattfinden können. Obwohl die Gleichheit aller Mitglieder in Anlehnung an *Moreno* für unbedingt erforderlich gehalten wird, werden analytisch orientierte Einzeltherapien nur von den Ärzten durchgeführt. Eine bipolare Teamarbeit (*Enke*) vermeidet Konflikte eines Arztes zwischen therapeutischen und disziplinarischen Aufgaben, indem ein Arzt bei einem von ihm behandelten Patienten evtl. notwendige disziplinarische Maßnahmen an einen unbeteiligten Arzt des Teames delegiert.

1976 eröffneten wir eine Station für 15 Kinder im Schulalter. Als Ziel der etwa einjährigen stationären Behandlung sahen wir die Befreiung von Symptomen an, eine Nachreifung des Ich und eine möglichst weitgehende Umstrukturierung der Persönlichkeit, Ziele, die eine Reintegration in Familie und Schule erlauben sollten. Die therapeutische Gemeinschaft, die den Rahmen für ein breites Spektrum von Individual- und Gruppentherapie bilden sollte, war unsere Ausgangsposition. Dazu gehörten: non direktive Spieltherapie, Psychodrama, Stationsversammlungen an 5 Tagen der Woche, heilpädagogische Maßnahmen, Gestaltungstherapie, Mototherapie usw. Nach 2 Jahren mußten wir dieses Konzept in dieser Form als gescheitert ansehen: Auf der Station war ein untherapeutisches Klima entstanden, mit Haß, Gewalt, Zerstörungen; die Kinder waren laut und distanzlos, verweigerten häufig die Therapieangebote, rivalisierten ständig untereinander oder schlossen sich zusammen, um das Personal zu terrorisieren. Die Mitarbeiter verhielten sich wechselweise permissiv, das Ausagieren fördernd, zumindest aber duldend oder aber erzieherisch streng mit den Folgen einer symmetrischen Eskalation (*Watzlawik*). Diese Phasen folgten stets zeitlich aufeinander. Wir hatten sowohl die Schwere der seelischen Erkrankungen der Kinder wie auch unsere eigenen Schwierigkeiten unterschätzt.

Zur Veranschaulichung seien zunächst die Patienten beschrieben: es handelt sich größtenteils um Kinder mit Frühstörungen aus dem Einzugsgebiet unserer psychiatrischen Landesklinik mit 700 000 Einwohnern. Ihre schweren Verhaltensstörungen, ihre neurotischen Symptome und ihre begleitenden Entwicklungsstörungen im Bereich der Wahrnehmung, der Sprache oder der Motorik hängen nach unserer Erfahrung ursächlich zusammen mit einer Störung und Fixierung der Ich-Entwicklung, sehr häufig auf Borderline-Funktions-Niveau (*Kernberg*).

Die Abwehrmechanismen des unreifen Ich sind vor allem Spaltung mit Verleugnung von sehr gegensätzlichen Ich-Zuständen, Ausagieren von intrapsychischen Konflikten mit primitiven Projektionen und das Größenselbst. In engem Zusammenhang mit dem Größenselbst steht die manische Abwehr, die die qualvolle und gefährliche Abhän-

gigkeit von den Liebesobjekten verleugnet. (*M. Klein*) Damit kann auch die depressive Position abgewehrt werden. Da Ich und Ich-Ideal im manischen Prozeß zusammenfallen (*Freud*) entfällt die Krankheitseinsicht und der Leidensdruck, mit der Folge von großen Erschwernissen in der Therapie. Zudem kommt eine schwere Über-Ich-Störung, die sich in zum Teil extremem dissozialem Verhalten äußert: die sadistischen Über-Ich-Kerne (*Glover*) des frühgestörten dissozialen Kindes, denen es nicht entsprechen kann und die es in seinem idealen Selbstbild zu entwerten drohen, werden durch Projektion externalisiert (*Rauchfleisch*) und beispielsweise in den Mitarbeitern bekämpft.

In der Organisationsform des therapeutischen Teams waren die Mitarbeiter den notwendigen therapeutischen Ansprüchen nicht gewachsen. Im einzelnen wirkte sich die Jeder-kann-alles Devise, die Konflikte zwischen Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst, sowie zwischen akademischen und nicht-akademischen Berufen zu vermeiden versuchte, ebenso ungünstig aus wie der Anspruch, vorwiegend in Gruppen zu arbeiten. Beides trug dazu bei, daß die Mitarbeiter eine verantwortliche therapeutische Beziehung zu den sehr schwierigen, seelisch kranken Kindern vermieden mit den oben genannten Folgen. Wir sahen später, daß hauptsächlich zwei Gründe dieses Verhalten herbeiführten: einmal die Angst vor den eigenen Gefühlen der Gegenübertragung, zum anderen das mangelnde Wissen über die Ursachen und die inneren Zusammenhänge der schweren seelischen Erkrankungen der Kinder.

Wir begannen 1978 unter dem Druck der beschriebenen untherapeutischen Verhältnisse mit dem Versuch, sowohl unsere eigene Situation wie auch die der Patienten zu verbessern. Nach der anfänglichen doch überwiegend permissiven Einstellung des Personals, die Ausdruck eigener Ängste und Unsicherheiten war, schienen uns stärkere erzieherische Maßnahmen notwendig. Wir konnten jedoch erkennen, daß diese nicht geeignet waren, der Not der Kinder abzuhelpen, sondern unserem Ordnungs- und Harmoniebedürfnis dienten. Dieser Wunsch, die Kinder nach eigenen inneren Notwendigkeiten zu verändern, schließt in verhängnisvoller Weise den Kreislauf, an dessen Anfang die Erziehung durch die primären Bezugspersonen stand.

Unser Wunsch, eine geeignetere therapeutische Haltung zu finden, führte zu einer ersten Konsequenz, die darin bestand, jedem Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst die umfassende Verantwortung für ein bis zwei Kinder zu übertragen. Wir nannten dieses zunächst ein Bezugspersonensystem. Im folgenden möchte ich lieber von integrierter Psychotherapie sprechen, um zu betonen, daß alle Maßnahmen des Teams diese therapeutische Beziehung fördern sollen und ihr untergeordnet sind. Die Station mit ihren 15 Betten wurden gleichzeitig in 2 Gruppen mit möglichst altersgleichen Patienten aufgeteilt. Ebenso wurden aus dem Gesamtteam mit 13 Mitarbeitern 2 voneinander unabhängige Gruppen gebildet. Nachdem den Mitarbeitern in regelmäßigen Sitzungen Einblick in die psychodynamischen Zusammenhänge der Erkrankung „ihrer“ Kinder vermittelt und weiterhin regelmäßige Einzel- und Teamsupervision sowie eine externe Teamsupervision angeboten wurden, entwickelte sich bei ihnen fast zwangs-

läufig ein intensives Interesse für die innere Not und die Geschichte „ihrer“ Kinder, die zur Erkrankung führte. Die intensiven Teamgespräche über Verhaltensbeobachtungen im Zusammenhang mit tiefenpsychologischen Erklärungen und Deutungen wirkte auf uns alle sehr motivationsfördernd. Zu diesem Zeitpunkt bemühten wir uns noch sehr um verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die den Bezugspersonen ein gut handhabbares Mittel und Macht an die Hand gaben, so lange es sich um überschaubare, erwünschte Verhaltensweisen handelte, die zu belohnen waren. Es zeigte sich jedoch immer mehr die Notwendigkeit, die Kinder zur Äußerung von bisher abgewehrten Triebimpulsen, Wünschen und Gefühlen zu ermutigen. Die damit verbundene Dynamik führte zu so komplizierten Sachverhalten, daß ein Belohnerprogramm nicht mehr anwendbar war, aber auch nicht mehr geeignet schien. Vielmehr rückte das Verständnis für das kranke Kind immer mehr in den Vordergrund, während der Wunsch, es durch erzieherische Maßnahmen anzupassen und zu verändern abnahm.

Über ein Jahr lang beschäftigten wir uns in dieser Phase intensiv in regelmäßigen Fortbildungen mit *Bruno Bettelheims* Erfahrungen, aus der von ihm geleiteten Einrichtung. Dieses Literaturseminar über sein Buch „Der Weg aus dem Labyrinth“ wurde von einer der Bezugspersonen geleitet.

Schließlich wurde durch das Fortschreiten meiner eigenen analytischen Weiterbildung ein fundiertes analytisches Arbeiten möglich.

In unseren Bemühungen um die integrierte Psychotherapie sahen wir uns auch bestärkt durch die Erkenntnisse der neuen analytischen Literatur, wie sie z.B. von *Mahler*, *Kernberg* und *Miller* dargestellt werden.

#### *Voraussetzungen zur Fähigkeit, eine therapeutische Beziehung aufzunehmen*

Eine Voraussetzung besteht in der Erlangung einer inneren Freiheit, die die Bezugsperson in die Lage versetzt, Verständnis für die innere Not der Kinder zu haben und auch notwendige Versagungen und Einschränkungen aufzuerlegen. So lange sie von Achtung, Anerkennung oder Liebesbeweisen durch das Kind abhängig ist, wird sie versucht sein, es für ihre Zwecke ebenso zu benutzen, wie es einst bei den Primärobjekten der Fall war.

Die innere Freiheit der Bezugspersonen ist durch das Verhalten unserer seelisch kranken Kinder ständig gefährdet. So wie diese Kinder sadistisch gequält oder auch nur ungewollt grausam behandelt wurden, so behandeln sie ihre Bezugspersonen: Mißachtung, Herabsetzung, Spott, Täuschungen, Entziehen durch Flucht oder aggressive Bedrohung von ungeheurem Ausmaß sind an der Tagesordnung. Es ist nun für die Bezugsperson, insbesondere wenn – wie es nicht selten der Fall ist – eine eigene Anfälligkeit für Kränkungen besteht, sehr schwierig, sich nicht auf einen Machtkampf einzulassen, der mit Hilfe repressiver Erziehungsmaßnahmen zugunsten des Erwachsenen entschieden wird. Nur die eigene innere Unabhängigkeit erlaubt es, in einem tobenden oder gar quälenden Kind dessen innere Not zu erkennen und die Niederlage in seinem sehnlichen

Wunsch, in seiner Einzigartigkeit angenommen zu werden und zwar auch dann noch, wenn sein Protest sich gegen die Erwartungen ihm nahestehender Personen richtet. Diese aggressive Verweigerung kann sowohl der Betonung seiner Loslösung und Eigenständigkeit dienen, als auch dem Versuch, sich das Objekt in erpresserischer und nötigender Art und Weise verfügbar zu machen. Eine andere Versuchung für die Bezugspersonen, die nicht minder folgenreich ist, liegt darin, in masochistischer Weise, etwa in Folge von Schuldgefühlen, körperliche Angriffe oder Spott zu ertragen oder, um noch eine weitere häufige Reaktionsweise zu beschreiben, sich selbst gekränkt und hilflos zurückzuziehen. Neben diesen aggressiven Verhaltensweisen, auf die die Bezugspersonen häufig in den drei beschriebenen Formen zu reagieren versucht sind, zeichnen sich die seelisch kranken Kinder auch aus durch riesige Ansprüche nach Versorgung, Zuwendung, Anerkennung und Bewunderung. Demgegenüber sind die Bezugspersonen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst, wie unsere Erfahrungen gezeigt haben, in besonderer Weise gefährdet, sich verwöhnend und nachgiebig zu verhalten, sehr häufig mit früher oder später auftretenden Enttäuschungen oder Kränkungsreaktionen. Ich verstehe die Verwöhnung dabei als Projektion eigener, meist nicht bewußter Wünsche nach Abhängigkeit und Anerkennung, während repressive oder über die Maßen strenge Erziehungsmaßnahmen eine Identifikation mit dem Aggressor darstellen. Hierbei werden eigene frühkindliche Erlebnisse von Wut und Ohnmacht in der Folge von Erziehungsmaßnahmen, die der Unterdrückung von spontanen und natürlichen Bedürfnissen des kleinen Kindes dienen, abgespalten und nun in dem wütenden und tobenden kleinen Patienten mittels Erziehung abgewehrt und bekämpft. Schließlich verhindert jedoch jede Art von Erziehung eine erfolgreiche Heilung, da sie dem Zögling nicht erlaubt, sein eigenes einzigartiges Wesen zu spüren und zur Entfaltung zu bringen, wie es A. Miller in ihrem Buch „Am Anfang war Erziehung“ überzeugend dargestellt hat.

Es ist sehr schwer, den seelisch kranken Kindern in geeigneter Weise gegenüberzutreten. Erst der freie Zugang zu den eigenen Gefühlen ermöglicht es, sich Respekt für die eigenen berechtigten Bedürfnisse zu verschaffen. Es ist nach unseren Erfahrungen am wirksamsten, durch Ich-Botschaften über die eigene Befindlichkeit und über eigene als notwendig erachtete Forderungen sowohl den Versuchungen der Verwöhnung als auch der einer repressiven Strenge zu widerstehen. Die eigene Abgrenzung fördert auch beim Kind die Loslösung und Individuation. Nicht die notwendigen Versagungen sind es, die zu einem seelischen Trauma führen, sondern die Unterdrückung von Gefühlen der Enttäuschung, Wut und Ohnmacht durch die Erwachsenen, die deren Abwehr schon (A. Miller).

#### *Aufgaben der Bezugsperson*

1. Die wichtigste Aufgabe der Bezugsperson ist es, wie Bettelheim es ausdrückt: die Kinder zu lieben bevor sie liebenswert sind. Die zu uns in stationäre Behandlung kommenden Kinder leiden in der Regel nicht an einer als Krankheit zu erkennenden Störung, sondern gelten als

böse, unfolgsam, feindselig oder untauglich. Sie scheitern in der Schule, ihre Beziehungen sind durch schwere Konflikte belastet, sie sind ungeliebt und werden verstoßen. Es ist nicht leicht, hinter der „Bösartigkeit“ das eigentliche liebenswerte Kind zu entdecken, dessen Selbst sich nicht hat entfalten dürfen, da die Eltern es nicht annehmen konnten wie es ist, sondern es für ihre unbewußten narzißtischen Bedürfnisse oder Übertragungen benutzen mußten. Häufig liegen allerdings auch Vernachlässigungen zugrunde in der Form, daß aus äußeren oder inneren Gründen kein geeignetes Primärobjekt zur Verfügung stand, mit dessen Hilfe der dialektische Prozeß der Selbstfindung und Selbstentfaltung möglich gewesen wäre. Die sogenannte Bösartigkeit ist so gesehen ein im wahrsten Sinne des Wortes Notwendiger Protest und eine Chance, wenn er als das erkannt wird, was er ist, nämlich ein Hilferuf des unterdrückten, mißbrauchten oder nichtentwickelten Selbst. Dies mag ein Vorteil gegenüber den stillen Kindern sein, die die Liebe und Anerkennung durch die Eltern bezahlt haben mit dem teilweisen Verlust ihres Selbst durch Überanpassung. Diese Kinder kommen bezeichnenderweise sehr viel seltener zur stationären Aufnahme. Beiden Gruppen von Kindern ist, wie wir dieses ständig erleben, gemeinsam, daß sie ihre Objekte mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu benutzen versuchen, als wären diese ein Teil von ihnen, so wie sie selbst benutzt worden sind. Allzu leicht wird der Hilferuf der „böartigen“ und ausgestoßenen Kinder überhört oder nicht erkannt mit der Folge eines traurigen Schicksals: da sie ihr Selbst nicht entwickeln konnten, es in ihrem Körper kein Zuhause fand, werden sie sich in der Folge im aggressiven Protest erschöpfen, obwohl sie von der Zuneigung und Anerkennung anderer Menschen völlig abhängig sind. Der Wiederholungszwang sorgt dafür, daß sie auch als Erwachsene von niemand geliebt werden, da sie nicht die Möglichkeit hatten, sich selbst lieben zu lernen und somit unabhängig und eigenständig zu werden.

2. Eine andere wichtige Aufgabe der Bezugsperson ist es, dem Kind zur Verfügung zu stehen. Der organisatorische Rahmen dafür ist unsere Regel, daß jede Bezugsperson an jedem Tag, an dem das zu betreuende Kind in der Klinik ist, 8, mindestens aber 4 Stunden anwesend ist. Wichtig ist es, die optimale Distanz (M. Mahler) zu finden: nicht zu bedrängen, nicht zu vernachlässigen, aber auch sich nicht auffressen zu lassen. Die Angst vor der als bedrohlich erlebten Nähe, aber auch die Angst vor dem Verlassenwerden (vgl. Masterson) gestalten die Beziehung immer wieder sehr kompliziert und spannungsreich und erinnert häufig an die von M. Mahler beschriebene Wiederannäherungskrise. Dabei bewirken Erziehungsmaßnahmen oder Mißbräuche des Kindes für eigene narzistische Bedürfnisse oder Übertragungen eine Veränderung in Richtung Abhängigkeit mit der Folge von Anpassung oder Feindseligkeit, während Respekt und Toleranz für die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes einen Schritt in Richtung Autonomie ermöglichen. Besonders am Anfang war es für uns schwer, in dem dramatischen Agieren der Kinder, das uns ständig in Atem hielt, den Konflikt zwischen der Angst vor dem Verschlungen- und dem Verlassenwerden, zwischen Autonomie und Abhängigkeit zu sehen.

3. Ich möchte als nächstes die Aufgabe der Hilfs-Ich-Funktion beschreiben.

Die ausgeprägte Ich-Schwäche dieser Kinder bringt sie ständig in Gefahr, durch Überforderung in konfliktreiche und kränkende Situationen zu kommen, die meist mit Hilfe der narzißtischen Abwehr in Form von Großartigkeit überspielt oder gar nicht mehr als solche wahrgenommen werden. Es ist außerordentlich wichtig, daß die Bezugsperson hier als Hilfs-Ich fungiert und da, wo nötig, die schwach ausgeprägten Ich-Funktionen des Kindes unterstützt; beispielsweise in der Realitätswahrnehmung, der Triebkontrolle und der Selbstbehauptung. Dies ermöglicht es dem Kind, seinen verhängnisvollen Kreislauf zu durchbrechen, der darin besteht, daß ein nicht realitätsgerechtes, großartiges Ich-Ideal und die gleichzeitige Ich-Schwäche zu kränkenden Situationen führen, die mit Hilfe der narzißtischen Abwehr verleugnet werden. Die Übernahme von Ich-Funktionen durch die Bezugsperson ermöglicht es dem Kind, diese durch Identifizierung zu internalisieren und stellt damit eine typische Interventionsform der Bezugspersonen dar, nämlich die Hilfe zur Selbsthilfe. Es handelt sich hier um Aufgaben, wie sie einfühlsame Eltern auch normalerweise gegenüber ihren kleineren Kindern erfüllen.

Eine praktische Anwendung findet die Hilfs-Ich-Funktion bei der täglichen Gruppenversammlung, an der neben dem Leiter alle Kinder mit ihren Bezugspersonen teilnehmen. Die Kinder sind aufgefordert, alles das auszusprechen, was sie gerade bewegt. Für sich alleine wären sie nicht in der Lage, in einer solchen Gruppe zu bestehen. Es würde, wie wir dies unzählige Male erlebt haben, ein turbulentes Chaos entstehen. Erst die Stützung durch die Bezugsperson ermöglicht es, eine Atmosphäre herzustellen, in der sie ihre oft ohnmächtige Wut, Neid, Gier und Schamgefühle zulassen können, in der sie für ihre Leistungen Anerkennung und Bewunderung verlangen und in der Wünsche und Forderungen angemeldet werden. Dies ist nur möglich, wenn die Bezugspersonen neben der Unterstützung der Ich-Funktionen immer wieder bereit sind, den Kindern zuzuhören, so von ihrer Not und ihrer Geschichte zu erfahren und sie zu verstehen lernen.

4. Eine sehr anstrengende Aufgabe, die ich gesondert erwähnen möchte, ist es, die seelisch kranken Kinder mit ihrer Neigung zum Ausagieren zu konfrontieren. Gerade die Unfähigkeit, Konflikte intrapsychisch auszutragen, läßt die Entstehung von neurotischen Symptomen nicht zu und macht das Wesen der Frühstörungen aus. Meist handelt es sich um unerträgliche Spannungen zwischen realitätsfremden Idealvorstellungen des Ich-Ideals einerseits und sadistischen Über-Ich-Ansprüchen andererseits. Letztere werden projiziert und in den Bezugspersonen bekämpft. Dieser Tage benötigte beispielsweise ein Erzieher weit über eine Stunde, um ein 8jähriges Mädchen daran zu hindern, bei kalter Witterung mit nacktem Oberkörper Rollschuhe zu laufen. Sie beschimpfte ihn lauthals, verweigerte sich und gab ihm alle Schuld an den entstandenen Schwierigkeiten. Er mußte sie immer wieder mit großen Nachdruck zur Einsicht auffordern, sich selbst angemessene Kleidung anzuziehen und versicherte ihr, daß er wisse, welche Anstrengung das für sie bedeutete. Dabei stützte er gleichsam

ihre eigenen Über-Ich-Gebote, indem er darauf beharrte, von ihr mit seiner Forderung ernstgenommen zu werden (Hilfs-Über-Ich).

5. Eine wichtige Rolle im Therapieprozeß spielt die Art, wie die Bezugspersonen untereinander im Team umgehen. Dies wird von den Kindern genauestens beobachtet. Wenn die Mitarbeiter die innere Freiheit haben, in angemessener Weise ihre Gefühle offen und angstfrei auszudrücken und den anderen respektvoll zu begegnen, werden sie in hohem Maße als Identifikationsmodelle von den Kindern benutzt. Hier ist auch das Feld für Auseinandersetzungen in den öpidalen Dreierbeziehungen. Die Kinder haben heftige Haßgefühle gegenüber den gleichgeschlechtlichen Personen der Mitarbeitergruppe, die als Rivalen erlebt werden. In der Wiederholung der öpidalen Situation ist es nun wichtig, daß der offene und respektvolle Umgang der Bezugspersonen miteinander die aggressiven Phantasien der Kinder entkräftet und es durch Identifikation zu einer Mischung von aggressiven und libidinösen Impulsen kommt. Dadurch kann das Kind letztlich seinen öpidalen Anspruch aufgeben. Für die trianguläre Beziehung spielt der Gruppenleiter eine besondere Rolle, der im Gegensatz zu den Bezugspersonen nicht in einer dyadischen Beziehung zu den Patienten steht. An dieser Stelle sei *M. L. Moeller* zitiert, der in der gestörten Beziehung der Eltern das zentrale pathogene Element für die Entstehung seelischer Krankheiten sieht. Wenn man die Elterngruppe vergleicht mit der Mitarbeitergruppe, dann müßte der Umkehrschluß erlaubt sein, daß die offene und von Respekt für sich selbst und den anderen geprägte Beziehung der Mitarbeiter untereinander einen heilenden Einfluß ausübt.

#### *Bisherige Erfahrungen*

Bislang war es immer wieder zu erheblichen kostspieligen Sachbeschädigungen auf unserer Station gekommen als Ausdruck der feindseligen Gefühle der Kinder und der Hilflosigkeit des Personals. Während die Klinikhandwerker fast ständig im Einsatz waren und reichlich Gelegenheit hatten, ihre Meinung über die Notwendigkeiten von unbarmherzigen Strafen bei so viel Börsartigkeit bestätigt zu sehen, kehrte ab 1978, als wir mit der Erneuerung begonnen hatten, mit der Zeit Ruhe ein. Aufgehangene Bilder blieben an ihrem Platz, die Räume wurden gemüthlicher, wir fingen an, selbst zu kochen und sogar bauliche Veränderungen gelangen. Die Bezugspersonen nahmen „ihre“ Kinder und alles, was mit ihnen zusammenhängt, wichtig und begannen mit dem notwendigen Respekt für deren Eigenständigkeit dafür Sorge zu tragen. Dies betrifft die Beziehungen zu anderen Kindern oder Erwachsenen ebenso wie Kleidung und Besitztümer. Aggressive Wutausbrüche entluden sich nicht mehr wahllos unter starker Belastung der Gesamtgruppe, sondern fielen in den Zuständigkeitsbereich der Bezugspersonen. Ebenso konnte man jetzt beobachten, daß Kinder genüßlich in der Badewanne lagen, während ihre Bezugsperson ihnen ein gewünschtes Märchen vorlas.

Aggressive wie libidinöse Impulse begannen ihr Ziel zu finden. Es entfalteten sich vielfache, von den Bezugspersonen begleitete kreative Aktivitäten. Es entstanden Ritter-

burgen und Himmelbetten, die Fahrräder erhielten Aufbauten, aus dem Leiterwagen wurde ein Wohnwagen, „Lager“ und Indianerzelte wurden gebaut, ebenso wie Puppenstuben und Holzhäuser. Der Werkraum wurde jetzt innerhalb der Wohngruppe eingerichtet und stand häufig im Mittelpunkt der kreativen Aktivitäten. Zwei Jungen bauten eine funktionierende Eismaschine für die Schlittschuhbahn. Im letzten Sommer entstanden sogar Gartenbeete, die Früchte trugen. Zwar wurden diese Dinge immer wieder zerstört oder bedroht, aber es war für uns doch erstaunlich zu sehen, über welchen inneren Reichtum diese Kinder verfügten. Kinder, die acht- und lieblos mit ihrem Eigentum umgegangen waren, besaßen nun Dinge, die sie in der Gruppenversammlung vorstellten, um Lob und Anerkennung zu erhalten und die sie zumindest eine Zeitlang sorgsam hüteten.

Wir begriffen, daß die meisten Feindseligkeiten, die die Kinder untereinander austauschten oder die zu Sachbeschädigungen führten, Provokationen gegen Erwachsene darstellten. Sie lasteten diesen beispielsweise die Ursache für ihre Neidgefühle an, ohne daß ihnen dies bewußt wurde. Somit konnten ihnen die Erwachsenen auch nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Natürlich gibt es auch nach der strikten Zuordnung von Bezugspersonen sehr häufig Streit unter den Kindern; es hat sich aber eingebürgert, daß nicht nur die Erwachsenen sich für zuständig erklären, sondern auch die Kinder zunehmend Hilfe fordern. In diesem Zusammenhang fiel uns auf, daß während der häufigen Teambesprechungen unter den Kindern regelmäßig eine besondere Unruhe und Streitigkeiten entstanden, bis wir uns entschlossen, immer eine Bezugsperson bei den Kindern zu lassen.

Gegenüber den sehr häufigen Diebstählen herrschte allgemeine Hilflosigkeit, bis die Kinder von ihren Bezugspersonen verschließbare „Schatzkisten“ aus Holz bekamen, mit deren Hilfe sie sich schützen konnten; zeitweise bestanden sie auch darauf, daß ihre Bezugsperson den Schlüssel verwahrte. Wir beobachteten, daß die regressiven Bedürfnisse der Kinder stark zunahmen: die Wünsche nach Schmusen, Süßigkeiten, Lieblingsspeisen, auch nach der Babyflasche wurden weitgehend, zumindest in den ersten Behandlungsmonaten zugelassen. Es war erstaunlich, wie z.B. ein 12jähriger Junge, der ständig als Tarzan oder Superman imponieren wollte und der bei der geringsten Versagung wütend und drohend explodierte, zunehmend zu seinem Wunsch nach einem Schmusetier (Übergangsobjekt) stehen konnte, obwohl er diesen Wunsch wegen offensichtlicher Schamgefühle zunächst heftig abwehren mußte.

Während es den Bezugspersonen verhältnismäßig leicht fiel, die Wünsche der Kinder aus dem Bereich der oralen Partialtriebe zuzulassen und sich mit der Neid-, Ärger-, Eifersuchtproblematik auseinanderzusetzen, war es erheblich schwerer, als einschränkende und versagende Autoritätspersonen standzuhalten oder in der Hilfs-Über-Ich-Funktion zur Verfügung zu stehen. So wurde im Team immer wieder diskutiert, welche Haltung der Bezugsperson geeignet sei gegenüber einem Kind, das sie gerade wütend beschimpft, verhöhnt oder abwertet. Anfangs sahen wir häufig gekränkte Reaktionen mit der Neigung zur Bestra-

fung und Züchtigung. Später wurden Wut und Hohn zeitweise ignoriert als alleinige Angelegenheit des Kindes. Wurde einem Erzieher beispielsweise ein herabsetzendes Schimpfwort entgegengeschleudert, antwortet dieser: „angenehm“ und stellte sich mit seinem Namen vor. Wir bemühen uns nun, die Beschimpfungen der Kinder zurückzuweisen, indem wir ihnen nachhaltig erklären, daß wir ihnen zu ihren Projektionen nicht zur Verfügung stehen. Dies konfrontiert sie selbst so mit ihrem Konflikt, daß ihre Wut häufig in Verzweiflung und Depression umschlägt. Während dieser Auseinandersetzung ist es wichtig, an geeigneten Stellen dem Kind Verständnis für seine Not zu signalisieren. Ich verweise hier auf das oben angeführte Beispiel des 8jährigen Mädchens, das im Winter halbnackt Rollschuh laufen wollte.

Es kam bislang immer wieder vor, daß wir Kinder entlassen mußten, da sie sich in einem unglaublichen Maße aggressiv provozierend und destruktiv verhielten. Durch die Anbindung an eine Bezugsperson erfolgte ein solcher Verantwortungszuwachs, daß eine Entlassung aus diesen Gründen nicht mehr akzeptabel erschien und wir unsere Anstrengungen verdoppeln mußten. Ich möchte hier einen 11jährigen Jungen erwähnen mit massiver Verwahrlosungssymptomatik, der mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine kriminelle Karriere zusteuerte. Auf scheinbar nichtige Anlässe reagierte er so gekränkt, daß er stets weglief und sich durch Beleidigungen, Stehlen oder Zündeln in immer neue Schwierigkeiten brachte. Da alle unsere Einfälle und Bemühungen ohne Erfolg blieben, sahen wir uns gezwungen, ihn entweder zu entlassen oder ihn in den Zeiten einzusperren, in denen die Bezugsperson oder ihre Vertretung nicht zu seiner Verfügung sein konnte. Wir hatten große Schwierigkeiten, uns zu solchen einengenden Maßnahmen durchzuringen, die uns wie ein Strafvollzug vorkamen. Schließlich lernten wir jedoch akzeptieren, daß es sich nicht um eine Erziehungsmaßnahme handelt, die dazu diene, über den Jungen zu herrschen, sondern daß es im Augenblick die einzige Möglichkeit war, die ihm Schutz gab und die Möglichkeit, sich selbst zu finden. Tatsächlich konnte er ganz allmählich beginnen, seine Realität zu erkennen und über wütende Verzweiflung auch Trauer zuzulassen. Er hat inzwischen einen guten Weg eingeschlagen.

Durch die neuen Aufgaben haben die Bezugspersonen den Wunsch nach mehr Wissen über analytische Medizin. Diesem Anliegen wurde durch regelmäßige interne Fallbesprechungen und Fortbildungen entsprochen, die Teilnahme an externen Fortbildungen wurde intensiv gefördert. Durch die Supervision wuchs der Wunsch, mehr über sich selbst zu erfahren, welches in einigen Fällen dazu führte, daß sich die Mitarbeiter einer Selbsterfahrungsgruppe in der Umgebung anschlossen oder eine psychotherapeutische Weiterbildung mit Selbsterfahrung begannen.

Wir lernten auf diesem Weg auch viel über uns und vor allem, uns gegenseitig als selbständige Persönlichkeiten zu respektieren. Dies brachte auch ein Umdenken im üblichen hierarchischen Aufbau einer Krankenstation mit sich. Alle wichtigen Fragen werden eingehend im Team diskutiert und verantwortlich entschieden, so beispielsweise die Aufnahme eines neuen, besonders schwer gestörten Patienten



oder die Einstellung eines neuen Mitarbeiters. Der Verantwortungszuwachs der Bezugspersonen zeigt sich auch in ihrer Bereitschaft, die Dokumentation des Heilverlaufes zunehmend selbständig zu leisten. Die Bezugspersonen fühlen sich durch die anstrengende Arbeit häufig sehr belastet, insbesondere haben sie das Gefühl, ausgelaut und benutzt zu werden. Das Sichtbarwerden eigener, bislang unbewußter Wünsche und Erwartungen an die Patienten im Rahmen der Supervision ist oft schmerzlich. Insgesamt herrscht jedoch Zufriedenheit darüber vor, sich als selbständige und selbstverantwortliche Persönlichkeiten bei einer wichtigen und lohnenden Arbeit entfalten zu können.

Nicht alle Mitarbeiter waren bereit, die neuen Aufgaben in diesem Umfang zu übernehmen. Zwar blieb in der hier beschriebenen Kindergruppe das Mitarbeiterteam weitgehend unverändert. Aus dieser Gruppe heraus entstanden auch die wichtigsten Ideen der beschriebenen Änderungen und wurden auch von dieser getragen. Es kam in einer anderen Gruppe zu einigen Kündigungen von Mitarbeitern, die zu dem notwendigen Verantwortungszuwachs nicht bereit waren und vor allen Dingen nicht zu der damit verbundenen Selbsterfahrung.

### Diskussion

Nach den oben beschriebenen Erfahrungen ist ein gruppenzentriertes therapeutisches Team nicht dazu angehtan, bei Kindern mit Frühstörungen ein befriedigendes Therapieergebnis zu erreichen. Die einzelnen Gründe wurden in der Einleitung bereits genannt. Erst die Konzentration auf die psychotherapeutische Einzelbeziehung zwischen Kind und Bezugsperson aus dem Mitarbeiterkreis schaffte neue Möglichkeiten. Die Besonderheit dieses Settings ist es, daß einmal ursprünglich nicht psychotherapeutisch weitergebildete Personen ohne akademische Ausbildung diese Aufgaben übernehmen und zum anderen, daß sich die therapeutische Situation nicht auf wenige Stunden in der Woche beschränkt, sondern ständig während aller Alltagssituationen aufrecht erhalten wird. Dieses Vorgehen scheint mir für Kinder besonders geeignet zu sein, da sie im allgemeinen die Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung, also zu einer flexiblen und adäquaten Einstellung sowohl auf die Therapiesituation wie auch auf die reale Welt mit all ihren Notwendigkeiten und Einschränkungen noch nicht erworben haben. Keineswegs sind jedoch die bei uns zur stationären Aufnahme kommenden Kinder mit Grundstörungen auf niedrigem Funktionsniveau zur therapeutischen Ich-Spaltung in der Lage. Von daher ergeben sich für eine klassische analytische Therapie, die die therapeutische von der realen Welt strikt trennt, große Schwierigkeiten. Dieses klassische Setting – wie auch die Weiterentwicklung unter stationären Bedingungen in Form des bipolaren Teams hat den Nachteil, daß es gerade zum Abwehrmechanismus zur Spaltung auffordert. Somit kann die Idealisierung der Primärobjekte, die auf den Therapeuten übertragen wird zur Vermeidung des Wiedererlebens früher schmerzlicher Erlebnisse, ebenso fortgesetzt werden wie das aggressive Ausagieren, zu dessen Ziel das übrige Personal wird. Erst

die Zusammenführung dieser beiden Pole in einer Person kann zu erstrebten Weiterentwicklung in Form der Objektkonstanz führen. Wenn diese Stufe erreicht ist, besteht die Fähigkeit zur Neutralisierung der Triebkräfte, die die notwendige Energiequelle zur Nachreifung der Persönlichkeit erschließt. Zur Veranschaulichung sei auch auf die Erfahrungen aus der Elternberatung hingewiesen: hier erleben wir immer wieder die für die Entwicklung des Kindes sehr ungünstigen Auswirkungen, wenn ein Elternteil beispielsweise für verständnisvolle Zuwendung, der andere für Verbote und Strafen zuständig ist.

Ebenfalls im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse können die Bezugspersonen keine analytische Enthaltsamkeit üben und auch nicht als weiße Projektionsfläche zur Verfügung stehen. Die Reduzierung der Therapeutenvariablen soll es den Patienten dabei ermöglichen, seine spezifischen Konflikte unbeeinträchtigt zu bearbeiten. Obwohl die Bezugspersonen in der Klinik die reale Welt durch viele Gebote und Verbote immer wieder vertreten müssen, stellen sich bei den Kindern Übertragungssituationen leicht ein, sie werden dadurch geradezu provoziert und führen zu schweren Belastungen der Bezugspersonen, da diese somit den aggressiven, symbiotischen und narzißtischen Bestrebungen der Kinder unmittelbar ausgesetzt sind. Hieraus erwachsen auch die großen oben beschriebenen Probleme der Gegenübertragung, zumal die Bezugspersonen anfangs über keine psychotherapeutische Weiterbildung mit Selbsterfahrung verfügen. Es hat sich gezeigt, daß bei der Behandlung von Kindern eine distanzierte und nicht ganzheitliche Haltung wenig vorteilhaft ist, eher eine Anwendung von *Pestalozzi's* Definition: Erziehung ist Liebe und Beispiel. Die strikte Trennung vom therapeutischen und realen Bereich, die aber unter stationären Bedingungen wieder unter einem Dach vereint werden, hat nach unseren Erfahrungen auch für das gesamte Team ungünstige Auswirkungen, da sie die Belastungen in unzumutbarer Weise ungleich verteilt. Auch dadurch verschlechtern sich die Heilungsaussichten des Patienten.

Es könnte der Eindruck entstehen, daß wir uns im Gegensatz zu den anerkannten psychoanalytischen Lehrmeinungen verstehen. Dies ist nicht der Fall, zumindest im Hinblick auf unser Krankheitsverständnis. Wir legen großen Wert auf die Kenntnis der Biographien von Kind und Eltern und betrachten die Psychodynamik stets unter triebdynamischen, phasenspezifischen und strukturellen Gesichtspunkten. Die Konzentration auf die beschriebene Therapieform ist das Ergebnis unserer besonderen Situation sowohl im Hinblick auf die Art der seelisch kranken Kinder als auch auf unsere therapeutischen Möglichkeiten. Auf die auch sehr wichtige analytische Arbeit mit den Eltern, Pflegeeltern oder Beziehungspersonen aus Heimen kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. Es soll nur erwähnt werden, daß die Bezugspersonen außer losen Kontakten damit nicht beauftragt sind.

Die beschriebene integrierte Therapie ist meines Erachtens eine Konzentration auf das Wesentliche im psychotherapeutischen Heilungsprozeß. Die dazu erforderlichen Mittel sind gering, die Belastungen erheblich. In kinderpsychiatrischen und sozial-pädiatrischen Einrichtungen ist es viel-

fach üblich, mit Hilfe von speziellen und ausgefeilten Untersuchungen bestimmte Störungen einzelner Funktionsbereiche, wie z.B. der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprache oder der Antriebsregelung zu diagnostizieren. Nach einem Therapieplan wird dann meist ein vielfältiges, von mehreren Personen verschiedener Richtungen durchzuführendes Trainingsprogramm in Form einer mehrdimensionalen oder multifokalen Therapie angeboten. Diese bleibt häufig genug für beide Seiten unbefriedigend, da die beschriebenen Störungen nicht die Folge von Schädigungen sind, die so geheilt werden könnten, sondern die Folge pathogener Objektbeziehungen mit einer Störung der Ich-Entwicklung, welche sich beispielsweise in den beschriebenen Bereichen von Wahrnehmung, Triebkontrolle, Motorik oder Sprache zeigen. Eine mehrdimensionale Therapie durch mehrere Personen ist meines Erachtens die Abwehr einer notwendigen therapeutischen Beziehung durch eine Person, die sich dem Patienten zur Verfügung stellt, damit sich dieser in einem dialektischen Prozeß selbst finden kann.

### Summary

#### *Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry-Experience with the Therapeutic Team*

In the child psychiatric ward, the subject of this article a concept was developed based on the idea of a therapeutic team which concerns the delegation of the entire analytically oriented therapeutic relationship of one or two psychically disturbed children to one significant person from the nursing or the pedagogic sector.

Such a complicated task requires that the countertransference be constantly controlled and worked up.

Following a closer description of the problems in this type of setting the on the whole positive, non the less surprising experiences are presented. Finally, this concept is

discussed and compared to „classical“ psychoanalytic therapy especially with regard to the division of labour in a bipolar team.

### Literatur

- Bettelheim, B.: Der Weg aus dem Labyrinth. Frankfurt (Ullstein) 1974. – Clark, D. H.: Administrative Therapy. London (Tavistock) 1964. – Enke, H.: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. 15 (1965) 116–121. – Glover, E.: The Roots of Crime. London (Imago) 1960. – Jones, M.: Towards a classification of the "Therapeutic Community" concept. Brit. J. Med. Psychol. 32 (1959) 200. – Kayser, H.: Gruppenarbeit in der Psychotherapie. Stuttgart (Thieme) 1973. – Kernberg, O. F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt (Suhrkamp) 1979. – Klein, M.: Zur Psychogenese manisch-depressiver Zustände (1934). In: Klein, M., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart (Klett) 1962. – Krüger, H. u. a.: In Kayser, H., Gruppenarbeit in der Psychotherapie. Stuttgart (Thieme) 1973. – Mahler, M.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt (S. Fischer) 1975. – Main, T. F.: The Hospital as a Therapeutic Institution. Bull. Menninger Oliu. 10 (1946) 66. – Masterson, J. F.: Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart (Klett) 1976. – Miller, A.: Das Drama des begabten Kindes. Frankfurt (Suhrkamp) 1979. – Dies.: Am Anfang war Erziehung. Frankfurt (Suhrkamp) 1980. – Möller, M. L.: Thesen zur Bedeutung der Paargruppenanalysen in der psychotherapeutischen Versorgung. Hannover (DPG-Kongreß) 1980. – Moreno, J. L.: Die epochale Bedeutung der Gruppenpsychotherapie Z. diagn. Psychol. 5 (1957) 139–150. – Ploeger, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart (Thieme) 1972. – Rauchfleisch, U.: Zur Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten. Praxis (1980) 271–277. – V. Troschke, J. In: Biermann, G., Mutter und Kind im Krankenhaus. München (Reinhardt) 1978. – Watzlawik, P.: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien. Bern (Huber) 1967.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Michael Kögler, Landesklinik Nord-schwarzwald, Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, 7260 Calw-Hirsau.