

Wohnlich, H. R.

**Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der
Universitäts-Kinderklinik Zürich Krankengut, Organisation und
therapeutisches Konzept**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 8, S. 266-274

urn:nbn:de:bsz-psydok-28763

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy —System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) .	274
P. Hälgl: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschein: Zur Erfassung gesprächs-therapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) .	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) .	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) .	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) .	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H.R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltens-auffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Degener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Renschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halscy, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Aus der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung
(Leitender Arzt: Prof. Dr. med. A. Weber)
der Universitäts-Kinderklinik Zürich
(Direktor: Prof. Dr. med. A. Prader)

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept

Von H.R. Wohnlich

Zusammenfassung

Im Herbst 1975 wurde die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich mit heute 11 Plätzen eröffnet. In dieser Arbeit werden im Sinne einer gegenwärtigen Standortbestimmung das Krankengut (Kasuistik, Statistik), die Struktur- und Organisation der Abteilung und einige Aspekte des therapeutischen Konzeptes mit dem Patienten und seiner Familie und in der interdisziplinären Zusammenarbeit der 6 Arbeitsbereiche (medizinischer Bereich, Einzelpsychotherapie- und Familientherapie, Sonderpädagogik-Krankenpflegebereich, Sonderschule, Ergotherapie, Psychomotorik) dargestellt. In der abschließenden Diskussion werden einige Ansätze bezüglich klinischem Aufgabenbereich, Forschungs-, Aus- und Weiterbildungsaufgaben im Bereich der psychosomatischen und psychosozialen Problemstellungen aufgezeigt.

1. Klinischer Aufgabenbereich

Im Herbst 1975 wurde im Haus der früheren „Beobachtungsstation für Infektionskrankheiten“ des Kinderspitals diese Abteilung vorerst als „Provisorium für eine Psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche mit heute 11 (12) Plätzen eröffnet (Züricher Krankenhausplanung 1978).

Auf Grund der klinischen diagnostisch-therapeutischen Erfahrungen mit den uns zugewiesenen Patienten wurde das „Provisorium“ schrittweise zu einer psychosomatisch-psy-

chotherapeutischen Abteilung aufgebaut. Auf die 5-jährige oft spannungsreiche Aufbauarbeit und die entsprechenden Auseinandersetzungs- und Lernprozesse in der Arbeitsgruppe der Abteilung kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden (vgl. dazu u.a. *Schönfelder* 1981).

Das Krankengut, welches in der Patientenstatistik (vgl. Tabelle 1) kurz dokumentiert und anschließend in der Kasuistik näher beschrieben wird, zeigt den heutigen Schwerpunkt des klinischen Aufgabenbereiches auf. Es werden heute vorwiegend schulpflichtige, normal intelligente Kinder und Jugendliche mit neurotischen und endogen/psychogenen psychotischen Erkrankungen mit schweren psychosomatischen und psychosozialen Symptomen aufgenommen. Bei allen Patienten stellt sich auf Grund der Schwere und Komplexität der Krankheitsbilder und der multifaktoriellen, langjährigen Krankheitsentwicklung die Indikation zu einer vorerst langfristigen stationären psychotherapeutisch orientierten Gesamtbehandlung.

1.1 Patientenstatistik (vgl. Tabelle I)

1.2. Kasuistik

Zur Veranschaulichung des Krankengutes werden einige Krankheitsbilder und Krankheitsentwicklungen von Patienten aus den Jahren 1979 und 1980 dargestellt. Die Hauptsymptome, welche zur Einweisung geführt hatten, sind aufgliedert nach a) somatischen, b) psychischen, c) sozialen Befunden.

1. Patient: A.S., 11-jähriges Mädchen:
- Seit 5 Jahren chronisches Asthma bronchiale. Seit 6 Monaten stationäre Behandlung auf pädiatrischen Abteilungen mit umfassender medikamentöser und apparativer antiasthmatischer Therapie, u. a. Corticosteroide, Antibiotica, Digitalis. 3 Tage vor dem im Erstinterview vereinbarten Aufnahmetermin auf unsere Abteilung erfolgte wegen eines erneuten schweren Status asthmaticus eine zweite Verlegung auf die Intensivstation.
 - Depressives Zustandsbild: Affektarm, ängstlich-deprimiert, innerlich unruhig, antriebsarm.
 - Die Patientin hat das Spitalbett in den letzten Monaten nur wenige Male zu kurzen Spaziergängen verlassen. Die ganze

Tabelle I: 1.1. Patientenstatistik der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich

Hospitalisierte Patienten in der Zeit vom Herbst 1975 bis Ende 1978	Hospitalisierte Patienten in den Jahren 1979 und 1980	
1. Anzahl der Kinder:	74	31 ¹
2. Geschlecht:		
– männlich	34	14
– weiblich	40	17
3. Alter:		
– Durchschnitt	12 J.	13 J.
– jüngstes Kind	6 J.	10 J.
– ältestes Kind	17 J.	17 J.
4. Aufenthaltsdauer:		
– Durchschnitt	5 Mt.	12 Mt.
– Minimum	2 Tg.	6 Mt.
– Maximum	22 Mt.	26 Mt.
5. Entlassung:		
– nach Hause	53	22
– in Schulheim	15	4
– in Pflegefamilie	1	–
– in andere Klinik	5	–
6. Heilungserfolg:		
– unverändert	7	–
– deutlich gebessert	28	6
– weitgehend frei von Hauptsymptomen	35	15
– geheilt	4	5
– gestorben	–	1
7. Diagnosen:		
– neurotische Störungen (mit psychosomatischen und psychosozialen Symptomen)	29	3
– neurotische Erkrankungen (mit schweren psychosomatischen und psychosozialen Symptomen)	36	22
– endogene/psychogene psychotische Erkrankungen (mit schweren psychosomatischen und psychosozialen Symptomen)	9	6

¹ Am 1. April 4 Patienten noch nicht entlassen.

Familie, vor allem die Mutter, ist auf das kranke Kind fixiert, kann die aufbrechenden Todesängste nicht mehr verarbeiten. Die vielschichtige wechselseitige Verflochtenheit der Mutter zeigt sich u. a. darin, daß diese jedes Mal zu selber Zeit, in welcher das Kind im Spital einen schweren Asthmaanfall hatte, zu Hause erbrechen mußte. Im Spital ungünstige iatrogene Einflüsse, welche als zusätzliche Teilfaktoren zur Chronifizierung von somatischen und psychosozialen Symptomen beitrugen.

2. Patient: G.F., 13-jähriger Knabe:
- Vor 6 Jahren Status nach rasch progressiver Schönlein-Henoch-Nephritis mit akutem Nierenversagen. Nach intermittierender Hämodialyse Nierentransplantation vor drei Jahren. Seither bei stabiler Nierenfunktion folgende Komplikationen: Seit 3 Jahren Pharmakotherapie-resistente, fixierte arterielle Hypertonie (Pindolol, Dihydralazin, Methyldopa, Hydrochlorthiazid). Die vor 1/2 Jahr durchgeführte Arteriographie zeigte einen normalen Befund, die Reninwerte in den Nierenvenen waren erhöht. Diättherapie-resistente Adipositas, Pharmakotherapie-resistente chronische Gastritis, sekundärer Kleinwuchs.
 - Endokrines Psychosyndrom mit schweren teils depressiv-antriebsarmen, teils manifomen Zustandsbildern. Wiederholte Suizidversuche. Teilweise Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Seit 3 Jahren verschiedenste psychopharmakologische Therapieversuche (Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva). Seit einem Jahr nehmen die erstmals kurz nach der Nierentransplantation im Zusammenhang mit hohen Dosen von Corticosteroiden aufgetretenen psychotischen Episoden an Intensität und Häufigkeit zu: akustische und coenästhetische Halluzinationen, hypochondrische Wahnideen, Depersonalisations- und Derealisationsphänomene.
 - Seit 6 Jahren immer wieder monatelange Hospitalisationen. Seit 3 Jahren keine schulische noch anderweitige soziale Integration mit entsprechender zusätzlicher konflikthafter Überforderung der ganzen Familie, vor allem der Eltern. Die Ehebeziehung war schon vor Ausbruch der Krankheit schweren Belastungen ausgesetzt.
3. Patient: G.C., 14-jähriges Mädchen:
- Seit 4 Jahren therapierefraktäres steroidabhängiges Asthma bronchiale, anorektische Entwicklung, Migränebeschwerden, sekundärer Kleinwuchs. In den letzten 4 Jahren verschiedene z. T. monatelange Hospitalisationen.
 - Schwer depressives Zustandsbild.
 - Seit 3 Jahren zunehmende Lern-, Leistungs- und Kontaktstörungen. Seit Jahren durch die Krankheit der Patientin in ihren Aktivitäten eingeengte und völlig überforderte Familie. Die Eltern, welche zunehmend nur noch mit dem kranken Kinde, vor allem mit seinen somatischen Symptomen sich beschäftigen können, zeigen beide psychosomatische und psychopathologische Auffälligkeiten. Vor kurzem Suizid des Großvaters nach langjähriger depressiver Entwicklung.
4. Patient: C.M., 16-jähriger Knabe:
- Seit 4 Jahren intermittierend auftretende paroxysmale supraventriculäre Tachykardien von 2–20-stündiger Dauer mit unterschiedlichen, zum Teil heftigen vegetativen Nebensymptomen. Zunehmende Häufigkeit seit ca. 1/2 Jahr bis zu 1 bis 2 mal pro Woche. 2-malige Hospitalisation mit allen entsprechenden Spezialuntersuchungen ergab keine Anhaltspunkte für eine organische Ursache. Seit 2 Jahren schwere chronische rezidivierende Neurodermitis disseminata an beiden Händen und Unterarmen.
 - Depressiv-mutistisches Zustandsbild mit Verdacht auf Borderline-Psychose, chronisches Stottern seit früher Kindheit, stark gestörte Globalmotorik bei Verdacht auf infantiles psychoorganisches Syndrom.
 - Zunehmendes generalisiertes Lern- und Leistungsveragen seit ca. 1 Jahr. Die Abklärung bei der Berufsberatung ergab Untauglich-

- keit für Berufsausbildung. Schwere Kontaktstörungen seit früher Kindheit. Die Eltern, vor allem die Mutter, zeigen eine überbehütende Schonhaltung und zugleich vorwurfsvoll-anklagende Überforderungshaltung mit vielen Delegationen. Die Mutter leidet seit 20 Jahren an verschiedenen Beschwerden im Zusammenhang mit einer schweren Adipositas.
5. Patient: D. C., 16-jähriges Mädchen:
- Vor 6 Jahren wurde ein Hypothyreose (Hashimotothyreoiditis) diagnostiziert. 12-jährig überraschende und schnelle Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale mit anschließendem fast totalem Kontaktabbruch im Sekundärsozialisationsraum. 12 $\frac{1}{2}$ -jährig schweres körperliches Syndrom der Anorexia nervosa, deswegen 10 Monate im Kinderspital hospitalisiert. Seither bis zur Einweisung auf unsere Abteilung insgesamt 5 mal zusätzlich auf pädiatrischen Abteilungen hospitalisiert mit Brechdurchfällen und Suizidversuchen. Seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren zunehmender nicht genau bekannter Tablettenabusus, täglicher Laxantienabusus, seit kurzem extreme Freßanfälle, welche 1-2 Tage dauern, wobei die Patientin tagsüber 1-2 mal pro Stunde erbrechen muß.
 - Seit $\frac{1}{2}$ Jahr zunehmende schwere depressive Entwicklung. Seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren Einzel- und Familientherapie bei verschiedenen Therapeuten.
 - Seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren keine längerfristigen Kontakte im Sekundärsozialisationsfeld (u. a. verschiedene Hospitalisationen, Schulwechsel, Pflegefamilie) mit zunehmenden Lern-, Leistungs- und Kontaktstörungen. Chronische vielschichtige Familienkonfliktdynamik. Die Mutter nimmt seit ihrem 18. Lebensjahr regelmäßig Tranquilizer, der Vater zeigt eine mit endogenen Depressionen belastete Familienanamnese auf. Zusätzliche Belastung durch Loyalitätskonflikte und unklare Verbindungen und Allianzen im Zusammenhang mit der vorübergehenden Plazierung in einer Pflegefamilie.
6. Patient, H. M., 15-jähriges Mädchen:
- Seit 2 Jahren zunehmendes körperliches Syndrom der Anorexia nervosa mit heute kachetischem Zustandsbild (Gewicht 29 kg, Größe 158 cm) mit Eisenmangelanämie, sekundärer Amenorrhoe und Obstipation. Vor 1 Monat Hospitalisation auf pädiatrischer Abteilung.
 - Depressives Zustandsbild mit Zwangsimpulsen und Zwangshandlungen. In den letzten Monaten sich häufende psychotische Episoden mit optischen, akustischen und coenästhetischen Halluzinationen, hypochondrischen und paranoiden Wahnideen, De-realisationsphänomenen.
 - Zunehmendes Leistungsversagen in Schule und sportlichen Aktivitäten, allmählicher Abbau von Kontakten im Sekundärsozialisationsraum. Verschiedenste ambulante pädiatrische, einzel- und familientherapeutische, paramedizinische therapeutische Bemühungen. Völlig überforderte Eltern, welche die Patientin teils fordernd-anklagend mit Vorwürfen überhäufen, teils diese in übertrieben kleinkindlicher Abhängigkeit haltend ängstlich umsorgen. Eine um 4 Jahre ältere Schwester zeigte während 2 Jahren eine asketische Pubertätsentwicklung mit leichter anorektischer Symptomatik.
7. Patient, M. C., 15-jähriges Mädchen:
- 4-6-jährig schwere sekundäre Enuresis diruna ed nocturna, deswegen während eines Jahres in Spieltherapie. Bis 11-jährig persistierende leichte Enuresis nocturna. Auffälliges Eßverhalten bis 11-jährig (Patientin aß praktisch nur Früchte und Milchprodukte). 4-12-jährig asthmoide Beschwerden. Seit 1 Jahr Medikamentenabusus mit mehrmaligen Suizidversuchen. Deshalb seit 5 Monaten stationäre Behandlung auf pädiatrischer Abteilung.
 - Schwer depressives, antriebsarmes bis mutistisches Zustandsbild. Weiterhin bestehende Suizid- und Suchtgefährdung.
 - Seit 4 Jahren z. T. gefährlich-aggressives Verhalten, vor allem gegenüber Mutter. Seit 1 Jahr zunehmende Lern-, Leistungs-, und Kontaktstörungen. Schwere Familienkonflikte, die eine Rückkehr der Patientin in die Familie verunmöglichen. Der Vater erlitt vor 15 Jahren einen leichten Herzinfarkt. Die Mutter benötigt wegen depressiven Verfassungszuständen seit Jahren eine ambulante stützende psychotherapeutische Begleitung.
8. Patient, F. M., 9-jähriger Knabe:
- Primäre Enuresis nocturna, seit 5 Jahren rezidivierende Bronchitiden mit z. T. mittelschweren Asthmaanfällen, welche apparativ und medikamentös vom Hausarzt behandelt wurden. Seit 7 Jahren sekundäre Enkoprese. Adipositas.
 - Depressives Zustandsbild. Generalisierter Entwicklungsrückstand.
 - Seit Einschulung schwere Lern- und Leistungsstörungen. Vielschichtige Mehrgenerationenkonfliktdynamik mit spannungsreichen Rollenkonflikten.
9. Patient, N. C., 12-jähriges Mädchen:
- Vor 2 Jahren wurden Kopfschmerzen und rezidivierende Bauchbeschwerden als psychosomatische Symptome diagnostiziert. Seit 1 Jahr Einschlafstörungen und zunehmende Nahrungsverweigerung. Deshalb vor 6 Monaten 4-wöchige Hospitalisation auf pädiatrischer Abteilung. Vor 1 Monat norfallmäßige Rehospitalisation auf pädiatrischer Abteilung in kachetischem Zustand mit trophischen Störungen und Oedemen an beiden Unterschenkeln.
 - Seit $\frac{1}{2}$ Jahr depressive Entwicklung. Patientin spricht praktisch kein Wort mehr. Psychotisches, schizophreniformes Zustandsbild mit Zwangshandlungen, coenästhetischen Halluzinationen, Beziehungswahnideen.
 - Seit 1 Jahr fast völliger Kontaktabbruch im Sekundärsozialisationsbereich mit entsprechendem Leistungsabfall, zeitweiser Schulverweigerung. In der Familie diffuse und starre vor allem vom Vater kontrollierte und dominierte Interaktionsmuster.
10. Patient, F. S., 15-jähriger Knabe:
- Seit früher Kindheit wechselnde Umweltsbedingungen: In den ersten Lebensjahren aufgewachsen bei Verwandten in einem Mehrgenerationenclan in einem kleinen spanischen Dorf mit noch archaischen soziokulturellen Verhältnissen. Anschließend verschiedene längere Aufenthalte bei der alleinstehenden, später verheirateten Mutter in der Schweiz.
 - Seit Monaten psychotisches Zustandsbild mit zunehmend schweren Ich-, Affekt-, Gedanken- und Antriebsstörungen. Ausgeprägte Zwangshandlungen, u. a. Frage-, Wasch-, Putz-, Eß-, Onaniezwänge. Optische und akustische Halluzinationen, wahnhaftes Vergiftungs- und Erkrankungsdenken.
 - Schwere Lern-, Leistungs- und Verhaltensstörungen mit suizidalen Impulsen. Stundenlanges Herumirren im Walde. Unberechenbare aggressive Ausbrüche. Familie durch ökonomische und soziokulturelle Faktoren zusätzlich belastet. Völlig überforderte Mutter mit inkonsistenten Verhaltensweisen gegenüber Patienten.
11. Patient, B. F., 14-jähriges Mädchen:
- Seit 2 Jahren zunehmender schwerer Tablettenabusus (u. a. Synodorm, Saridon, Tonopan). Vor $\frac{1}{2}$ Jahr Hospitalisation auf einer pädiatrischen Abteilung wegen Suizidversuch mit Valium. Auf dieser Abteilung mußte die Patientin wegen schwerer aggressiver Ausbrüche zeitweise ans Bett gebunden und mit hohen Dosen von Neuroleptica sediert werden. Zwischendurch verschiedentliches Weglaufen und erneute Einnahme von Medikamenten. Nach 3 Monaten Entlassung unter neuroleptischer Medikation und Lithiofor.
 - Depressives Zustandsbild mit suizidalen Impulsen und weiterhin bestehender Suchtgefährdung. Teils antriebsarm mit Gefühl der Gefühllosigkeit, teils affektinkontinent, motorisch extrem unruhig.
 - Seit 1 Jahr zunehmende Lern-, Leistungs- und Kontaktstörungen. Resigniert hilflose Eltern mit zunehmend pathologischen Interaktionsmustern in der Familie.

2. Struktur und Organisation

2.1. Patient

2.1.1. Räumliche Bedingungen

Die Abteilung, ein zweistöckiges Haus im Kinderspitalareal, verfügt heute über die folgenden räumlichen Möglichkeiten für die verschiedenen Aktivitäten der Patienten:

Parterre: Ein Unter-Mittelstufenschulzimmer, ein Oberstufenschulzimmer, ein Zusatzunterrichtszimmer; zwei Ergotherapie-räume; ein Werk- und Bastelraum; ein Musik- und Fernsehzimmer; eine Küche; ein großes Eßzimmer, welches auch als Besprechungsraum der Arbeitsgruppe und Unterrichtszimmer für die Studentenkurse benützt werden muß.

1. Stock: Patientenzimmer (4 Einer-, 2 Zweier-, 1 Dreierzimmer). Die Zimmer werden von den Kindern und Jugendlichen individuell eingerichtet (z.T. bringen sie Eisenbahnanlagen, kleine Haustiere usw. mit); ein großer gemeinsamer Aufenthaltsraum; zwei Badezimmer; ein Stationszimmer; ein weiterer Doppelraum für die Mitarbeiter des Sonderpädagogik-Krankenpflegebereiches.

2. Stock: Einzelspsychotherapie- und Familientherapie-räume.

Vor dem Haus besteht ein kleiner Spielplatz.

2.1.2. Organisatorische Hinweise

Nach der schriftlichen Anmeldung durch den zuweisenden Arzt und einer entsprechenden Vorentscheidung der Arbeitsgruppe wird der designierte Patient wenn möglich mit seiner ganzen Familie zu einer eingehenden Besichtigung und einem Erstinterview auf die Abteilung eingeladen. Von der Arbeitsgruppe nehmen der künftige Psychotherapeut und ein Mitarbeiter aus dem Sonderpädagogik-Krankenpflegebereich und der Sonderschule daran teil. In diesem Gespräch wird die Indikation zur stationären Behandlung genauer abgeklärt und gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie ein vorläufiger therapeutischer Kontrakt ausformuliert. Anschließend werden die Informationen aus dem Erstinterview in der Arbeitsgruppe erneut besprochen und über eine etwaige Aufnahme vorentschieden. Der definitive Entscheid liegt nach einer Bedenkzeit von einigen Tagen beim Patienten und seiner Familie.

Die Aufnahme erfolgt wenn möglich im Herbst oder Frühjahr. Aus diagnostisch-therapeutischen Gründen verbringen die Patienten wenn irgendwie möglich Samstag/Sonntag und einen Teil der regulären Schulferien in ihren Familien. Der Jahresablauf orientiert sich zeitlich am Schulkalender der Stadt Zürich.

Die Organisation des Aufenthaltes der Patienten beinhaltet einerseits eine Hausordnung und Regelungen des Tages-, Wochen- und Jahresablaufes, die für alle Kinder gültig sind. Andererseits hat jeder Patient einen individuellen Stundenplan (Schule, Einzel- und Gruppenaktivitäten im Sonderpädagogik-Krankenpflegebereich Ergotherapie, Psychomotorik, Einzelspsychotherapie, Familientherapie). Daneben haben die Kinder in Abhängigkeit ihres klinischen Zustandsbildes eine individuelle Freizeit- und Ausgangsregelung. Die verschiedenen Kontakte der Patienten außerhalb der Abteilung im altersentsprechenden Sekundärsozialisationsraum werden unterstützt und gefördert. Es kann damit zusätzlich eine einseitige regressive Betonung des „therapeutischen Milieus“ als „entwicklungsfördernde Umwelt“ verhindert werden (Jones 1953, Winnicott 1965).

Heute können die meisten Patienten wiederum in ihre Herkunftsfamilie und in ihren Herkunftsschulraum entlassen werden. Sie bedürfen meist noch einer längeren Nachbetreuung. Die somatische Behandlung liegt erneut in den Händen des zuständigen Pädiaters oder Hausarztes. Die einzelspsychotherapeutische und familientherapeutische Arbeit übernehmen wenn möglich die schon während der Hospitalisation zuständigen Psychotherapeuten. Für etwaige schulische Probleme stehen die Lehrer unserer Abteilung den zuständigen

Lehrern mit ihren Erfahrungen zur Verfügung. Sofern eine soziale Weiterbetreuung angezeigt ist, wird diese von den im Kanton Zürich dezentralisierten sozialen Institutionen (u.a. Jugendsekretariate) übernommen.

2.2. Arbeitsbereiche

Die Abteilung ist dem Leitenden Arzt für Psychiatrie der Universitäts-Kinderklinik Zürich unterstellt, welcher seit 1965 mit 2 Psychologinnen (und zusätzlich einer Psychologiepraktikantin) den psychiatrischen konsiliarischen Dienst für das Kinderspital (stationäre und ambulante Patienten) betreut.

Die Arbeitsgruppe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung umfaßt 11 1/2 Mitarbeiterstellen aus folgenden 6 Arbeitsbereichen:

- a) Medizinischer Bereich: eine Oberarzt- und Assistenzarztstelle
- b) Einzelspsychotherapeutischer und familientherapeutischer Bereich: Obige Oberarzt- und Assistenzarztstelle, eine Psychologenstelle.
- c) Sonderpädagogik-Krankenpflegebereich: eine Kinderkrankenschwester, zwei Psychiatrischwestern, zwei Psychiatriepfleger (zusätzlich verbringen zwei Schülerinnen der Schwesternschule des Kinderspitals jeweils 3-monatige Praktika auf der Abteilung). Einer der 5 Mitarbeiter ist als Abteilungspfleger/Schwester tätig (als Primus inter Pares mit zusätzlichen v. a. administrativen und organisatorischen Aufgaben).
- d) Sonderschulischer Bereich: Eine Unter- und Mittelstufen-, eine Oberstufenlehrerstelle.
- e) Ergotherapeutischer Bereich: Eine Ergotherapie-stelle.
- f) Psychomotorischer Bereich: Zur Zeit stundenweise Anstellung einer Psychomotoriklehrerin.
- g) Sekretariat: 1/2 Mitarbeiterstelle, die Sekretärin ist als „Nachbarsfrau“ mit in die Arbeitsgruppe integriert.

2.2.1. Organisatorische Hinweise

Institutionalisierte Kommunikation: Die gesamte Arbeitsgruppe trifft sich täglich von Montag bis Freitag von 9.00–9.15 Uhr zum kurzen Informationsrapport und ebenfalls täglich von 13.00–14.00 Uhr zur interdisziplinären Zusammenarbeit (u.a. Fallbesprechungen, Aus- und Weiterbildung) unter der Leitung des Oberarztes.

Die Einstellung neuer Mitarbeiter geschieht nach einem festgelegten Auswahlverfahren. Der Schlußentscheid bei der Anstellung der Psychotherapeuten liegt beim Leitenden Arzt, die Entscheidung zur Anstellung der übrigen Mitarbeiter liegt bei der Arbeitsgruppe. Alle Mitarbeiter blieben in den letzten 5 Jahren durchschnittlich zwei bis vier Jahre auf der Abteilung (Ausnahme: zwei Erzieher, die je ein Jahr blieben). Die Mitarbeiter sind unter sich per Du, die Kinder reden die Erwachsenen in der Sie-Form mit dem jeweiligen Geschlechtsnamen an. Die Mitarbeiter tragen auf der Abteilung Zivilkleidung.

3. Aspekte des therapeutischen Konzeptes

3.1. Patient

3.1.1. Allgemeine Gesichtspunkte

Auf Grund unserer klinischen Erfahrungen und Anregungen aus der Literatur haben sich folgende Gesichtspunkte als hilfreiche Orientierung erwiesen:

Bei der Indikation zur stationären Behandlung der Patienten werden folgende Aspekte berücksichtigt:

a) Art, Dauer, Schwere und Komplexität der somatischen, psychischen und sozialen Befunde und multifaktoriellen Krankheitsentwicklungen der Patienten. Mitberücksichtigt werden konstitutionell-hereditäre Faktoren, kulturelle und sozioökonomische Eigenheiten und Bedingungen, ferner Erfahrungen und Erkenntnisse aus katamnestic Langzeitbeobachtungen (Bleuler 1972, Ernst 1968, Corboz 1980).

– Oft ist die „Familiendiagnose fast wichtiger als das Krankheitsbild des Kindes selbst“ (Dührssen 1977). Im therapeutischen Kontrakt wird die Mitarbeit der Familie als Voraussetzung zur stationären Behandlung des designierten Patienten ausformuliert.

– Meist ebenso vorrangig sind die Indikationskriterien, welche sich aus den vielschichtigen Problemen im Sekundärsozialisationsfeld ergeben. Hier stehen im Vordergrund Lern-, Leistungs-, Verhaltens- und Kontaktstörungen des Patienten und das diesbezügliche „Fehlverhalten“ der Umgebung.

b) Möglichkeiten und Grenzen, welche sich von unserer Abteilung her ergeben:

– Bezüglich Alter der Patienten: Unser therapeutisches Angebot schließt eine Aufnahme von schulentlassenen Patienten aus. Patienten im Vorschulalter wurden uns in den letzten Jahren keine zur stationären Behandlung angemeldet.

– Bezüglich Krankheitsdiagnosen: Weitgehend ausgeschlossen ist die Aufnahme von Patienten mit schweren Verwahrlosungs- und Dissozialitätssyndromen, schwersten eigen- und fremdgefährdenden Zustandsbildern und ausgeprägten infantilen psychoorganischen Syndromen.

In die diagnostisch-therapeutische Beobachtung sind alle krankheitsspezifisch-pathologischen und reifungs- und entwicklungspezifischen gesunden und pathologischen Lebensäußerungen des Patienten und seiner Familie im (psycho)somatischen und (psycho)-sozialen Bereich miteinzubeziehen. Die zu Beginn der Behandlung signalisierten Krankheitssymptome und entsprechenden auslösenden und/oder mitprägenden Situationen sind als primäres Angebot und vorerst dominierende Problemstellung ernst zu nehmen. Entscheidende Hinweise bezüglich Pathogenese, Diagnose und Therapie ergeben sich erst aus den detaillierten Langzeitbeobachtungen während des therapeutischen Prozesses.

Die Gesamtbehandlung umfaßt in allen Arbeitsbereichen die Ermöglichung der (Nach)-„Reifung“ und (Nach)-„Entwicklung“ (Spitz 1954, 1965) sowohl der gesunden als auch der pathologischen und dadurch ausgefallenen oder retardierten Lebensäußerungen des Patienten und seiner Familie.

3.1.2. Beobachtungs- und Therapieschwerpunkte der Arbeitsbereiche

a) Medizinischer Bereich

Die somatischen Befunde und Therapien sind notwendige Ergänzung und oft Voraussetzung für die Arbeit in den anderen Bereichen. Dies betrifft einerseits diejenigen Patienten, bei denen schon bei der Einweisung Hauptsymptome im somatischen Bereich zu diagnostizieren

waren. Andererseits betrifft dies auch diejenigen Patienten, die anfangs keine oder nur geringfügige somatische Nebensymptome aufwiesen. Unsere klinische Erfahrung zeigt, daß auch bei diesen Patienten während des langfristigen therapeutischen Prozesses oft schwere somatische Symptome auftreten.

Der Assistenzarzt ist verantwortlich für die aktuellen, allgemeinen medizinischen Belange aller Patienten auf der Abteilung. Der Oberarzt ist vor allem zuständig für die speziellen Befunde und Fragestellungen, welche sich im Bereich des psychosomatischen Geschehens ergeben und steht diesbezüglich in engem Kontakt mit den entsprechenden Spezialisten der Universitäts-Kinderklinik. Er ist ebenfalls zuständig für die nur in sehr seltenen Situationen während des therapeutischen Gesamtprozesses zusätzlich notwendigen, vorübergehenden Hilfeleistungen in Form von Psychopharmaca (vgl. dazu u. a. Mendiewitz, van Praag 1978).

Der Autor dieser Arbeit ist seit 1976 als Oberarzt (Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialarzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker i. A. der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse) auf dieser Abteilung tätig.

– Bezüglich Hinweisen auf spezielle klinische Befunde und vorläufige theoretische Konzepte im Bereich des psychosomatischen Geschehens vgl. u. a. Alexander 1950, Mitscherlich 1953, Schur 1955, Sifenos 1967, Uexküll 1980.

b) Einzelpsychotherapeutischer und familientherapeutischer Bereich

Einzelpsychotherapie

Der Beobachtungsschwerpunkt ergibt sich aus dem Grundkonzept der dyadischen Psychotherapie (Subjektssystembereich). Es werden die Beziehungs- und Verhaltensweisen der Patienten v. a. „in Abhängigkeit von den inneren Verarbeitungs- und Generierungsprozessen betrachtet“ (Moser 1978). Im Vordergrund stehen dabei: die Übertragungsphänomene des Patienten und die dadurch aktualisierten Anteile der „Übertragungsbereitschaften, die Gegenübertragung“ (Argelander 1963) des Therapeuten, die Widerstandsphänomene und die „Phantasieprodukte“ (Lebovici 1970) des Patienten. Hilfreiche Hinweise für den therapeutischen Prozeß bei unseren Patienten, deren Beziehungsstörungen oft bis ins 1. Lebensjahr zurückreichen, fanden wir u. a. bei Balint 1952, Mahler 1968, Winnicott 1965, Freud A. 1965.

Der Erfahrungs- und Einsichtsprozeß v. a. bezüglich „des Aufbaus neuer Beziehungsgeschichten“ des Patienten in der Einzelpsychotherapie ist als Teilaspekt in das diagnostisch-therapeutische Gesamtkonzept der Abteilung integriert und kann damit in den übrigen Arbeitsbereichen mitbeobachtet, mitgetragen und mitgestaltet werden.

Das psychotherapeutisch orientierte Gesamtsetting ermöglicht als strukturierter Beziehungsraum sowohl aktuelles Erleben in verschiedensten „Re-inszenierungen“ (u. a. Wiederholungen, Probandlungen) und neuen Situationen als auch gemeinsame handlungsorientierte Reflexion.

Die Einzelpsychotherapie umfaßt 3 Einzelstunden pro Woche. Sie beginnt bei jedem Patienten mit seinem Eintritt auf die Abteilung.

Um exakte Beschreibungsdaten zur Überprüfung und Erforschung des Therapieverlaufes (vgl. dazu u. a. Strupp 1969, Graupe 1978) gewinnen sind Tonband- und Videoaufnahmen unumgänglich. Auch für die Aus- und Weiterbildungsaufgaben in diesem Bereich wären diese technischen Hilfsmittel notwendig (heute noch nicht vorhanden).

Familientherapie

Hier werden als Ergänzung zur Einzelpsychotherapie nicht die innerpsychischen Prozesse des Patienten, sondern die Interaktionen in der Familie zum Beobachtungsschwerpunkt (Interaktionssystem-

bereich). Es werden speziell diejenigen aktuellen „zirkulären Kommunikationsprozesse“ (Watzlawick et al 1967) beobachtet, welche eine gesunde Reifung und Entwicklung einzelner Familienmitglieder, im Speziellen des Patienten und der Familie als Ganzes und einzelner „Subsysteme“ (Kantor 1976) einengen oder verhindern. Als wichtige Phänomene erwiesen sich u. a.: „Verbindungen und Allianzen in der Familie“ (Haley 1959), „Rollenkonflikte“ (Richter 1967), „Delegationsmechanismen“ (Stierlin 1975), „Verstrickung, Überbehütung, Starrheit, Mangel an Konfliktlösung“ (Minuchin 1975).

Im therapeutischen Prozeß wird versucht, in „aktiver gleichwertiger Parteilichkeit“ (Boszormenyi-Nagy 1975) gegenüber allen anwesenden und nicht anwesenden, z. B. verstorbenen Familienmitgliedern, durch eine Veränderung der „Erwartungen“ und „Einstellungen“ die gesunden Beziehungskräfte in der Familie wieder zunehmend zum Tragen zu bringen.

Mit den Familien und z. T. einzelnen Familienmitgliedern wird je nach Situation in verschiedenen therapeutischen Settings mit unterschiedlichen Methoden und Zielsetzungen gearbeitet: Stützende Elternberatung, dabei werden auch Hausbesuche gemacht; eigentliche Familientherapie; Ehepaartherapie (Willi 1975); vereinzelt psychoanalytische Kurztherapie (Malan 1965).

Auch in diesem Bereich sind obige technische Hilfsmittel zur Überprüfung und Erforschung des Therapieverlaufes notwendig. Für die Aus- und Weiterbildung sollte zusätzlich die Möglichkeit der Beobachtung hinter einem Einwegspiegel bestehen.

c) Sonderpädagogik-Krankenpflegebereich

Neben den krankenschwangerischen Aufgaben liegt der Schwerpunkt im Abbau und der Neuorientierung von oft jahrelang bestehenden, durch die Umgebung mitgeprägten und mitfixierten Fehlverhaltensweisen des Patienten im Bereich der alltäglichen Anforderungen und konkreten Aufgaben der praktischen Lebensbewältigung (vgl. dazu u. a. Freud, A. 1965, Meierhofer 1971, Redl 1971).

Die Patienten werden je nach Situation einzeln oder in Kleingruppen betreut. Die Mitarbeiter in diesem Arbeitsbereich sind zusätzlich verantwortlich für: Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen außerhalb der Abteilung (z. B. Fußballklub, Judokurs, Tanzkurs, Religionsunterricht); für regelmäßige pädagogische Kontakte mit den Eltern, jede Familie hat eine pädagogische Bezugsperson; für die Durchführung des einwöchigen Sommerferienlagers mit unseren Patienten.

Auf Grund unserer für den Aufbauprozess des diagnostisch-therapeutischen Gesamtsetting fruchtbaren Erfahrungen mit Heimerziehern und Sozialpädagogen werden wir bis auf weiteres in diesem Bereich nur Kinderkrankenschwestern sowie Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger integrieren.

d) Sonderschulischer Bereich

Hier bilden die schweren Lern- und Leistungsstörungen und die auf Grund der oft inadäquaten Reaktionen im Herkunftsschulraum zusätzlichen traumatischen Erfahrungen die Schwerpunkte der Beobachtung und der sonderschulischen Aufgabe in einem v. a. ichstabilisierenden Realitätsbezug.

Die Kinder werden meist in Kleingruppen, zum Teil einzeln in den Hauptfächern, in Realien, Turnen, Musik und Zeichnen zirka 16 Stunden pro Woche unterrichtet. Die Lehrerinnen pflegen regelmäßig Kontakt mit den ehemaligen und zukünftigen Lehrpersonen der Patienten sowie mit den Eltern und denjenigen Personen und Institutionen, welche verantwortlich sind für spezielle Aufklärungen (u. a. Teilleistungsschwächen, Berufsberatung) und zusätzliche Unterrichtselemente (u. a. Übungsbehandlungen, schulstoffbezogener Zusatzunterricht, Instrumentalunterricht).

Die Schule wird als kantonal anerkannte „Sonder-D-Schule“ (Schule für normal begabte Schüler mit Lern- und Verhaltensschwierigkeiten) geführt und umfaßt alle Klassen der Unter-, Mittel- und Oberstufen.

e) Ergotherapeutischer Bereich

Alle Patienten weisen im spielerischen und kreativen Bereich schwere Störungen auf. In der Ergotherapie wird versucht, die Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit im Umgang mit den verschiedensten Materialien zu fördern.

Die Ergotherapeutin betreut die Kinder und Jugendlichen zwei Stunden pro Woche einzeln und ein Mal pro Woche während 1 1/2 Stunden in einer der beiden Kleingruppen.

f) Psychomotorischer Bereich

Die meisten Patienten sind sowohl in der Körperwahrnehmung als auch in ihren körperbezogenen Bewegungs- und Ausdrucksfähigkeiten beeinträchtigt. Die Psychomotoriklehrerin versucht dem Patienten eine entsprechende Nachreifung und Nachentwicklung seiner retardierten und ausgefallenen körperbezogenen Fähigkeiten zu ermöglichen. Sie betreut die Kinder einzeln während 1/2 Std. pro Woche.

3.2. Arbeitsbereiche

Aus der klinischen Erfahrung und entsprechender Literaturhinweise haben sich in der praktischen Arbeit folgende Gesichtspunkte als hilfreiche Orientierung erwiesen:

Jeder Arbeitsbereich ist in bezug auf das Gesamtsetting ein gleichwertiges, mitverantwortliches, autonomes „Subsystem“ und innerhalb seines Fachbereiches entscheidungsautonom.

Jeder Mitarbeiter ist einerseits „Fach- und Mitarbeiter“ im umfassenden Therapieprozeß, andererseits muß jeder Mitarbeiter seine eigene Persönlichkeit (berufliche und personale Identität) individuell und autonom in jeder zwischenmenschlichen Begegnungssituation zum Tragen bringen.

Jeder Arbeitsbereich hat sein spezifisches Fachwissen und seine entsprechende Aus- und Weiterbildung. Daraus ergeben sich die bereichsspezifischen Schwerpunkte bezüglich Beobachtungsmerkmalen, diagnostischen Kriterien, therapeutischen Techniken, „differenzieller Wirksamkeit“ (Schmidt 1980) und Zielsetzungen.

In jedem Bereich ist der Ausgangspunkt der klinischen Arbeit das „beobachtete Erfahrungsgut“ (Dührssen 1954). Dabei unterscheiden wir – in vorläufiger Abgrenzung und in Anlehnung an Argelander (1970) – folgende drei Informationsquellen:

a) Objektive Informationen und Befunde:

Diese Angaben u. a. biographische Fakten und klinische Beobachtungen betreffen zuverlässige und nachprüfbare Daten und Merkmale; dabei sind das eigene innere Erleben und das eigene Interaktionsverhalten des Beobachters, welches sich aus der aktuellen Situation ergibt, peripher oder weitgehend ausgeblendet. Das Instrument der Wahrnehmung ist vorwiegend das Fachwissen. Diese Daten sind geeignet und unerlässlich sowohl für die klinische Überprüfung des Therapieprozesses als auch für die wissenschaftliche Erforschung von allgemeinen Regelmäßigkeiten in Pathogenese, Erscheinungsformen und klinischem Verlauf.

- b) Subjektive Informationen und Befunde:
Entscheidend sind hier ausschließlich die subjektiven Bedeutungen, die der Patient oder die Familie den berichteten oder beobachteten Daten und Phänomenen geben.
- c) Szenische Information und Befunde:
Hier dominiert das beobachtete Erfahrungsgut, welches sich aus dem Interaktionsgeschehen der aktuellen Situation, der „Begegnungsszene“ ergibt. Das Instrument der Wahrnehmung ist die Persönlichkeit des Beobachters, die Selbstbeobachtung seines eigenen inneren Erlebens und seiner eigenen Interaktionen. Dies betrifft sowohl die „Begegnungsszenen“ mit dem Patienten, mit seiner Familie, in der Kindergruppe als auch die arbeitsbezogenen Phänomene (vgl. Abschn. 3.2.2.) in der Arbeitsgruppe.

In der diagnostisch-therapeutischen Arbeit erwiesen sich die subjektiven und v.a. szenischen Informationen und Befunde als aufschlußreichste Hinweise zur Voraussage des weiteren individuellen therapeutischen Prozesses. Diese ermöglichten als „geeignetstes heuristisches Mittel zur Hypothesenfindung“ (Graupe 1978) qualitativ neue, vorläufige Ansätze zu einem vertieften und umfassenderen Verständnis des Krankheitsgeschehens. Daraus konnten neue, konkrete, je bereichsspezifisch möglichst exakt umschriebene erzieherisch therapeutische Handlungsanweisungen und Teilziele abgeleitet werden. Im weiteren therapeutischen Verlauf vermochten dann vor allem die objektiven Befunde diese vorläufigen hypothetischen Ansätze zu bestätigen oder kritisch zu hinterfragen.

Die arbeitsbegleitende Aus- und Weiterbildung auf der Abteilung umfaßt folgende drei Schwerpunkte:

- a) Die täglichen Besprechungen in der gesamten Arbeitsgruppe von 13.00–14.00 Uhr.
- b) Jeder Arbeitsbereich hat seine eigene fachspezifische Supervision durch von auswärts zugezogene Fachleute.
- c) Die gesamte Arbeitsgruppe hat alle 14 Tage eine 1 1/2-stündige Supervision, welche von einer auswärtigen Psychoanalytikerin durchgeführt wird.

3.2.2. Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit

Über jeden Patienten findet cirka alle 2 Monate eine gemeinsame 2-stündige Fallbesprechung statt. Einige Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit sollen daran aufgezeigt werden.

- a) In der ersten Besprechungsstunde referiert je ein Mitarbeiter aus allen 6 Arbeitsbereichen schriftlich vorbereitet ca. 10 Minuten die bereichsspezifischen vor allem „objektiven Informationen und Befunde“. Die abschließende Beurteilung, welche meist durch den Leitenden Arzt vorgenommen wird, orientiert sich in der phänomenologischen psychiatrischen Querschnittsdiagnostik am „multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ (Renschmidt, Schmidt, 1977), welches in den korrespondierenden Teilen der 9. Revision der International Classification of Diseases angeglichen ist und am „AMDP-System“ (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1979).

- b) In der zweiten Besprechungsstunde werden von allen Mitarbeitern anhand von detailliert geschilderten Begegnungserlebnissen mit dem Patienten und zum Teil mit seiner Familie vor allem „subjektive und szenische Informationen“ eingebracht und gemeinsam in der Arbeitsgruppe angereichert.

Bei der diagnostisch-therapeutischen Bearbeitung dieser Befunde werden v.a. die aus den verschiedensten „Re-inszenierungen“ des Patienten sich ergebenden Gegenübertragungs- und Widerstandsphänomene thematisiert. Die situative Evidenz entsprechender Befunde kann oft durch entsprechende Informationen aus der Einzelpsychotherapie verlässlich bestätigt werden. Ebenso können auftretende „unangemessene“ konflikthafte Interaktionen in der Arbeitsgruppe und Kindergruppe in dieser Besprechungsstunde dank Zusatzinformationen vor allem aus der Familientherapie zum Teil als „Spiegelphänomene“ von entsprechendem Interaktionsverhalten in der Familie des Patienten aufgezeigt werden. Zusätzlich sind in der Arbeitsgruppe zeitweise „Spiegelphänomene“ von gruppodynamischen Prozessen, in welche der Patient in der Kindergruppe (vgl. dazu u.a. Slavson 1975) involviert ist, zu beobachten und ebenfalls gemeinsam handlungsorientiert durchzuarbeiten.

4. Diskussion

4.1. Klinischer Aufgabenbereich

Die Erfahrungen von in der Praxis und in der Klinik tätigen Pädiatern weisen deutlich auf „einen Wandel in der Medizin“ (Fanconi 1970) hin. Unter anderem ergibt sich eine deutliche Zunahme von Patienten, bei welchen psychosomatische und psychosoziale Problemstellungen im Vordergrund stehen gegenüber Patienten mit akuten, kurzfristigen, vorwiegend somatischen Erkrankungen. Diese Entwicklung wird durch die Veränderung der „Verteilung der Krankheitsfälle in der Schweiz (Bachmann 1980) und durch die wenigen diesbezüglichen wissenschaftlichen epidemiologischen Studien (Starfield et al 1980) und Erfahrungsberichte (Zweymüller 1980) bestätigt.

In seinem Bericht über die Universitäts-Kinderklinik Graz schreibt Zweymüller (1980): „Wenn wir von einem Wandel pädiatrischer Schwerpunkte im Hinblick auf die Zukunft sprechen, so benötigen wir aus kinderärztlicher Sicht die Schaffung von Stationen für psychosomatische Erkrankungen“.

Unsere klinischen Erfahrungen und entsprechenden Erkenntniselemente aus Anamnese, klinischem Verlauf und Katamnese unserer Patienten vermögen die Notwendigkeit des oben angesprochenen Bedürfnisses nach speziellen Stationen zu bestätigen. Um die komplexen und ätio-pathogenetisch multifaktoriellen Krankheitsentwicklungen therapeutisch günstig beeinflussen zu können, erachten wir ein mehrdimensionales und interdisziplinäres Diagnostik- und Behandlungskonzept auf einer psychotherapeutisch orientierten psychosomatischen Abteilung im Rahmen einer Kinderklinik als notwendige Voraussetzung.

Ebenso ergeben die Erfahrungen aus unserer langjährigen, vielfältig konstruktiven Zusammenarbeit mit dem Kinder-

spital im Bereich der klinischen Tätigkeit und Aus- und Weiterbildung und heute erst in wenigen Ansätzen der Forschung bestätigende Hinweise für die Richtigkeit entsprechender „Planungsgrundsätze bezüglich dem speziellen Bedürfnis nach Einrichtung von Kinderpsychiatrischen Abteilungen in Kinderspitälern großer Städte“ (*Remschmidt* 1978). Ein Beispiel mag stellvertretend für viele andere darauf hinweisen, wie organisch sich unsere Arbeit in die Kinderklinik einzugliedern vermochte: Vor kurzem wurde der langjährige Abteilungspfleger der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung zum Oberpfleger der Medizinischen Klinik des Kinderspitals Zürich berufen.

4.2. Forschung

Der individuelle Therapieprozeß mit dem Patienten und seiner Familie und die Erforschung spezieller Fragestellungen stehen in untrennbarer Wechselbeziehung. Die Abteilung stellt damit sowohl ein therapeutisches Setting als auch ein exaktes Beobachtungs- und Forschungsinstrumentarium dar, um:

- im Sinne von evaluativer Einzelfall- und Mikroprozeßforschung regelhafte Teilaspekte vor allem bezüglich Pathogenese, klinischen Erscheinungsformen und therapeutischem Prozeß in interdisziplinärer Zusammenarbeit bearbeiten zu können (wir werden in späteren Arbeiten anhand von Einzelfalldarstellungen detaillierte Verlaufsbeobachtungen zur Diskussion stellen) und
- im Sinne von Modellforschung Fragestellungen bezüglich Therapie- und Organisationsformen und Aus- und Weiterbildungsfragen im Bereich der langfristigen stationären Behandlung von Patienten mit psychosomatischen und psychosozialen Problemstellungen zu untersuchen.

4.3. Aus- und Weiterbildung

Im Entwurf der Expertenkommission für die Revision der ärztlichen Prüfungsordnung der Schweiz wird festgestellt, „daß zahlreiche Gebiete, mit denen der Arzt aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren in zunehmendem Maße zu tun haben wird, bisher in der Ausbildung und bei den Medizinalprüfungen zu kurz kamen. Beispiele für derartige Gebiete sind: (u.a.) Psychosomatik und (Psychotherapie) Psychologie“ (*Frey* 1979).

Auf der Grundlage der Erfahrungen und Erkenntnisse aus der klinischen Arbeit und den obigen Forschungsaufgaben könnte vermehrt ein entsprechender Beitrag mit speziellem Schwerpunkt im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter u. a. in Form von Falldarstellungen und Balintgruppen mit Studenten, Pädiatern, Pflegepersonal und Supervisionsarbeit von interdisziplinär zusammengesetzten Abteilungsteams geleistet werden (vgl. dazu u. a. *Balint* 1961, *Strozka* 1980).

Summary

Psychosomatic-psychotherapeutic Ward at the Kinderspital Zürich
Patients, Organisation, Therapeutic Concept

1975 a psychosomatic-psychotherapeutic ward (11 places) was opened at the Kinderspital Zürich. In this article

the current state of mental health program the working conditions of the ward and the interdisciplinary work (involving special educators, occupational therapists, child psychotherapists and pediatricians) are described. Case reports and a short statistical analysis of the patients seen on this ward are presented.

Literatur

- Alexander, F.*: Psychosomatic Medicine. 1950. Deutsche Übersetzung: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin, 1951. – *AMPD*: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). Das AMPD-System. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 1979. – *Argelander, H.*: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1970. – *Bachmann, H.P.*: Verteilung der Krankheitsfälle in der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung 51, 3392–3395, 1980. – *Balint, M.*: Primary Love and Psychoanalytic Technique. Tavistock Publications, London 1965. Deutsche Übersetzung: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Kap. XVIII: Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom (Erstdruck: in: Int. J. Ps. 33, 214, 1952). – *Balint, M., Balint E.*: Psychotherapeutic Techniques in Medicine. Tavistock Publications, London 1961. – *Bleuler, M.*: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972. – *Boszormenyi-Nagy, I.*: Dialektische Betrachtung der Intergenerationen-Familientherapie. EHE 3/4, 117–131, 1975. – *Corboz, R.J.*: Die stationäre Behandlung neurotischer Störungen im Kindesalter. Ergebnis von 100 Katamnesen. Z. Kinder- u. Jugendpsychiat. 8, 377–394, 1980. – *Dührssen, A.*: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Med. Psychologie, Göttingen, 1954. *Dies.*: Möglichkeiten und Formen der Elternberatung Praxis 1, 1–5, 1977. – *Ernst, K.*: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 25, 125. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 1968. – *Fanconi, G.*: Der Wandel der Medizin. Huber, Bern, 1970. – *Freud, A.*: Children in the Hospital. International Universities Press, New York 1965. Deutsche Übersetzung: Kinder im Krankenhaus. Fischer, Frankfurt, 1972. – *Ders.*: Normality and Pathology in Childhood. Assessments of Development. International Universities Press, New York, 1968. Deutsche Übersetzung: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Huber, Klett, Bern/Stuttgart, 1968. – *Frey, U.*: Revision des Reglements für die eidgenössischen Medizinalprüfungen. Schweiz. Ärztezeitung, 24, 1185–1187, 1979. – *Graupe, S.R.*: Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. In: Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie, Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. überarb. und erw. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 1978. – *Haley, J.*: The family of the schizophrenic: a model system. Journal of nervous and mental Diseases 129, 357–374, 1959. – *Jones, M.*: The Therapeutic Community. Basic Books, New York, 1953. – *Kantor, D., Lehr, W.*: Inside the Family. Jossey-Bass, San Francisco/Washington/London, 1976. – *Lebovici, S., Soulé, M.*: La connaissance de l'enfant par la psychoanalyse. Presses Universitaires de France, Paris 1970. Deutsche Übersetzung: Die Persönlichkeit des Kindes. Der Beitrag der Psychoanalyse zum Verständnis des Kindes. Kindler, München, 1978. – *Mahler, M.*: On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. International Universities Press, New York, 1968. Deutsche Übersetzung: Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart, 1972. – *Malan, D.H.*: Psychoanalytische Kurztherapie. Huber und Klett, Bern/Stuttgart 1965. – *Meierhofer, M.*: Frühe Prägung der Persönlichkeit. Psychohygiene im Kindesalter. Huber, Bern/Stutt-

gart/Wien, 1975. – *Mendlewicz, J., van Praag, H. M.* (Ed.): *Advances in Biological Psychiatry. Childhood, Psychopharmacology: Current Concepts.* Karger, Basel/München/Paris/London/New York/Sidney, 1978. – *Minuchin, S.*: A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1031–1038, 1975. – *Mitscherlich, A.*: Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentwicklung. *Psyche*, 7, 561–578, 1953/54. – *Moser, U.*: Affektssignal und aggressives Verhalten. *Psyche*, 32, 229–258, 1978. – *Redl, F.*: Erziehung schwieriger Kinder. Piper, München, 1971. – *Remschmidt, H.*: Mental health services for children and adolescents in the european region. *Int. J. Ment. Health*, 7, 56–74, 1978. – *Remschmidt, H., Schmidt, M.* (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1977. – *Richter, H.E.*: Eltern, Kind und Neurose. Klett, Stuttgart, 1967. – *Schmidt, M.H.*: Perspektiven kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung. *Z. Kinder- und Jugendpsychiat.* 8, 3–4, 1980. – *Schönfelder, T.*: Erfahrungen mit einer Adoleszenzstation. In: *Lempp, R.* (Hrsg.): *Adoleszenz.* Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1981. – *Schur, M.*: Comment on the Metapsychology of Somatisation. *Study Child*, 10, 119–164, 1955. Deutsche Übersetzung: Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: *Overbeck, G.* und *A.* (Hrsg.), *Seelischer Konflikt körperliches Leiden.* Rowohlt, Reinbek, 83–142, 1978. – *Sifenos, P.E.*: Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic disorders. *Acta Medica Psychosomatica*, 11–16, 1967. – *Slavson, S. R., Schiffer, M.*: *Group Psychotherapies for Children. A Textbook.* International Universities Press, New York, 1975. Deutsche Übersetzung: *Gruppenpsychotherapie für Kinder. Ein Arbeitsbuch.* Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1976. – *Spitz, R.*: *The First Year of Life.*

International Universities Press, New York, 1965. Deutsche Übersetzung: *Vom Säugling zum Kleinkind.* Klett, Stuttgart, 1967. – *Ders.*: *Genèse des premières relations objectales.* *Revue Française de Psychoanalyse*, Paris, 1954. Deutsche Übersetzung: *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen.* Klett, Stuttgart, 1957. – *Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pantell, R., Allen, C., Gordon, B., Moffat, P., Drachmann, R., Katz, H.*: *Psychosocial and Psychosomatic Diagnoses in Primary Care of Children.* *Pediatrics*, 66, 159–167, 1980. – *Stierlin, H.*: *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie.* Klett, Stuttgart, 1975. – *Strotzka, H.* (Hrsg.): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.* Urban & Schwarzenberg, München, 1975. – *Ders.*, *Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen,* Urban & Schwarzenberg, München, 1980. – *Strupp, H.H., Bergin, A.E.*: Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry* 7, 18–90, 1969. – *Uexküll, Th., v.* (Hrsg.): *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.* Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 1979. – *Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.*: *Pragmatics of Human Communication.* Norton, New York, 1967. Deutsche Übersetzung: *Menschliche Kommunikation.* Huber Bern/Stuttgart/Wien, 1971. – *Willi, J.*: *Die Zweierbeziehung.* Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1975. – *Winnicott, D.W.*: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* Hogarth, London, 1965. Deutsche Übersetzung: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.* Kindler, München, 1974.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. H.R. Wohnlich, psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung Universitäts-Kinderklinik, Steinwiesstraße 75, CH-8032 Zürich.