

Herfried, Frank

Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 3, S. 94-97

urn:nbn:de:bsz-psydok-30315

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| <i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions) | 296 | <i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury) | 42 |
| <i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children) | 206 | <i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents) | 141 |
| <i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome) | 222 | <i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance) | 234 |
| <i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons) | 123 | <i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents) | 214 |
| <i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists) | 282 | <i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents) | 18 |
| <i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration) | 55 | <i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped) | 114 |
| <i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent) | 94 | <i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers) | 192 |
| <i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry) | 172 | <i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision) | 183 |
| <i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles) | 133 | <i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors) | 61 |
| <i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community) | 49 | <i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles) | 178 |
| <i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses) | 272 | <i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders) | 258 |
| <i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History) | 3 | <i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents) | 88 |
| <i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals) | 264 | <i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency) | 301 |
| <i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service) | 148 | <i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals) | 9 |
| | | <i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles) | 70 |
| | | <i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report) | 97 |
| | | <i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination) | 188 |

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.*: L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.*: Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern . . . 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.*: Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger, G.* (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.*: Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G.* (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien . . 165
- Friedrich, M. H.*: Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.*: Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St.* (Hrsg.): Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.* (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene . . 324
- Kast, V.*: Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.* (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W.* (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse . . . 292
- Maker, C. J.*: Curriculum Development for the Gifted . . . 36
- Maker, C. J.*: Teaching Models in Education of the Gifted . 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.*: Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.*: Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V.* (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.*: Training mit sozial unsicheren Kindern . . 37
- Postman, N.*: Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.*: Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.*: Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Rett, A.*: Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reukauf, W.*: Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.*: So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.*: Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.*: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.*: Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D.* (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J.* (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung . . 324
- Zlotowicz, M.*: Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.*

Von Herfried Frank

Zusammenfassung

Über ein Hinterfragen des eigenen therapeutischen Standortes wird die Überlegung diskutiert, inwieweit die Entscheidung zur stationären Aufnahme eines psychosomatisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen nicht Ergebnis unbe-

wußter Ängste, Enttäuschung, aber auch Erwartungen des Therapeuten sein kann. Es wird die Frage erörtert, inwieweit der „malignen Umklammerung“ (*Stierlin*) der einzelnen Familienmitglieder Rechnung getragen wird: Jede Trennung des Familienmitgliedes aus dem Familienverband kann als existenzielle Bedrohung des Familiensystems erlebt werden und zu einer Verschlechterung der Erkrankung führen.

Abschließend werden Gesichtspunkte, die in einer Vorbereitungsphase auf einen stationären Aufenthalt berücksichtigt werden sollten, dargestellt.

* Nach einem Vortrag gehalten am 6.7.83 im Rahmen des Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lausanne.

1. Einleitung

Die Bearbeitung dieses Themas erfolgte aus zwei Gründen: Zum einen, um den eigenen therapeutischen Standort neu zu überdenken, zum anderen, um ein klärendes Verständnis für die betroffenen Familien zu gewinnen.

Seit neun Jahren arbeite ich als Kinder- u. Jugendpsychiater und Psychoanalytiker in einer Gruppe von Mitarbeitern, wobei die Mitglieder verschiedenen Berufsgruppen angehören. Ein modern gewordenes Schlagwort würde die Gruppe als „therapeutisches Team“ beschreiben. Die kinder- u. jugendpsychiatrische Abteilung ist der Kinderklinik zugeordnet, weshalb psychosomatische Erkrankungen im Kindes- u. Jugendalter im Vergleich zu anderen Einrichtungen unseres Fachgebietes besonders häufig vertreten sind.

Die eigene Standortbestimmung erscheint deshalb besonders schwierig, da wir in unserer Arbeit nicht selten zu einer Relativierung eben gewonnener Einsichten kommen:

Während wir in unserer Klinik vor wenigen Jahren noch die stationäre Behandlung bei Patienten, die an einer Anorexia nervosa, einer Colitis ulcerosa oder einem Asthma bronchiale erkrankt waren, mit Überzeugung vertraten, sind wir heute bei der Indikationsstellung sehr viel zurückhaltender.

Eine absolute Indikation sehen wir nur noch dann gegeben, wenn die Bedrohlichkeit der Erkrankung eine ärztlich-somatische und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung parallel erforderlich macht. Diese Voraussetzung zu einer Krisenintervention ist in seltenen Fällen gegeben. Auf eine relative Indikation soll später eingegangen werden.

2. Die eigene therapeutische Standortbestimmung

Die stationäre Aufnahme eines psychosomatisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen erfolgte rückblickend aus verschiedenen, häufig nicht bewußten Überlegungen:

1. In dem Erschrecken über die Erkrankung – das Zustandsbild stellte sich im Nachhinein häufig als sehr viel weniger akut gefährdend und bedrohlich dar – bedeutete die Klinik auch für den Therapeuten Sicherheit, weniger auf der realen als vielmehr auf der Übertragungsebene. Die über den Patienten mobilisierte Angst und Bedrohung wurde oft Anlaß, sich auf einen scheinbar Sicherheit gebenden Boden zurückzuziehen.
2. In dem widerspruchsfreien, angepaßten Verhalten von seiten des Patienten und seiner Familie liegt eine besondere Gefahr in der Arzt-Patienten-Beziehung. Bei der Frage einer stationären Aufnahme sind einzelne Familien geneigt, sich dem ärztlichen Rat zu unterwerfen. Sie stimmen unreflektiert einer stationären Behandlung zu, um jede Auseinandersetzung zu vermeiden. Das Kind oder der Jugendliche selbst signalisiert darüberhinaus eine Autonomie und Souveränität in eigenen Entscheidungen, d.h. sie scheinen in ihrem Selbsterleben ihr Angewiesensein auf den anderen nicht wahrzunehmen, bzw. sie leugnen ihre intensiven Bindungen an die Familie.
3. Häufig vermittelt sich dem Therapeuten die überhöhte Erwartung der Eltern, in möglichst kurzer Zeit eine

Symptomheilung zu erzielen, – eine magisch anmutende Erwartung, die nicht selten mit dem narzißtischen Anspruch des „guten Therapeuten“ korreliert. Die Klinik bietet sich hier als Projektionsfeld überhöhter Erwartungen und Hoffnungen an. Die Zahl der Behandlungsangebote (organmedizinische Behandlung, analytische Einzel- u. Gruppentherapie, jeweils unter Einbeziehung der Familie, heilpädagogische Maßnahmen, konzentrierte Bewegungs- u. Psychopharmakotherapie u. a. m.) spiegelt etwas von der therapeutischen Potenz einer Klinik wider mit der Gefahr der eigenen Überschätzung, auch wenn die Bedeutung der verschiedenen Therapieverfahren nicht in Abrede gestellt werden soll. Wir kamen jedoch zu der Auffassung, daß die Therapie vorwiegend eine ambulante begleitende Behandlung in einer für das Kind und seine Familie schwierigen, höchst individuellen Situation ist. Jedes Überstülpen eines Therapieprogrammes kann die Gefahr einer Simplifizierung eines Krankheitsgeschehens wie auch einer Fehlwahrnehmung der Beteiligten beinhalten. Dies soll sagen, daß wir in den therapeutischen Angeboten immer mehr zu einer Relativierung der Effektivität kommen und geneigt sind, mehr dem von einer Familie aufgezeigten Weg zu folgen – ein Weg, der die Auseinandersetzung mit sich und dem anderen, dem Patienten und seiner Familie fordert.

4. Eine Begründung für eine stationäre Aufnahme sahen wir gelegentlich in der unseres Erachtens notwendigen Distanz zwischen Kind und seiner Familie bzw. seinem Umfeld. Es sollte auf der rational begründenden Ebene dem Kind durch eine vorübergehende Trennung ein neues Rollenverhalten ermöglicht werden. Wir meinen heute aber, daß wir damit nicht selten dem eigenen unbewußten Wunsch folgten, uns der umklammernd erlebten Verstrickung eines Familiensystems zu entziehen. Das Herauslösen des Kindes sollte auch dem Therapeuten Luft in der atemerstickenden Atmosphäre geben.

3. Das familiäre Beziehungsmuster

Die psychosomatische Erkrankung wird in unserem Verständnis als ein für das Individuum vielleicht einzig möglicher Kompromiß einer innerpsychischen und/oder äußeren Konfliktsituation des Kindes und seiner Familie verstanden. Das Beziehungsmuster – *Stierlin* spricht von einer „malignen Umklammerung“ der einzelnen Familienmitglieder – soll bei schwer verlaufenden Krankheitsbildern um den Preis der Selbsterstörung erhalten bleiben, – ein Familiensystem, das über Generationen gewachsen ist, eine innere Sinngebung und Stabilität den Beteiligten vermittelt. Jeder übereilte, unbedachte therapeutische Schritt könnte eine Familienkatastrophe auslösen, da tradierte Werte und Normen, aber auch eigene Vorstellungen von der Sinngebung des Lebens in Frage gestellt werden. Die Krankheit hat hier die Bedeutung, der betroffenen Familie die Möglichkeit zu geben, eine zweite, eine innere Realität zu finden, um der Bedrohung eines brüchig gewordenen harmonischen Familiensystems zu entfliehen. Ein besonderes Gewicht gewinnt die Aufrechterhaltung eines klischeehaft anmutenden Um-

gangsstils in einem konstituierten, festungsähnlichen Familiensystem. Die individuellen Grenzen der einzelnen Familienmitglieder sind schwach ausgebildet. Niemand grenzt sich klar vom anderen ab, ein Charakteristikum, das *Stierlin* bei magersüchtigen Patienten mit dem Bild eines Hauses, in dem alle Türen offenstehen, vergleicht: „Jeder kann zu jeder Zeit in jedes Zimmer gehen, selbst das Elternschlafzimmer ist oft nicht abschließbar. Während alle inneren Türen offenstehen, wird die Haustüre verschlossen, d. h. das Familiensystem ist in sich geschlossen.“

Minuchin und Mitarbeiter beschreiben als die vier entscheidenden Merkmale einer „psychosomatischen Familie“ die Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit und fehlende Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Konfliktlösung. Obwohl die Notwendigkeit der Beschreibung entsprechender Umgangs- u. Reaktionsformen gesehen wird, erschreckt die Wertung und Bewertung, bei scheinbarer Kenntnis eines als normal definierten Verhaltens. Es sei hier lediglich festgehalten, daß der Umgangsstil der Familienmitglieder verschiedene Charakteristika aufweist, die wir subjektiv als starr, einengend, überfürsorglich und autonomiehemmend erleben.

Erschwert wird die individuelle Abgrenzung durch die Abhängigkeitshaltung der miteinander verklammerten Generationen, d. h. die Eltern bleiben emotional stark an die Ursprungsfamilie und deren unausgesprochene Erwartungen gebunden. Die von uns als Fessel, als Umklammerung erlebten, zur Loyalität verpflichtenden Normen und Wertvorstellungen lassen den Patienten einen Ort „emotionaler, zeitlicher und räumlicher Neutralität“ (*Bräutigam, Christian*) suchen, um Konflikte zu vermeiden. Jeder spontane Affekt, jede Äußerung von Wut, Haß und Eifersucht oder zärtliche Zuneigung würde eine Abgrenzung zur Folge haben, die das Beziehungsmuster verändert und damit die Familienharmonie gefährdet.

4. Der stationäre Aufenthalt als Bedrohung des Familiensystems

Wir wissen, daß Verselbständigungsbestrebungen mit großen Veränderungs- u. Trennungsängsten bei den einzelnen Familienmitgliedern beantwortet werden. Der psychotherapeutisch arbeitende Kliniker würde die stationäre Aufnahme als Versuchungs/Versagungssituation beschreiben. Dem Patienten, der sich infolge innerer Konflikte Befriedigungen, die die Realität ihm bietet, versagte, wird jetzt die Möglichkeit einer Triebbefriedigung eröffnet, eine Situation, die aber, wie wir wissen, massive Ängste mobilisiert, indem die Trennung als existenzielle Bedrohung erlebt wird.

Die Situation wird verschärft, wenn ein Elternteil eine symbiotische und dabei meist höchst ambivalente Beziehung zu dem Kind hat. So wurde beim psychosomatisch kranken Kind von verschiedenen Autoren auf die Problematik der Mutter-Kind-Beziehung in der Krankheit hingewiesen (vgl. *Biermann, Sperling* u. a.).

Die während eines stationären Aufenthaltes verfolgten Therapieziele nach Loslösung und durch Identifizierung gewonnener Autonomie lösen beim Kind und seiner Familie

massive Widerstände aus, die als große Trennungsängste zu verstehen sind. Die vertraute Umgebung, das alltägliche Milieu mit seinen unwillkürlich stützend wirkenden Teilobjektfunktionen (*Hau, 1970; Ermann, 1982*) vermittelt dem Kind und seiner Familie eine Orientierung und Sicherheit gebende Struktur, die durch das Herauslösen eines Familienmitgliedes erschüttert und gefährdet wird. Mit einer stationären Behandlung wird der Patient gezwungen, sich mit den vielfältigen Beziehungs- u. Behandlungsangeboten auseinanderzusetzen, – ein Prozeß, der zu einer Labilisierung der psychischen Struktur führt. *Ermann* macht wegen der Gefahr einer Desintegration des Ich die Indikation zur stationären Psychotherapie bei Erwachsenen abhängig von dem Ausmaß der Ich-Störung (vgl. *Ermann, 1979*).

Bei schweren psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- u. Jugendalter finden wir häufig ein strukturell gestörtes Ich. Bei einer mißglückten symbiotischen Beziehungsstruktur kommt es zur Fixierung, bzw. auf dem Weg der Regression zur Reaktivierung eines frühen, ungelösten entwicklungspsychologischen Status.

Unter dem Aspekt der gestörten Ich-Struktur ist festzuhalten, daß ein stationärer Aufenthalt um so problematischer erscheint, je jünger ein Kind ist und je schwerer eine strukturelle Ich-Störung bei dem Kind selbst oder einem wichtigen Familienmitglied nachzuweisen ist. Gegebenenfalls erscheint neben einer intensiven Familienarbeit die Mitaufnahme eines Familienmitgliedes erforderlich.

5. Vorbereitung auf einen stationären Aufenthalt

Wie können wir mit der Bedrohung des stationären Aufenthaltes umgehen, damit diese Zeit für alle Beteiligten gewinnbringend ist?

Falls es aus organmedizinischer Sicht zu verantworten ist, so sollte:

1. ein stationärer Aufenthalt nur in Ausnahmesituationen erfolgen. Der Schwerpunkt der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen dürfte unseres Erachtens auf einer ambulant durchgeführten Behandlung, auf nonverbalen, spielerisch kreativen Verfahren, der konzentrativen Bewegungstherapie, der analytischen Einzel- u. Gruppentherapie, jeweils unter Einbeziehung der Familie und des Umfeldes liegen. Auch hier sollte immer das spielerisch gestalterische Element mit in die Behandlung einbezogen werden, da wir wissen, wie schwer es die Patienten haben, sich verbal emotional mitzuteilen. Da jedoch aus verschiedenen äußeren Gründen die therapeutischen Angebote nur während eines stationären Aufenthaltes in der gewünschten Intensität durchgeführt werden können, stellt er für den Patienten immer noch eine besondere Chance dar.
2. Aufgrund unserer Erfahrungen sollte versucht werden, gemeinsam mit der Familie ein therapeutisches Ziel zu entwickeln, d. h. auch die Frage der stationären Aufnahme sollte zu einem gemeinsamen Thema werden.
3. Wir mußten lernen, die in der Familie artikulierten, gelegentlich paranoid anmutenden Ängste und Befürchtungen bezüglich einer stationären Behandlung ernster zu

nehmen. Wir kamen dadurch zu einer flexibleren Handhabung von Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme eines Patienten. Durch eine weniger dirigistische ärztliche Haltung konnten wir vor allem auch eine bessere Kooperationsbereitschaft erzielen.

4. Vor der Einleitung einer stationären Behandlung versuchen wir mit der Familie die oft schwer einfühlbaren Ängste zu thematisieren und im Kontext mit der Biographie der einzelnen Familienmitglieder zu verstehen. In der ersten Zeit der Kontaktaufnahme wird es unseres Erachtens besonders wichtig sein, den Patienten vorbehaltlos anzunehmen, alle Schritte gemeinsam zu entwickeln. In dieser Zeit schaut sich das Kind mit seiner Familie die Station an. Bei einem ersten Kontakt lernen sich die Familie und die späteren Bezugspersonen kennen, wodurch Schwellen- u. Trennungsängste zu einem gewissen Grad abgebaut werden können. Hilfreich sind unseres Erachtens auch Hausbesuche, da sich dadurch die Familie in den Klinikbereich mehr einbezogen fühlt, umgekehrt die Betreuer ein besseres Verständnis für die Familiensituation finden.

Gelingt es einer Familie einer stationären Aufnahme nach einem Prozeß der inneren Auseinandersetzung zuzustimmen, so kann ihre Entscheidung ein wesentlicher Schritt für die Entwicklung einer größeren Autonomie jedes Familienmitgliedes werden.

Summary

Admission to Hospital as Threat to the Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child or Adolescent

By questioning our therapeutic position we discuss to what extent the decision to hospitalize a psychosomatically ill child or adolescent might not be the result of unconscious fears, disappointment or even expectations on the part of the therapist.

The question is discussed as to what extent the „malign embrace“ (*Stierlin*) of the individual family member is taken into account: Every separation of one family member from the family organization can be experienced as an existential threat to the family system and can result in making the illness worse.

Finally aspects are described which should be taken into consideration in a preparatory phase prior to hospitalization.

Literatur

- Biermann, G., Kos, M.* (1973): Die verzauberte Familie. München; Reinhardt. – *Bräutigam, W., Christian, P.* (1981): Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme. – *Ermann, M.* (1979): Gemeinsame Funktion therapeutischer Beziehungen bei stationärer Anwendung der Psychoanalyse. In: Z. f. Psychosomatische Medizin u. Psychoanalyse 25, 333–341. – *Ermann, M.* (1982): Regression in der stationären analytischen Psychotherapie. In: Z. f. Psychosomatische Medizin u. Psychoanalyse 28, 176–188. – *Hau, T.F.* (1970): Die Abhängigkeiten der Psychotherapieform von der Struktur und Gruppendynamik der Klinik. In: Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik, 3, 2. – *Heigl, F.* (1972): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen; Verlag für medizinische Psychologie. – *Meermann, R.* (1981): Anorexia nervosa. Stuttgart: Enke. – *Mester, H.* (1981): Die Anorexia nervosa. Berlin: Springer. – *Minuchin, S., Rosmann, B.L., Baker, L.* (1981): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett. – *Sperling, M.* (1969): Psychotherapeutische Aspekte der Colitis ulcerosa bei Kindern. In: *Biermann, G.* (Hgb.): Handbuch der Kinderpsychiatrie. B. II, München: Reinhardt. – *Sperling, M.* (1969): Psychotherapeutische Aspekte des kindlichen Bronchialasthmas. In: *Biermann, G.* (Hgb.): Handbuch der Kinderpsychiatrie, B. II, München; Reinhardt. – *Wirsching, M., Stierlin, H.* (1982): Krankheit und Familie. Stuttgart: Klett Cotta.

Anshr. d. Verf.: Dr. med. H. Frank, Arzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychoanalyse. Leiter der Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie des Städt. Klinikums Karlsruhe, Kinderklinik, Karl-Wilhelm-Str. 1, 7500 Karlsruhe 1.