

Zech, Peter

Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 47-50

urn:nbn:de:bsz-psydok-28930

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

<p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen 1 In Memoriam Hermann Stutte 285</p> <p>Aus Praxis und Forschung</p> <p>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 E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) 300 C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) 143 W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) 180 G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) 291 H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) 298 H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) 9 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 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 B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) 98 B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) 173 Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) 253 G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) 56 A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) 191 M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) 41 K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) 260 P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p>	<p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) 25 B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) 207 M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) 213 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 M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) 266 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 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 W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) 308 A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) 15 A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) 50 T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) 223 H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) 35 R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? 286 H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) 3 G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung ein 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. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) 47 P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) 218</p> <p>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</p> <p>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</p>
---	--

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60	Tagungsberichte	
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	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
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Councelling)	160	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
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243	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
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155	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
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271	Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313	Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Bericht aus dem Ausland		Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
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	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	

Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie

Von Peter Zech

Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Diagnostik unfruchtbarer Konflikte im Alltag psychotherapeutischer Kinderstationen.

Konflikte werden nach dem Entstehungsort (Konfliktort) und der Konfliktart (Übertragungs- oder Realkonflikt) unterschieden. Es wird auf die Schwierigkeiten bei der

Differentialdiagnose und auf die unterschiedliche Konfliktlösungsstrategie bei den verschiedenen Diagnosen eingegangen.

Anhand eines Beispiels werden Gründe für Fehldiagnosen, die sowohl in berufsspezifischen Haltungen des Analytikers als auch im Verhalten der mit ihm zusammenarbeitenden nicht-analytischen Berufsgruppen liegen können, vorgestellt.

Konflikte

Wo Menschen zusammen sind und zusammen arbeiten, gibt es Konflikte. Selbstverständlich und gerade auch in Psychotherapiestationen: das Fehlen von Konflikten dort spräche eher für ein fehlendes persönliches Engagement oder eine funktionale Reibungslosigkeit denn für ein therapeutisch notwendiges Klima.

Stecken in Konflikten prinzipiell kreative und therapeutische Möglichkeiten, so gibt es auch Konflikte, die unfruchtbar sind, ein Eigenleben beginnen und Kräfte von den eigentlichen Aufgaben abziehen. Um die Diagnostik vor allem solcher Konflikte geht es hier.

Konflikte in psychotherapeutischen Kinderstationen sind nun dadurch gekennzeichnet, daß fast regelhaft das Erzieherteam mit involviert ist, und zwar deshalb, weil die Erzieher zentrale Funktionen ausüben: zum einen sind sie verantwortlich für die Basisversorgung der Kinder entsprechend den Erziehern in einem nicht-therapeutischen Heim, zum anderen haben sie therapeutische Funktionen, denn sie sind es, die vor allem den gemeinsam im Team erarbeiteten Therapieplan im stationären Alltag umzusetzen haben.

Dabei sind sie doppeltem emotionalen Druck ausgesetzt: dem emotionalen Druck der schwergestörten Kinder, mit denen sie „die übrigen 23 Stunden“ zu tun haben, und – auf der anderen Seite – den Erwartungen der Therapeuten, die ihre therapeutischen Vorstellungen hinsichtlich ihrer Therapiekinder möglichst optimal verwirklicht sehen wollen.

Konfliktdiagnostik

Treten Konflikte auf, so muß unterschieden werden zwischen dem Konfliktort und der Konfliktart.

Der *Konfliktort* bezeichnet diejenige Stelle, von der der Konflikt ausgeht: in Frage kommen hier die Kinder, aber auch die Mitarbeiter. Deswegen ist hier zu klären, ob es sich um Probleme eines Einzelnen oder einer Gruppe handelt und, wenn es sich um einen Gruppenkonflikt handelt, von welcher Ebene dieser ausgeht: der Ebene der Erzieher, der Therapeuten, der ärztlichen Führung oder aber der Ebene der Institution; letzteres würde heißen, daß die Kinderstation als Ganzes Schwierigkeiten mit der Gesamtklinik hat.

Bei der *Konfliktart* hat sich die Einteilung in Übertragungs- und Realkonflikte bewährt, eine Einteilung, die Parallelen in der Übertragungs- und Arbeitsbeziehungsebene des analytischen Settings hat.

Übertragungskonflikte sind Konflikte, die dadurch entstehen, daß eine Situation der Gegenwart mit einer Situation der Vergangenheit verwechselt wird und dadurch unangemessene Reaktionen entstehen (Definition nach *Greenson*).

Die Klärung von Übertragungskonflikten gehört zum Alltag der stationären Kinderpsychotherapie, denn „die Kinder stellen in der Klinik in der Regel innerhalb der ersten 8 Tage im Sinne der Übertragung die gewohnte Familiendynamik mit all ihren Konflikten wieder her. Sie suchen sich dazu unbewußt die Kinder und Erwachsenen

aus, die sich für die Projektion der vertrauten Beziehungen aufgrund ihrer Persönlichkeitszüge besonders eignen. Es kommt darauf an, diese Mechanismen, in die die Erwachsenen involviert werden, ohne es unter Umständen zu merken, zu erfassen. Werden diese Muster nicht rechtzeitig erfaßt, dann wird das lockere, vielfältige Beziehungsgeflecht zu solchen Zeiten egalisiert, es bilden sich Fronten und die Stationsatmosphäre leidet vorübergehend erheblich“ (*Zauner* 1974).

Da es sich bei den Übertragungsphänomenen um regressive Verwechslungen in den Beziehungen handelt, ist zu deren Auflösung die Beziehungsklärung und die emotionale Nachreifung das Mittel der Wahl. Fallbesprechungen im Team unter besonderer Berücksichtigung der Gegenübertragung, aber auch spezielle Einzel- (*Knöll* 1972) und Gruppensupervision sind hierfür bewährte Methoden.

Im Gegensatz zu den Übertragungskonflikten sind die *Realkonflikte* Reaktionen auf störende Gegebenheiten der Gegenwart. Sie kann man zurückführen auf Organisationsfehler und Interessenskonflikte.

Bei den Organisationsfehlern kann es sich z.B. um ein ineffektives Kooperationskonzept handeln oder auch um den organisatorischen Niederschlag widersprüchlicher Kooperationsvorstellungen.

Die Interessenskonflikte können zu tun haben mit der Rolle und dem Rang, den einer innerhalb eines Teams einnehmen möchte, sie können, ganz konkret, mit Besoldungsfragen zu tun haben, sie können aber auch zu tun haben mit unterschiedlichen Vorstellungen hinsichtlich der Arbeitsweise und des Arbeitsziels.

Voraussetzung für die Diagnostik von Realkonflikten ist die detaillierte Kenntnis sowohl der Organisationsstruktur (*Zech* 1980) als auch der Interessenlage der Mitarbeiter.

Während die Übertragungskonflikte meist von den Kindern ausgehen, gehen die Nicht-Übertragungskonflikte eher von den Erwachsenen aus.

Diagnostische Schwierigkeiten

Sowohl der Konfliktort als auch die Konfliktart sind z.T. nur mit Schwierigkeiten festzustellen.

Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Konfliktorts gibt es deswegen, weil der scheinbare Konfliktort nicht der eigentliche sein muß: denn ungelöste Konflikte unter den Kindern können ähnliche Phänomene in der Erwachsenengruppe auslösen und umgekehrt. *Zauner* (1974) hat darauf in einer Arbeit („Das Spiegelphänomen“) unter Hinweis auf Beobachtungen von *Heigl-Evers* und *Hering* (1970) hingewiesen.

Genauso schwierig kann die Diagnostik der Konfliktart sein: denn Übertragungskonflikte können wie Nicht-Übertragungskonflikte aussehen – so können Übertragungskonflikte per Rationalisierung zu Organisationskonflikten umgearbeitet werden –, und Realkonflikte können, wenn eine Klärung der realen Gegebenheit nicht möglich ist, im Sinne einer regressiven Lösung zu Beziehungskonflikten werden.

Es sei hier darauf hingewiesen, daß auch innerhalb der Nicht-Übertragungskonflikte Verschiebungen möglich sind, so daß Organisationsprobleme als Interessenskonflikte imponieren können und umgekehrt.

So schwierig es sein kann, die richtige Diagnose zu stellen, so wichtig ist sie wegen der Konsequenzen, da die Realkonflikte eine andere Konfliktlösungsstrategie benötigen als die Übertragungskonflikte, denn „zur Verbesserung des Funktionierens einer Organisation sind, wie die Erfahrung gezeigt hat, alle Methoden untauglich, die sich auf der Änderung der individuellen Wahrnehmungen und Einstellungen beschränken“ (Morin 1974). Die Anwendung einer falschen Konfliktlösungsstrategie ist nicht nur untauglich, sondern kann dadurch, daß das Augenmerk auf eine falsche Ebene gelenkt wird, beitragen, den Konflikt zu perpetuieren.

Am Beispiel eines Konflikts und dessen Lösungsversuchs soll das bisher Gesagte deutlicher und auf spezielle Schwierigkeiten eingegangen werden.

Beispiel eines Konflikts und dessen Lösungsversuch

Wochenlang wird Kristina, eine 12 Jahre alte Asthmatikerin, in der Teamkonferenz als Haupttagespunkt von den Erziehern eingebracht. Sie halte sich an keine Vereinbarungen und, darauf aufmerksam gemacht, gebe sie nur schnippische Antworten; die anderen Kinder nähmen sich Kristina bereits zum Vorbild. Der Tenor ist: so geht es nicht weiter, wir können nicht mehr, das Kind muß entlassen werden. Dabei schwingt unüberhörbar der Vorwurf an den Stationsarzt mit, warum der denn sein Placet für die Entlassung immer noch nicht gegeben habe und er immer noch zögere.

Der Stationsarzt schlägt vor, sich den Fall wieder einmal detailliert anzusehen. Die Psychodynamik wird z.T. in Erinnerung gerufen, z.T. neu erarbeitet. Die genetischen Hintergründe werden erörtert und die aktuelle Familiensituation besprochen. Breiter Raum wird den Gegenübertragungsgefühlen gewidmet. Es werden Vorschläge gesammelt und erarbeitet, wie man dem Kind auf der Station ganz konkret begegnen könnte.

Aktuelles Verhalten, Psychodynamik, Gegenübertragung und Therapiekonzept sind also berücksichtigt, der Stationsarzt könnte zufrieden sein, wenn er nicht sehen würde, daß die Erzieher anschließend im Tagesraum zusammenstehen und ihre Mienen eindeutig sind: sie sind wütend und schimpfen, fühlen sich ohnmächtig, weil sie sich nicht „durchgesetzt“ haben und das Kind weiter auf der Station bleibt.

Für den Stationsarzt hat die analytische Denkarbeit nicht das gebracht, was er sich erhofft hatte, der Lohn für seine Anstrengung bleibt aus, er stellt sich vor, wie schön es wäre, wenn die Erzieher doch mehr analytische Ahnung und überhaupt ausgebildeter wären, vielleicht sogar, wenn mehrere von ihnen eine lange Analyse hätten oder ganz kurz, wenn sie doch genau soviel wüßten wie er selber. Zur Bestätigung seiner Ansicht spricht er mit Stationsärzten anderer Abteilungen und die berichten von ähnlichen Erfahrungen und gleichen Emotionen gegenüber den Schwestern in ihrer Abteilung.

Diskussion des Beispiels

Ein Übertragungskonflikt (Kristinas Haltung gegenüber den Erziehern und die entsprechenden Gegenübertragungs-

reaktionen) wurde zum Realkonflikt: die Erzieher fühlten sich in Anbetracht der Tatsache, daß sie ja für die gesamte Kindergruppe zuständig sind, mit diesem Kind überfordert und es gab auch reale Anzeichen dafür, daß diese Überforderung bereits negative Auswirkungen auf das Stationsleben hatte.

Der Arzt ging auf diese Ebene nicht ein, sondern wandte sich dem ursprünglichen Übertragungskonflikt zu mit dem Ergebnis, daß zum Erzieher-Kind-Konflikt nun noch der Arzt-Erzieher-Konflikt kam.

Den neuen Konflikt als Verschiebung des ursprünglichen Übertragungskonflikts auf einer anderen Ebene zu betrachten, erwies sich als ebenso unfruchtbar wie der ursprüngliche Konfliktlösungsversuch. Denn im Arzt-Erzieher-Konflikt steckte wiederum eine wichtige Realkomponente: es handelte sich um einen Organisationsstrukturfehler, der darin bestand, daß sich die Erzieher für die Kindergruppe und das Stationsleben verantwortlich fühlten und auch waren, aber nicht genügend Macht hatten, um dieser Verantwortlichkeit nachkommen zu können. Kurz: Verantwortlichkeit und Macht lagen nicht in einer Hand, ein Organisationsstrukturfehler, der erfahrungsgemäß außerordentlich böses Blut machen kann, gerade bei engagierten Mitarbeitern.

Im Alltag der Kinderstation dauerte es längere Zeit, um die Diagnostik bis zu diesem Punkt voranzutreiben und damit einen Ansatzpunkt für eine dauerhafte Konfliktlösung zu haben.

Von den Gründen, die die Diagnostik verzögerten, möchte ich diejenigen nennen, die ich in analogen Situationen auch in anderen analytisch geführten Stationen und Institutionen gesehen habe.

Auf Seiten des Analytikers fällt auf, daß er die Realebene – trotz des von den Erziehern ausdrücklich gegebenen Hinweises („So geht es nicht weiter“) nicht beachtete und stattdessen die Konfliktlösung konsequent auf der Übertragungsebene versuchte.

Ich halte diese Bevorzugung der Übertragungsebene für die Folge einer berufsspezifischen Präferenz: jeder arbeitet in Diagnostik und Therapie bevorzugt mit dem Instrument, das er per Ausbildung erworben hat und in dem er sich sicher fühlt.

Auffällig ist auch die Selbstverständlichkeit, mit der der Stationsarzt mit seiner Sichtweise die Sitzung beherrschte. In dieser Dominierung der Erzieher sind ohne Schwierigkeiten Züge des traditionellen Arzt-Schwestern-Umgangsstils (Schwestern = Hilfspersonal) zu sehen. Dies wäre nicht auffällig, wenn der Stationsarzt dieses Beispiels bewußt gerade diesen Umgangstil nicht hätte praktizieren wollen und es auch durchaus Bereiche gab, in der die Zusammenarbeit von einem mehr partnerschaftlichen Stil geprägt war.

Die Tatsache, daß sich hier trotzdem dieser Stil durchgesetzt hat, halte ich ebenfalls für eine berufsspezifische Eigenart: hier wird die Arbeitsbeziehung, wie sie für das analytische Setting definiert wird, auf den stationären Alltag übertragen. R. Greenson (1973) beschreibt die Arbeitsbeziehung folgendermaßen: „Der Patient benützt das Arbeitsbündnis, um den Standpunkt des *Analytikers* zu erfassen ...“ (S.228). „Das signifikante Ergebnis ist eine ...“

Identifikation des Patienten mit der Arbeitsmethode des Analytikers“ (S. 59). Dies bedeutet, so ausgedrückt, daß die Ähnlichkeit zur traditionellen Arzt-Schwestern-Rolle deutlich wird: die Arbeitsbeziehung wird dann als „gut“ eingestuft, wenn sich die anderen auf den eigenen Stil verpflichten lassen.

Es gibt jedoch auch auf Seiten der Erzieher Gründe, die sie daran gehindert haben, ihren Standpunkt mit der ihnen sonst zur Verfügung stehenden Deutlichkeit zu vertreten und damit zur Klärung des Sachverhaltes beizutragen. Alle diese Gründe sind nicht erzieher-spezifisch, sondern spezifisch für die Zusammenarbeit nicht-analytischer Berufsgruppen mit einem Analytiker.

Zum einen verstehen (verstanden) sich die Erzieher im Hinblick auf analytisches Wissen als Lernende. Die Bereitschaft zum Lernen setzt jedoch immer die Bereitschaft voraus, sich verunsichern zu lassen und ist, da das Identitätsbewußtsein beim Aufnehmen neuer Inhalte durch das Vergleichen mit früheren Erfahrungen verändert wird, mit einer Krise des Selbstwertgefühls verbunden (Brocher 1967).

Auf einen weiteren Punkt weist Held (1977) hin, nämlich, daß die Anwesenheit eines Analytikers im psychiatrischen Team zu einer Selbstentwertung jener führt, die nicht den selben Werdegang haben. Diese Selbstentwertung führt er auf die Überschätzung der Fähigkeiten des Analytikers zurück. Die Verantwortlichkeit für diese Entwicklung sieht er zumeist beim Analytiker selbst, „der die geheime, aber für jeden spürbare Phantasie, mit der psychoanalytischen Ausbildung tatsächlich so etwas wie einen magischen Phallus erworben zu haben, nährt“.

Einen dritten Punkt entnehme ich einer Arbeit von Herdieckerhoff (1977), der beschreibt, daß der explizite Auftrag zur Weiterbildung von Nichtanalytikern an den Analytiker implizit regelmäßig die unbewußte Tendenz enthält, von der Bearbeitung der Berufsidentität mit den berufsspezifischen Schwierigkeiten abzusehen.

Summary

Conflict and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy

This article concerns the diagnosis of unproductive everyday conflicts in psychotherapeutic children's wards. Conflicts are differentiated on the basis of the location of their origin (conflict location) and by their nature (transferential or real conflict). The difficulties of differential diagnosis and the various strategies used for conflict solving are discussed in connection with different diagnoses.

Discussed and elucidated with the help of examples are reasons for false diagnoses which either originate in specific professional attitudes of the analyst or in the behaviour of professional nonanalyst workers which cooperate with the analyst.

Literatur

- Brocher, T.: Gruppendynamik und Erwachsenenbildung. Westermann Taschenbuch Braunschweig 1967. – Greenson, R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Ernst Klett, Stuttgart 1973. – Heigl-Evers, A., Hering, A.: Die Spiegelung einer Patientengruppe durch eine Therapeuten-Kontrollgruppe. Gruppenpsych. Gruppendyn. 4, 178–190 (1970). – Held, T.: Psychoanalyse und Psychiatric-Erfahrung aus Frankreich. Psychiatr.-Praxis 4 (1977), 67–76. – Herdieckerhoff, E.: Zur Anwendung und Wirkungsweise analytisch orientierter, berufsspezifischer Weiterbildung am Beispiel evangelischer Theologen. Zeitschrift Psychosomat. Medizin 23 233–248 (1977). – Knöll, H.: Zur Funktion und Technik der Anleitung oder Supervision von Mitarbeitern; Praxis 21, 6 (1972). – Morin, P.: Einführung in die angewandte Organisationspsychologie. Ernst Klett, Stuttgart 1974. – Zauner, J.: Über teamzentrierte Fortbildung. In: Berger, Zauner, Zech. Gruppenpsych. Gruppendyn. 8, 244–259 (1974). – Zech, P.: Die Teamarbeit in der stationären Kinderpsychotherapie (1980 in Druck).

Anshr. d. Verf.: Dr. med. Peter Zech, Klinik f. Psychotherapie, Nettelbeckstr. 3, 4000 Düsseldorf 30.