

Wilhelm Rotthaus

**Stationäre systemische  
Kinder- und  
Jugendpsychiatrie**

Nachdruck, 2015

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel  
Umschlagfoto: C-PROMO.de/photocase.de  
Printed in Germany  
Druck und Bindung: Esser Druck, Bretten

ISBN 978-3-8497-0091-1  
© 2015 Carl-Auer-Systeme Verlag  
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten

Nachdruck der 2., unveränderten Auflage, erschienen 1998 im  
verlag modernes lernen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus der Vangerowstraße haben,  
können Sie unter <http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH  
Vangerowstraße 14  
69115 Heidelberg  
Tel. +49 6221 6438-0  
Fax +49 6221 6438-22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

## 2. Vorüberlegungen zu einem Konzept stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Obwohl in der Bundesrepublik Deutschland – anders als in vergleichbaren europäischen Ländern wie z.B. der Schweiz – Kinder- und Jugendpsychiatrie vorwiegend stationär betrieben wird, liegt unseres Wissens bisher kein geschlossenes Konzept stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie vor. Auch wer die wichtigsten Lehrbücher unseres Fachgebietes durchsieht, wird vergeblich nach Hilfen für die Gestaltung der stationären Arbeit suchen. Dabei sieht sich jeder angehende Kinder- und Jugendpsychiater, ebenso wie der erfahrene Facharzt, in seiner täglichen stationären Arbeit großen Schwierigkeiten und Problemen gegenüber, die nicht nur aus der Umsetzung therapeutischer Konzepte in die tägliche Praxis erwachsen, sondern zudem auch eng verwoben sind mit der gesamten Struktur der Abteilung, des Fachbereichs oder der Klinik. Alle stationären Einrichtungen – Heime ebenso wie Kliniken – sind hochkomplexe Gebilde. Aufgrund des Zusammenspiels von Kostenträgerstrukturen, Organisation und Verwaltung, der Stärken und Schwächen von Mitarbeitern der verschiedensten Berufsgruppen bzw. ihren bewußten und unbewußten Bedürfnissen und Wünschen und schließlich auch aufgrund des Erwartungsdrucks der Gesellschaft entsteht eine sehr eigenständige Dynamik, die den Interessen und Bedürfnissen der Patienten nicht notwendigerweise förderlich ist, die andererseits aber nur schwer korrigierend beeinflusst werden kann.

Aus ähnlichen Überlegungen heraus leitet HILPERT den von ihm mitherausgegebenen Band „Psychotherapie in der Klinik“ mit den Worten ein: „Es wird wohl niemand bestreiten wollen, daß der oberste Grundsatz therapeutischen Handelns, nämlich dem Patienten nicht zu schaden, auch für die Behandlung im Krankenhaus gilt. Doch fällt auf, wie wenig oft gerade die im Krankenhaus tätigen sich darüber im klaren sind, welche Konsequenzen es hätte, wenn dieser Grundsatz ernstgenommen würde.“ . . . „Niemand kann Machtverhältnisse und Gruppenprozesse in klinischen Institutionen aus dem therapeutischen Prozeß ausklammern. Ihre Einflüsse auf das therapeutische Geschehen sind vielleicht sogar entscheidender als die angewandten therapeutischen Verfahren selbst. In besonderer Weise gilt das wiederum für psychiatrische und psychotherapeutisch-psycho somatische Kliniken, die vielleicht nach außen hin das Ziel verfolgen, Patienten zu größerer Autonomie und sozialer Kompetenz zu verhelfen, deren Struktur und Atmosphäre aber dies gerade unmöglich machen.“ . . . „Gerade beim therapeutischen Umgang mit Menschen, die psychische Störungen haben und im Krankenhaus behandelt werden, stehen uns kaum Mittel pharmakologischer oder physikalischer Art zur Verfü-

gung, um ihre Schwierigkeiten zu beheben. Wir sind daher ganz besonders auf Überlegungen angewiesen, wie das Krankenhaus als eine Gemeinschaft von Menschen, die in kommunikativer Verflochtenheit zusammenwirken und therapeutische Ziele verfolgen, stärker in die Behandlungsplanung einbezogen werden kann.“ (HILPERT 1981: 2 f).

Obwohl also ein systematisches Durchdenken dessen, was in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen abläuft, dringend geboten erscheint, ist das weitgehende Fehlen entsprechender Konzepte durchaus verständlich. Das medizinische Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie ist noch jung, und das Augenmerk ihrer Fachvertreter galt bis heute in erster Linie dem Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrgebäudes. Zudem definierte die Kinder- und Jugendpsychiatrie anfänglich ihre Aufgabe vornehmlich als diagnostische, und auch der Schwerpunkt der meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken war diagnostischer Art (LEMPPE 1983: 162, KÖGLER, LEIPERSBERGER 1985: 9).

Erst im Laufe der letzten zehn Jahre ist in Viersen, wie wohl in den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, eine Schwerpunktverlagerung von der Diagnostik zur Therapie erfolgt. Ähnliches gilt für die allmählich wachsende Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater. So ist es nicht verwunderlich, daß — ausgelöst durch die Verhandlungen um die kinder- und jugendpsychiatrischen Ziffern im neuen EBM — auf dem Symposium des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater in Aachen 1988 ein Nachmittag allein der Frage gewidmet wurde: Was ist kinder- und jugendpsychiatrische Therapie?

Wie damals dargelegt (ROTHHAUS 1988), muß sich kinder- und jugendpsychiatrische Therapie, sei sie nun ambulanter oder stationärer Art, definieren durch die Besonderheit der Patienten des Kinder- und Jugendpsychiaters. Diese läßt sich beschreiben durch den — statisch gesehen — jeweils sehr unterschiedlichen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen und ihren — dynamisch gesehen — jeweils sehr unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben. Hinzu tritt die je nach Entwicklungsstand mehr oder weniger große Abhängigkeit des Kindes oder Jugendlichen von seinen Eltern bzw. von seiner Familie. Wenn es also schon bei Erwachsenen als therapeutisch vorteilhaft erscheint, sie in ihren sozialen Bezügen zu therapieren, so gilt das uneingeschränkt für Kinder und Jugendliche und Heranwachsende. Entsprechend hat die Einbeziehung der Eltern in die Arbeit des Kinder- und Jugendpsychiaters auch immer schon eine große Rolle gespielt und gilt unbestrittenermaßen als unverzichtbar. Doch ist das

u.E. nicht ausreichend. Vielmehr ist es von großem therapeutischem Nutzen, die rein individuumszentrierte Sichtweise – wenn auch bei Berücksichtigung familiendynamischer Gesichtspunkte und unter Einbezug der Eltern – zu verlassen zugunsten einer systemischen Perspektive, d.h. zugunsten einer Ausrichtung auf die Beziehungsmuster innerhalb des primären Bezugsfeldes, auf die gemeinsamen geteilten Bewertungen und Wertehierarchien.

Für die stationäre Psychotherapie Erwachsener existieren unterschiedliche Konzepte, die vorwiegend in psychoanalytisch orientierten Einrichtungen entwickelt worden sind. In Anlehnung an JANSSEN (1987) lassen sich im wesentlichen drei Modelle unterscheiden:

1. In Modell 1 – man könnte es das „Ambulanzmodell“ nennen – wird „stationäre Therapie lediglich als eine Verlagerung der ambulanten Psychotherapieform in den klinischen Bereich verstanden . . .“. „Der Einfluß der klinischen Situation auf das Therapiekonzept und die daraus sich ergebenden Folgen für ambulante und stationäre Therapie bleiben unberücksichtigt.“ (JANSSEN 1987: 13 f) Die stationäre Aufnahme hat allenfalls Schutzcharakter bei Suizidhandlungen, schwer destruktiven Tendenzen, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch etc. Sie stellt eine Strukturierung der Lebensumstände dar. „Die eigentliche Behandlung besteht aber in einer ‚ambulanten‘ psychoanalytischen Psychotherapie, die während des stationären Aufenthaltes fortgeführt wird.“ (JANSSEN 1987: 38)

In diesem Modell spiegelt sich wohl einmal die Tatsache, daß die psychoanalytische Behandlungstechnik in der ambulanten Praxis entwickelt worden ist. Das „Ambulanzmodell“ mag aber auch in der Entwicklung stationärer Therapiekonzepte der logisch erste Schritt sein. So legte Thea SCHÖNFELDER zwar bereits 1979 und 1981 Konzepte und Erfahrungen über den Einbezug und die Nutzung familientherapeutischer Aspekte in die Arbeit der Stationsmitarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamburg-Eppendorf vor. Doch urteilt KOWERK (1986), daß die Anfangszeit doch eher durch ein Nebeneinander ambulanter Familientherapie einerseits und stationärer Betreuung und Behandlung andererseits geprägt gewesen sei, ohne daß die jeweils praktizierten Konzepte miteinander verbunden worden wären.

2. Bei den sogenannten „*bioplaren Modellen*“ stationärer Therapie werden der analytisch-therapeutische Raum und der soziotherapeutische Raum unterschieden. Als analytisch-therapeutischer Raum wird die vorwiegend einzel- oder auch gruppentherapeutische Arbeit der Psycho-

analytiker mit dem Patienten beschrieben. Demgegenüber gestalten die Schwestern und Stationsärzte – möglicherweise im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft – den soziotherapeutischen Raum gemeinsam mit Gestaltungs-, Musik- und Bewegungstherapeuten.

Im therapeutischen Raum wird mit unbewußtem Material und mit Deutungen gearbeitet, während im sozialtherapeutischen Raum grundsätzlich nur die dem Bewußtsein zugänglichen Konflikte angesprochen werden sollen, Deutungen jedoch keinen Platz haben. Der Informationsstrom verläuft in der Regel einseitig von den Mitarbeitern des sozialtherapeutischen Raums (Schwestern, Bewegungstherapeuten etc.) zu den Psychoanalytikern. ENKE (1964, 1965) unterschied in diesem Sinne erstmalig den Therapieraum und den Realitätsraum. ZAUNER (1972, 1978) griff diese Begriffe auf und betonte 1978 aus seiner Erfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen die Wichtigkeit des Realitätsraumes, um der Regressionsneigung des Jugendlichen in der Klinik gegensteuern zu können.

3. Eine erste Darstellung eines „*integrativen Modells*“, in dem die Patientengruppe von einer im Prinzip homogenen Therapeutengruppe aus Psychoanalytikern, Schwestern, Gestaltungstherapeuten etc. behandelt wird, findet sich in der Darstellung des „Münchener Kooperationsmodells“ durch POHLEN (1972; 1973). Die jüngste und wohl auch ausgereifteste Darstellung erfolgte durch JANSSEN (1987). Bei diesem Modell sind alle Berufsgruppen „in einer Behandlergruppe integriert. Jedem in dieser Gruppe sollte ein spezielles therapeutisches Interaktionsfeld zur Verfügung stehen. Das Team insgesamt und jeder in seinem Interaktionsfeld sollte für die Aufrechterhaltung der haltenden und grenzsetzenden Rahmenbedingungen wie auch für den therapeutischen Prozeß, d.h. die Entfaltung des Übertragungsgeschehens, verantwortlich sein.“ (JANSSEN 1987: 98) Wichtigster Grund für die Entwicklung integrativer Modelle war die Erfahrung, daß Patienten in bipolar organisierten Kliniken sehr rasch Spaltungen zwischen den Mitarbeitern des sozialtherapeutischen Raumes und den Psychoanalytikern provozieren, die sich auf die gesamte Arbeit höchst nachteilig auswirken. Darüber hinaus bleiben offensichtlich therapeutische Möglichkeiten ungenützt, wenn beispielsweise der Realitätsraum innerhalb des bifokalen Modells als grundsätzlich therapiefrei definiert wird. So referiert JANSSEN denn auch NOWOTNY, der aufgrund einer Analyse verschiedener Behandlungskonzeptionen amerikanischer psychiatrischer Kliniken, die psychoanalytisch arbeiten, resümiert: „Unabdingbar für die Entwicklung eines gedeihlichen therapeutischen Prozesses ist daher die Einbeziehung des gesamten klinischen Behandlungsrahmens in eine von allen getragene Behandlungskonzeption.“ (JANSSEN 1987: 65 f)

Unsere konzeptionellen Bemühungen in Viersen sind von Anfang an in Richtung auf ein integratives Modell gegangen. Dabei haben wir – wie andere vor uns auch – die Erfahrung gemacht, daß die personale Gleichwertigkeit aller an der Therapie Beteiligten nicht zu einem Verwischen unterschiedlicher Aufgaben und Rollen führen darf. Die Unterschiedlichkeit der einzelnen Mitarbeiter hinsichtlich ihres Ausbildungsstandes, ihrer hierarchischen Position, ihrer therapeutischen Erfahrungen und ihrer Lebenserfahrungen sowie ihrer ganz persönlichen Besonderheiten suchen wir heute gemeinsam in Verfolgung eines von allen gemeinsam getragenen Konzeptes für die Therapie der Kinder und Jugendlichen zu nutzen.