

# Kinderpsychotherapie in der ärztlichen Praxis

Gerd Biermann

Aus dem Institut für Psychohygiene – Heinrich-Meng-Institut –  
des Erftkreises (Leiter: Professor Dr. Gerd Biermann)

Psychotherapie ist in letzter Zeit mehr und mehr zu einem spezifischen Anliegen auch des in der Praxis tätigen Kinderarztes geworden. In Tradition von *Adalbert von Czerny*, dessen unvergessene Schrift „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ leitbildartig wesentliche Funktionen des Kinderarztes aufzeigt, haben führende Pädiater immer wieder auf die pädagogisch-psychotherapeutischen Aufgaben der Betreuung kranker Kinder und ihrer Mütter hingewiesen; die Bemühungen um Mutter und Kind im Krankenhaus sind nur ein Teil davon.

## Zwanzig Prozent der Kinder verhaltensgestört

Unverändert müssen wir mit 20 Prozent verhaltensgestörter Kindern rechnen, wie neuere Untersuchungen von *Frederking* und *Kohl-scheen* bestätigten. Das Leben in der Industriegesellschaft mit seinen besonderen Gefährdungen – es sei nur an das Dasein des Hochhauskindes erinnert – ist dabei als ursächlich mitwirkender Faktor zu berücksichtigen. Weiter ist als Ergebnis bewußter Familienplanung die zunehmende Neurotisierung eines kinderarmen Familienmilieus – das Einzelkind in der Kleinfamilie – zu beachten.

Die Notwendigkeit psychotherapeutischer Maßnahmen wird von

den in der Praxis tätigen Kinderärzten durchaus erkannt, die in zwei Umfragen (1962 und 1974) gut ein Drittel der Leiden ihrer Patientenklintel als psychogen ausgelöst beziehungsweise mitbedingt, angegeben haben.

## Anlaufstelle Hausarzt

Beunruhigt durch die allgemein zunehmende Erziehungsunsicherheit, suchen junge Mütter zunächst beim Hausarzt als einer Person ihres Vertrauens Rat; dieser nimmt dadurch wieder die Rolle eines Familienarztes ein. Sie setzt ein Wissen um kinder- und familienpsychologische Probleme voraus, das durch die bisherige Ausbildung des Mediziners kaum gegeben ist. Die neue Approbationsordnung kann hier Abhilfe schaffen, soweit sie sich bei dem vielfach noch bestehenden Mangel an erfahrenen Dozenten überhaupt verwirklichen läßt.

## Das Kind als „Präsentiersymptom“

Die Mutter kommt in die Praxis des Arztes oft mit einem doppelten Anliegen: dem des Kindes und ihrem eigenen, persönlichen. Nicht immer kreist letzteres auch um das Kind, vielmehr ist das Kind nicht selten ein vorgeschobenes, sogenanntes „Präsentiersymptom“ (*Balint*). Der

Zwanzig Prozent unserer Kinder sind verhaltensgestört und brauchen ärztlich-psychotherapeutische Hilfe. Zur kleinen Psychotherapie in der ärztlichen Praxis gehören die Psychodiagnostik des Kindes, Gespräche mit der Mutter und therapeutische Maßnahmen für das Kind und notfalls auch die Mutter. Der Praktiker kann dies ohne entsprechende Zusatzausbildung und -fortbildung nicht bewältigen.

mangelnde Leidensdruck verhaltensgestörter Kinder ist zudem nur zu bekannt, er kann therapeutische Maßnahmen um das Kind erheblich behindern. So gerät der Kinderarzt in die schwierige Situation, mit zwei Patienten rechnen zu müssen, das auch krankenkassentechnisch, wofür bisher noch weitgehend die Einsicht bei den zuständigen Stellen fehlt.

Diese doppelte Belastung des Arztes ist allein schon zeitlich gegeben. Dem Kinderarzt stehen im Durchschnitt für die Betreuung eines Patienten fünf Minuten zur Verfügung (*Menzel*), die er zudem gerecht zwischen dem Kind und seiner Mutter aufteilen muß. Dabei sind die Gewichte von Fall zu Fall unterschiedlich verteilt.

Je jünger das Kind ist, desto mehr verlagert sich die ärztlich-pädagogische Einflußnahme auf die mütterliche Bezugsperson, ja sie wird sich bei der psychologischen Beratung eines verhaltensgestörten Säuglings nahezu ausschließlich auf das eingehende Gespräch mit der Mutter beschränken. Bei ernsterer psychischer Gestörtheit einer Mutter mag bisweilen auch ihre Überweisung an einen Psychotherapeuten nötig erscheinen:

Hier steht die erfolgreiche Behandlung chronisch anorektischer Kleinkinder auf dem Wege der Psy-

chotherapie ihrer Mütter als Beispiel (*Benedetti*). Wir sprechen von der „Psychotherapie des Kindes über die Mutter“.

Je älter das Kind wird, desto mehr meldet es eigene Ansprüche, auch bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung an.

### Simultantherapie für Mutter und Kind

An der von *Anna Freud* geleiteten Kindertherapie-Klinik in London-Hampstead wurde die Simultantherapie für Mutter und Kind entwickelt, indem parallelaufend – das heißt nicht unbedingt zur gleichen Zeit und im selben Raum, und auch nicht unbedingt durch denselben Therapeuten – Mutter und Kind behandelt werden. Die Simultantherapie spielt auch bei älteren Kindern und Jugendlichen, bis hin zur Behandlung einer magersüchtigen Pubertierenden eine Rolle. Mit zunehmendem Alter der Patienten erfordert sie eine immer überlegtere Handhabung der Übertragung und ebenso immer mehr Diskretion zwischen dem therapeutisch tätigen Arzt und dem Kinde auf der einen sowie seiner Mutter beziehungsweise Familie auf der anderen Seite.

Bei der Behandlung einer Gruppe von Kindern und gleichzeitiger Behandlung ihrer Mütter, in voneinander getrennten Gruppen, wird von der sogenannten bifokalen Mütter-Kinder-Gruppentherapie gesprochen (*Friedemann*).

Hier wird schon ersichtlich, wie notwendig für den mit Kindern psychotherapeutisch arbeitenden Arzt eine psychotherapeutische Eigen-erfahrung ist. Der Besuch von Fort- bildungsveranstaltungen über Psychotherapie reicht dabei nicht immer aus. Eher bietet sich hierfür der Erwerb des Zusatztitels „Psychotherapie“, mehr noch eine langjährige Mitarbeit in Supervisionskontrolle einer Balintgruppe an. Erst diese begrenzte Ausbildung und Eigenerfahrung in Psychothera-

pie setzt den in der Praxis tätigen Arzt instand, die wichtigen Fragen der Indikation zu psychotherapeutischen Maßnahmen aus der Sicht der Praxis zu klären und zu entscheiden, ob er im Vorfeld weiterer, intensiverer kindertherapeutischer Maßnahmen und Institutionen, wie Klinik, Heim und Erziehungsberatungsstelle, selber in der Lage ist, eine Behandlung zu übernehmen und auch durchzuführen, ob er dies in konsiliarischer Zusammenarbeit mit einem Fachkollegen – zum Beispiel Psychagogen (Kindertherapeuten) – übernimmt, indem er die ärztliche Kontrolle des von diesem psychotherapeutisch behandelten Kindes übernimmt, oder ob er in der Krisenintervention eines Notfalles Rat und Hilfe der psychosomatischen oder kinderpsychiatrischen Abteilung einer Klinik in Anspruch nehmen muß. Die enge Zusammenarbeit des kinderpsychotherapeutisch aufgeschlossenen praktischen Arztes mit der Erziehungsberatungsstelle am Ort ist für alle zu treffenden Maßnahmen die unerläßliche Voraussetzung.

Das Zeitproblem des praktisch tätigen Arztes setzt der Langzeittherapie eines verhaltensgestörten Kindes Grenzen beziehungsweise beschränkt diese Möglichkeit auf einige wenige Patienten. Und doch hat eine vieljährige Erfahrung in der Balintarbeit mit Kinderärzten gezeigt, daß es durchaus möglich ist, unter Supervisionskontrolle erfolgreich psychotherapeutisch mit gestörten Kindern zu arbeiten.

### Engpaß Zeit

Dennoch wird das Schwergewicht der psychotherapeutischen Tätigkeit in der Praxis bei der Mütterarbeit, deren Beratung bleiben, wobei der erfahrene Therapeut weiß, daß jede Beratung schon eine Behandlung darstellt. Das setzt um so mehr Erfahrung voraus, als bei einer einmaligen Beratung, zumal von weither anreisender Patienten, die Kontrolle beziehungsweise Korrektur von Maßnahmen und

Ratschlägen bei nachfolgenden Gesprächen im Laufe einer längeren Behandlung entfällt.

Die mit der Mutter erhobene biographische Anamnese des Kindes – nach dem tiefenpsychologischen Konzept von *Schmeier und Klüwer* – wird zum Grundgerüst jeder weiteren psychotherapeutischen Maßnahme. Sie steht im Gegensatz zum Fünfminutengespräch des Praktikers, in dem Psychologisches immer nur am Rande anklingen kann.

Wieviel aber auch unter Zeitdruck in dieser kurzen Zeitspanne an psychotherapeutischem Geschehen ablaufen kann, haben *Balints* mit ihrer Arbeitsthese „Fünf Minuten pro Patient“ aufgezeigt. Je intensiver und zeitsparender aber unser therapeutischer Einsatz in der einmaligen Beratungssituation ist, desto umfassendere Spezialerfahrungen werden vorausgesetzt.

### Schwerpunkte der Kinderpsychotherapie

Kinderpsychotherapie in der ärztlichen Praxis hat drei Schwerpunkte:

- 1 Psychodiagnostik
- 2 Mütterberatung
- 3 Kleine Psychotherapie des praktischen Arztes (*J. H. Schultz*).

1 Psychodiagnostische Maßnahmen gehören heute zum Praxisinventar. Die Anleitung einer aufgeweckten und interessierten Sprechstundenhilfe ist wünschenswert und hat sich nach meiner Erfahrung vielerorts bewährt. Sie nimmt zur Entlastung des Arztes die psychologischen Tests mit dem Kinde vor. Zu den atmosphärischen Bedingungen dieser Tätigkeit gehört ein kindgemäß eingerichteter kleiner Raum, im Rahmen der Wartezimmer. Die passive Anwesenheit der Mutter ist bei ängstlichen Kindern bisweilen notwendig. ▷

Zu den psychologischen Tests, die vom Kinderarzt beherrscht werden sollten, gehören

- ▶ Familien-Zeichentest, unter ihnen die „verzauberte Familie“ (Kos-Biermann),
- ▶ Mensch-Test (Abraham),
- ▶ Baum-Test (Koch),
- ▶ Erzähltest, einschl. CAT und TAT (Revers)
- ▶ Satzergänzungstest
- ▶ sowie der bewährte Puppenspieltest, der Scenotest (von Staabs).

Alle diese Tests eröffnen über die Phantasie bei Spiel und Darstellung – analog der Traumwelt des Erwachsenen – die Via regia zum Unbewußten des verhaltensgestörten Kindes.

Mehr und mehr haben sich zur Abklärung von Problemen des schulkranken Kindes beziehungsweise zur Bestimmung der Schulreife die Durchführung von Leistungstests – aus der Binet-Simon-Reihe zum Beispiel der Kramer-Test oder der Hawik-Intelligenztest – als unentbehrliches Rüstzeug des Arztes erwiesen. Ihnen schließen sich speziellere Untersuchungen, zum Beispiel zur Abklärung einer Legasthenie, an.

Alle genannten psychodiagnostischen Maßnahmen sind in der ärztlichen Praxis möglich – und lassen sich über die Krankenkassen abrechnen – wenn die personellen wie institutionellen (räumlichen und zeitlichen) Vorausbedingungen gegeben sind.

② Dem Kinderarzt war schon immer das Gespräch mit der Mutter des erkrankten Kindes ein zentrales Anliegen. Es eröffnete ihm Möglichkeiten, den Stellenwert von Symptomen beziehungsweise Verhaltensstörungen im Gesamt eines familienneurotischen Geschehens zu sehen. Langjährige Erfahrungen als Familienarzt, in Kenntnis mehrerer Generationen, erleichtern ihm das Erkennen familiendynamischer

Zusammenhänge. Allein schon der Umgang einer Mutter mit ihrem Kind in der Praxis vermittelt dem aufmerksamen Arzt wichtige Hinweise.

Wo über das Fünfminutengespräch in der Hektik des Praxisalltages hinaus wichtige Informationen erwartet werden, empfiehlt sich die gesonderte Einbestellung der Mutter (notfalls auch des Vaters, aber möglichst in getrennten Sitzungen, bei nachfolgendem gemeinsamen Erziehungsberatungsgespräch mit beiden Partnern). Hierfür haben sich die Abendstunden am Ende des Praxistages beziehungsweise ein für Psychotherapie reservierter Nachmittag bewährt. Dankbar empfindet eine Mutter die individuelle Zuwendung des Arztes, die sie mit einer neuen Aufgeschlossenheit im Bericht über ihr Kind beantwortet. Dabei empfiehlt sich eine „fraktionierte Anamnesenerhebung“ an zwei Tagen, die im Sinne einer „schöpferischen Pause“ zu einer Vertiefung des mitgeteilten biographischen Materials führt.

Hieran können sich wiederholte Beratungsgespräche, in Form einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Betreuung anschließen, deren Ausmaß und Notwendigkeit sich an der Symptomatik des verhaltensgestörten Kindes orientiert. Sie lassen sich zu beratenden Gruppenmaßnahmen, im Sinne einer Mütter- beziehungsweise Elternschule erweitern, in der informatorische Aufklärung über die wichtigsten Verhaltensstörungen des Kindes, so zum Beispiel die Umerziehung eines bettnässenden Kindes, im Vordergrund stehen.

Diese Mütterarbeit kann allein ausreichen, um Verhaltensänderungen beim – nicht mitbehandelten – Kind zu bewirken, wie *Binder* mit dem autogenen Training von Müttern bettnässender Kinder bestätigte.

Die Bedeutung dieser Mütterarbeit, erfahrenen Kinderärzten schon immer bekannt und in ihre Therapie-

maßnahmen einbezogen, erfordert bei der zeitlichen Aufwendigkeit eine Anerkennung seitens der Kostenträger als legitime Behandlungsmaßnahme des um ein verhaltensgestörtes Kind bemühten Arztes.

Auch für den Kinderpsychotherapeuten gehört die begleitende Mütter- beziehungsweise Elternarbeit zu den unerläßlichen Voraussetzungen des Gelingens einer Kinderbehandlung, insbesondere deren positiver Auswirkungen am Tatort, das heißt in der Familie des Kindes.

③ Der Zeitdruck, unter dem der überwiegend als Praktiker tätige Arzt steht, läßt pragmatische Psychotherapieverfahren in den Vordergrund rücken. Hierzu rechnet im Umgang mit verhaltensgestörten Kindern an erster Stelle das autogene Training, dessen Wert für verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche immer mehr erkannt wird.

Gerade in der ambulanten Therapie des Asthmakindes, seiner Ablösung aus der mütterlichen Symbiose, seiner Verselbständigung und Ich-Stärkung zur Überwindung der Asthmakrankheit, kommt dem autogenen Training eine entscheidende Aufgabe zu. Es sollte auch zum Rüstzeug aller Asthmakliniken beziehungsweise -heime gehören.

Auch in der Balintarbeit von Kinderärzten spielt das autogene Training eine wichtige Rolle. Es stößt bei der Mehrzahl der Eltern auf eine echte Bereitschaft zur Mitarbeit.

Hier, wie bei allen übrigen psychotherapeutischen Maßnahmen mit dem Kind, sind Informationen über das Familienleben, wie sie ein Hausbesuch vermittelt, unerläßlich. Diese Vorteile sollte der als Psychotherapeut tätige Arzt nutzen.

Auch erfahrene Kindertherapeuten betonen den Gewinn dieser Informationen für die psychotherapeutische Behandlung des Kindes. ▷

Die Schlafstörung eines Kindes ist ohne persönliche Kenntnisnahme des häuslichen Milieus nicht richtig einzuschätzen und erfolgreich zu behandeln. Der Hausbesuch des psychotherapeutisch tätigen Arztes stärkt zudem das Übertragungsverhältnis des Kindes zu ihm.

Zu weiteren bei Kindern und Jugendlichen bewährten pragmatischen Psychotherapieverfahren gehören die „funktionelle Entspannung“ (Marianne Fuchs) sowie das „Symbol drama“ (Leuner), die allerdings beide – in Einzelanwendung – relativ hohen Zeitaufwand fordern.

Psychotherapie zur Beseitigung von Verhaltensstörungen bei Kindern ist zu einem Anliegen des praktischen Arztes geworden. Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, daß es schon genug Mittel und Wege gibt, auch in der Praxis eines vielbeschäftigten Arztes auf diesem Gebiet erfolgreich tätig zu sein.

#### Literatur

- (1) Balint, E., u. Norell, J. S.: Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt (Suhrkamp) 1975 – (2) Biermann, G.: Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. München (Reinhardt) 1975 – (3) Kos, M., u. Biermann, G.: Die Verzauberte Familie. Ein tiefenpsychologischer Zeichentest. München (Reinhardt) (1973) – (4) Menzel, K.: Mutter–Arzt–Kind. Betrachtungen zu Problemen der menschlichen Begegnung in der kinderärztlichen Praxis Stuttgart (Schattauer) 1961 – (5) Schmeer, G., u. Klüwer, K.: Vorschlag eines Anamnesenschemas zur praktischen und wissenschaftlichen Beurteilung von Kinderneurosen, Praxis Kinderpsychol. 4 (1955) 194

Anschrift des Verfassers:  
Professor Dr. med.  
Gerd Biermann  
Leiter des Instituts  
für Psychohygiene  
– Heinrich-Meng-Institut –  
des Erftkreises  
Kaiserstraße 6  
5040 Brühl

**Erhöhte BSG-Werte** im dritten Monat nach Implantation einer Hüftgelenks-Totalprothese weisen, bei sonst fehlender Ursache, auf eine Infektion hin. Bei unkompliziertem postoperativem Verlauf fallen die Werte rasch ab und erreichen sechs bis zwölf Monate nach der Implantation ihren Tiefpunkt. Frühinfektionen erhöhen die Werte von Anfang an stark, es zeigt sich keine Tendenz zur Normalisierung. Die Spätinfekte zeigen ähnliches Verhalten, doch kommt es zunächst zu einem leichten Abfall. Nach etwa 24 Monaten folgt ein starker bis sehr starker Wiederanstieg. Daraus läßt sich folgern, daß auch die Spätinfektion bereits frühzeitig vorhanden ist, sich aber klinisch erst spät manifestiert. Mit Infektionen nach Alloarthroplastiken des Hüftgelenks muß so lange gerechnet werden, wie die derzeit gebräuchlichen, einzuzementierenden Prothesentypen verwendet werden.

(Reichelt, A., Riedl, K.: Münch. med. Wschr. 118 [1976], S. 701–702)

**Die Mukoviszidose** stellt unter der weißen Rasse die am häufigsten vorkommende kongenitale Stoffwechselanomalie dar. Je früher der Defekt erkannt und behandelt wird, desto günstiger ist die Prognose. Das einzig derzeit verfügbare Screening-Verfahren wurde an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg zusammen mit der Firma Boehringer/Mannheim entwickelt. Dieser BM-Test Meconium beruht darauf, daß Neonaten mit Mukoviszidose im Kindspech meist einen deutlich erhöhten Albumingehalt aufweisen. Beträgt die Albuminkonzentration mehr als 20 Milligramm pro Gramm Trockengewicht des Mekoniums, verfärbt sich die Reaktionszone des Teststreifens intensiv tintenblau. Mit dem denkbar einfach durchführbaren Verfahren lassen sich zwar nur 85 Prozent der Mukoviszidose-Fälle aufdecken. Dennoch ist sein breiter Einsatz gerechtfertigt, wenn man bedenkt, daß durch die Frühdiagnose vor der Manifestation al-

ler klinischen Symptome die Lebenserwartung der Betroffenen entscheidend verbessert werden kann. cb

(Stephan, U.: Mschr. Kinderheilk. 124 [1976] 660–661)

**Die Struma maligna** weist als einziges Früsymptom vor allem bei Jugendlichen einen Solitärknoten auf. Er wächst aber nicht stets so schnell wie erwartet und ist auch nicht immer derb palpierbar. Die Diagnostik des bösartigen Kropfs muß sich daher auf mehrere Verfahren stützen. Die verlässlichste endokrinologische Methode ist die radioimmunologische Bestimmung von Kalzitinin. Mit der röntgenologischen Untersuchung kann man nur die Geschwulstgröße und vereinzelt Metastasen erkennen. Sind außerhalb der medianen embryonalen Entwicklungsbahn Metastasen mit Hilfe von Radiojod szintigraphisch nachzuweisen, liegt sicher eine Struma maligna vor. Die größte diagnostische Aussagekraft besitzt die negative Tumorszintigraphie mit Radiojod oder 99m-Technetium. cb

(Heine, H. G., Scriba, P. C.: Chirurg 47 [1976] 422–428)

**Zur Diagnostik von Sproßpilzen** und anderen wichtigen Hospitalkeimen und Schimmelpilzen in der Vorsorge- und Nachsorgemedizin stellen die Teststreifen Microstix ein hinreichend sicheres und einfach zu handhabendes Mittel für Lungenfacharzt, Praktiker und Gynäkologen dar. Beobachtungen am klinischen Material an Hand von 777 inokulierten Microstix-Fällen ergaben, daß insgesamt 36 Prozent positive Befunde, nur 5,6 Prozent unspezifisch positive und lediglich 1,5 Prozent negative Ergebnisse bei positivem Pilswachstum auf den Kontrollmedien nachweisbar waren. Positive Ergebnisse sind bereits nach zwölf Stunden Bebrütungszeit zu erwarten. he

(Vögtle-Junkert, U.: Münch. med. Wschr. 118 [1976] 885–888)