

Hans-Christoph Steinhausen (Hrsg.)

F E S T S C H R I F T

70 JAHRE

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER DIENST

DES KANTONS ZÜRICH

(1921–1991)

Zürich 1992

Hans-Christoph Steinhausen (Hrsg.)

FESTSCHRIFT

70 JAHRE

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER DIENST

DES KANTONS ZÜRICH

(1921 - 1991)

Zürich 1992

Inhalt	Seite
Autoren	7
Vorwort	9
Kurzbeschreibung und Organigramm des KJPD Zürich ..	11
Chronik des KJPD Zürich	17
Zeittafel	18
Die Jahre von 1921 bis 1981: ein kurzer geschichtlicher Abriss	19
<i>J. Lutz und R.J. Corboz</i>	
Die Jahre von 1982 bis 1991	23
<i>H.-Ch. Steinhausen</i>	
Nekrolog auf Professor Robert Jules Corboz	27
<i>H. Kind</i>	
Symposiumsbeiträge vom 6.9.91	29
Einleitende Anmerkungen zum Symposium	30
<i>Hans-Christoph Steinhausen</i>	
70 Jahre Kinderpsychiatrie in Zürich	32
<i>Jakob Lutz</i>	
Perspektiven der Kinder- und Jugendpsychiatrie	41
<i>Hans-Christoph Steinhausen</i>	
Das Kind im Netz helfender Institutionen	63
<i>Helen Bowie und Markus Friedli</i>	
Die Therapieindikation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen	68
<i>Michael von Aster</i>	
Beispiele aus der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	78
<i>Rainer Bürki und Regula Knellessen</i>	
Gruppentherapie als psychologisch-pädagogischer Lernprozess	89
<i>Andreas Sarasin</i>	
Liaison-Kinderpsychiatrie in Verbindung mit der Pädiatrie	102
<i>Cornelia Bessler</i>	
Erfahrungen und Gedanken zur Interdisziplinarität	113
<i>Heinz Stefan Herzka</i>	



Copyright: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
des Kantons Zürich, 1992.
Diese Festschrift kann für den Betrag von
Fr. 15.- bei der Ärztlichen Direktion,
Freiestr. 15, 8028 Zürich bezogen werden.

Familienarbeit in der stationären Kinderpsychiatrie	124
<i>Doris Gibbons, Walter Bruderer und Hans Leemann</i>	
Die Entwicklung ehemaliger Patienten des KJPD Zürich im Erwachsenenalter	133
<i>Matthias Reitzle</i>	
Ausbildungsprogramm	143
Gäste des KJPD	147
Forschungsbericht (1989 - 1991)	151
Publikationen (1929 - 1991)	161

Autoren

Dr. med. Dipl. Päd. Michael von Aster, Leitender Arzt, Poliklinik
 Frau Dr. med. Cornelia Bessler, Oberärztin, Regionalstelle Winterthur
 Frau Dr. med. Helen Bowie, Oberärztin, Regionalstelle Uster
 Walter Bruderer, Pädagogischer Leiter, Beobachtungs- und Therapieheim Brüschhalde
 Lic. phil. Rainer Bürki, Psychologe, Regionalstelle Bülach
 Prof. Dr. med. Robert Jules Corboz (†), ehemaliger ärztlicher Direktor
 Dr. med. Markus Friedli, Oberarzt, Regionalstelle Uster
 Frau Dr. med. Doris Gibbons, Leitende Ärztin, Beobachtungs- und Therapieheim
 Brüschhalde
 Prof. Dr. med. Heinz Stefan Herzka, Leitender Arzt, Tagesklinik
 Prof. Dr. med. Hans Kind, ehemaliger ärztlicher Direktor a.i.
 Frau lic. phil. Regula Knellessen, Psychologin, Regionalstelle Bülach
 Lic. phil. Hans Leemann, Psychologe, Beobachtungs- und Therapieheim Brüschhalde
 Prof. Dr. med. Jakob Lutz, ehemaliger ärztlicher Direktor
 Dr. phil. Matthias Reitzle, Psychologe, Forschungsabteilung
 Lic. phil. Andreas Sarasin, Psychologe, Regionalstelle Bülach
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Christoph Steinhausen, Ärztlicher Direktor

Vorwort

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich wurde 1921 gegründet und konnte daher 1991 auf sein 70jähriges Bestehen zurückblicken. Seine reichhaltigen Traditionen, der beispielhafte gemeindenahe Aufbau, die Anerkennung seiner Leistungen in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt und die Unterstützung durch die Behörden gaben anlässlich des Jubiläums Anlass, diese Festschrift zu erarbeiten. Sie gibt Aufschluss über die Organisation und Geschichte des Dienstes, druckt die Vorträge des Jubiläums-Symposiums ab und dokumentiert das Ausbildungsprogramm, die Liste der Gäste des Dienstes, das aktuelle Forschungsprogramm sowie die Publikationen aus 70 Jahren. Die Festschrift ist allen ehemaligen und aktuellen Mitarbeitern sowie den Freunden des Dienstes gewidmet. Dem Zürcher-Hochschul-Verein sei an dieser Stelle für die finanzielle Unterstützung der Drucklegung dieser Festschrift gedankt.

Kurzbeschreibung und Organigramm
des
Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes
des Kantons Zürich

Aufbau

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) Zürich besteht aus ambulanten und stationären Einrichtungen. Zu den ambulanten Institutionen gehören die Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder- und Jugendliche in Zürich sowie die Zweigstellen in Bülach, Dietikon, Horgen, Rüti, Uster und Winterthur mit jeweiligen Sprechstunden an weiteren Orten. Die klinisch-stationären Einheiten umfassen das Kantonale Kinderheim Brüschalde sowie die Tagesklinik. Ferner ist die ausschliesslich der Lehre für die Phil.I-Fakultät verpflichtete Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters administrativ mit dem KJPD verbunden.

Die Psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche, die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Beobachtungs- und Therapiestation Brüschalde in Männedorf sind als Institutionen der Universität anerkannt. Sie sind der Gesundheitsdirektion und für die akademischen Belange der Erziehungsdirektion unterstellt. Die gemeinsame Direktion gewährleistet eine sinnvolle Zusammenarbeit unter den einzelnen Institutionen. Sie regelt u.a. die Überweisung von Patienten und den Austausch von Mitarbeitern, insbesondere von Assistenzärzten. In den Regionalstellen besteht eine enge Verbindung und Zusammenarbeit mit den Jugendsekretariaten.

Aufgaben und Angebot

Die primäre Aufgabe des KJPD besteht in der ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung des Kantons Zürich. An diesem zentralen Ziel sind die verschiedenen Berufsgruppen des KJPD orientiert. Dabei bemüht sich der Dienst um ein möglichst gemeindenahes und dezentrales Versorgungsangebot. Darüber hinaus ist der KJPD mit seinen universitären Einrichtungen an der Lehre, Weiterbildung und Forschung beteiligt.

Im Rahmen der Versorgung werden Hilfen für Eltern, Kinder und Jugendliche in Schwierigkeiten, bei psychischen, familiären, erzieherischen und sozialen Problemen sowie bei kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheiten geleistet. Das Angebot umschliesst medizinische und psychologische Abklärungen sowie Beratungen und Therapien durch ein jeweils ärztlich geleitetes Team von Mitarbeitern mit Ausbildung in Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Heilpädagogik.

Die beschriebene Versorgung wird durch Konsiliardienste für andere Kliniken und psychosoziale Beratungseinrichtungen, die Betreuung von Institutionen der ausserfamiliären Erziehung, forensische Aufgaben (Gutachten) sowie präventive Aktivitäten in Verbindung mit anderen Institutionen ergänzt. Dabei erfolgt die Arbeit des KJPD vielfach in enger

Zusammenarbeit mit Privatärzten, Lehrern, schulpsychologischen Diensten, Jugendsekretariaten und anderen Institutionen. Die Finanzierung erfolgt in der Regel über die Krankenkassen und in speziellen Fällen über die Invalidenversicherung (IV).

Beschreibung der einzelnen Abteilungen

Die *Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche* steht für die gesamte Diagnostik und Therapie der Bevölkerung im Alter von 1-20 Jahren der Stadt Zürich und für jene Teile des Kantons zur Verfügung, die keine eigenen Regional- oder Zweigstellen haben. Hinzu kommen Patienten aus den angrenzenden Kantonen, vor allem der Innerschweiz, die über keine eigene kinderpsychiatrische Versorgung verfügen.

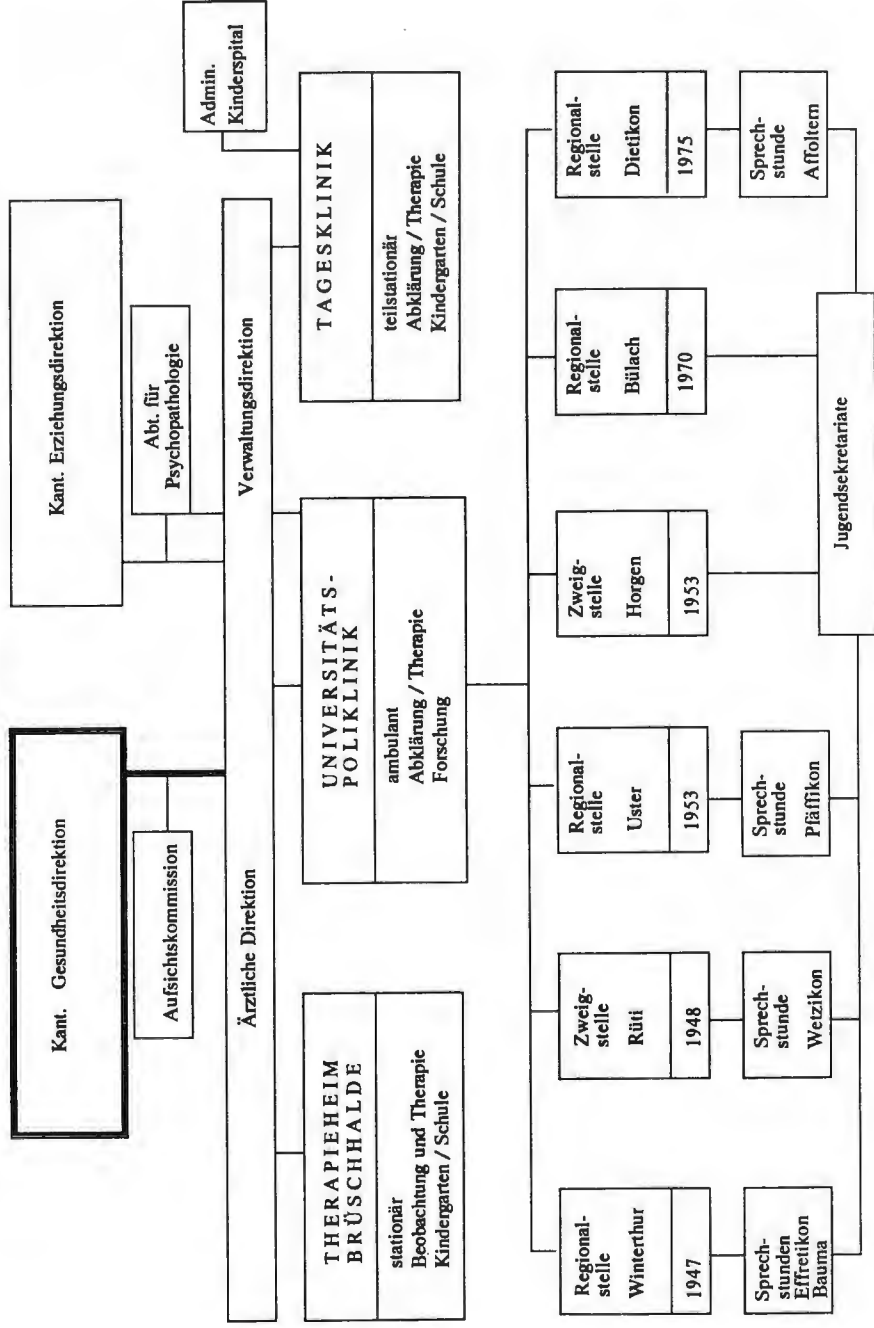
Die *Zweig- und Regionalstellen* ermöglichen mit den zusätzlichen Sprechstunden an weiteren Orten ein dezentralisiertes Versorgungsnetz zur Abklärung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kanton ausserhalb der Stadt Zürich

Im *Kantonalen Kinderheim Brüschalde* werden Knaben und Mädchen im Alter von 4 - 14 Jahren zur Beobachtung und Therapie aufgenommen, deren Auffälligkeiten im Verhalten im Rahmen einer ambulanten Untersuchung nicht genügend abgeklärt und behandelt werden können. Das Heim bietet Platz für 30 Kinder, die in vier Wohngruppen aufgeteilt sind. Beobachtung und Therapie werden nach psychiatrischen, psychologischen, pädagogischen und schulischen Gesichtspunkten durchgeführt.

Die *Tagesklinik* umfasst 20 Plätze für Kinder, die gleichzeitig eine koordinierte kinderpsychiatrische Behandlung, heilpädagogische Betreuung und individuelle schulische Förderung benötigen. Die Bereitschaft der Familien zur Zusammenarbeit mit der Klinik wird vorausgesetzt; das Kind muss zu Hause wohnen und dort seine Freizeit verbringen können.

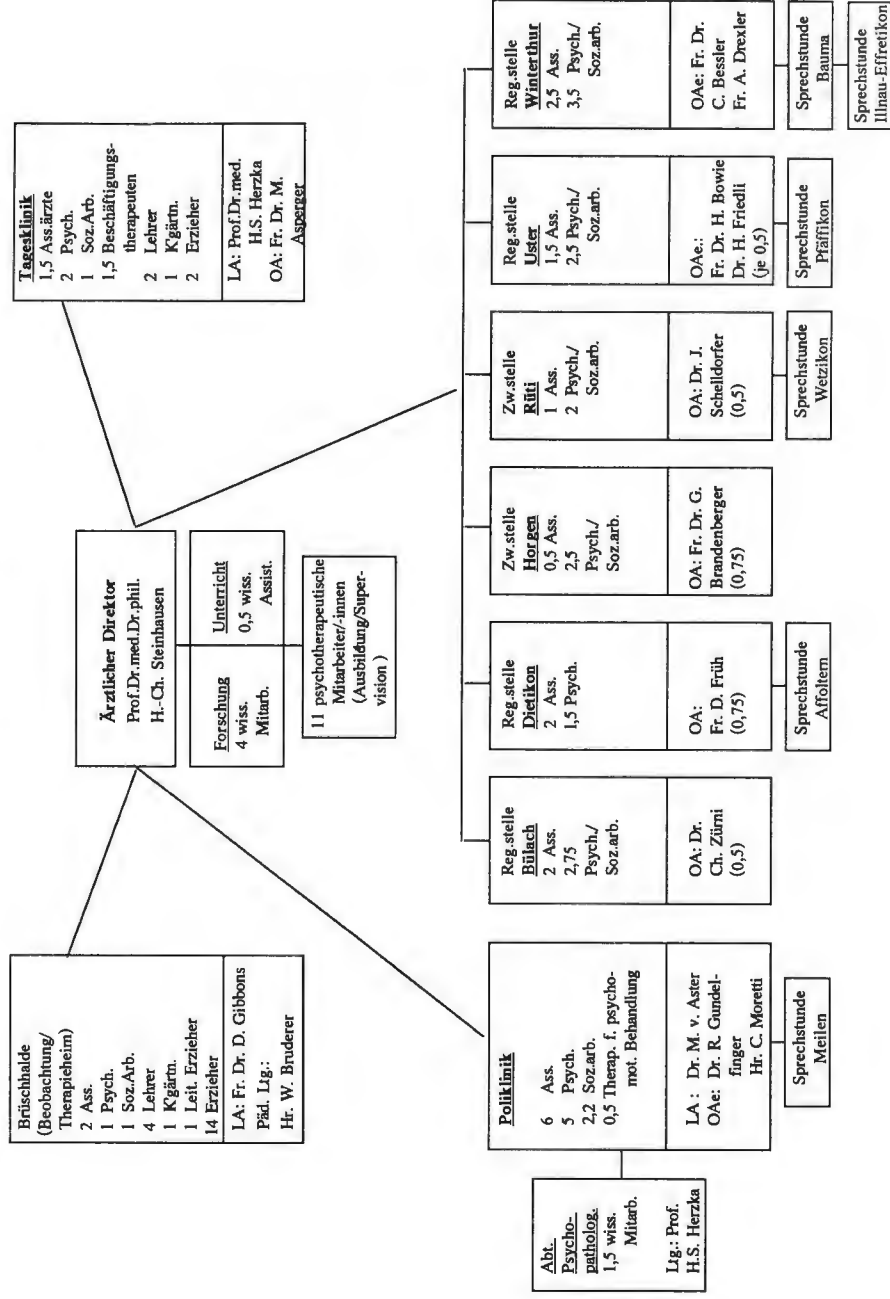
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER DIENST DES KANTONS ZÜRICH

Organisationsschema



Fachliches Organisationsschema des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD)

Stand : September 1991



Anschriften des KJPD

Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche
 Freiestr. 15/16, Postfach, 8028 Zürich
 Tel. 01/251 52 20 (Freiestr. 15), Tel. 01/251 50 60 (Freiestr. 16)

Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters
 Schönbühlstr. 4/6, 8032 Zürich, Tel. 01/261 36 80

Kantonales Kinderheim Brüschhalde
 Bergstr. 120, 8708 Männedorf, Tel. 01/920 03 58

Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Spiegelhofstr. 45, 8032 Zürich, Tel. 01/251 50 33

KJPD Regionalstelle Bülach
 Bahnhofring 3, 8180 Bülach, Tel. 01/860 23 93

KJPD Regionalstelle Dietikon
 Löwenstr. 15, 8953 Dietikon, Tel. 01/740 78 90

- Sprechstunde in Affoltern
 Zürichstr. 49, 8910 Affoltern a.A., Tel. 01/761 97 40

KJPD Zweigstelle Horgen
 Bahnhofstr. 6, 8810 Horgen, Tel. 01/725 52 92

KJPD Zweigstelle Rüti
 Ferrachstr. 29, 8630 Rüti, Tel. 055/31 20 13

- Sprechstunde in Wetzikon
 Zürcherstr. 9, 8620 Wetzikon, Tel. 01/932 21 32

KJPD Regionalstelle Uster
 Seestr. 7, 8610 Uster, Tel. 01/940 20 27

- Sprechstunde in Pfäffikon
 Frohwiesstr. 8, 8330 Pfäffikon, Tel. 01/950 49 23

KJPD Regionalstelle Winterthur
 Rosenrainstr. 17, Postfach 33, 8410 Winterthur, Tel. 052/23 96 78

- Beratungsstelle Bauma für das obere Tösstal
 Unterdorf 32, 8494 Bauma, Tel. 052/46 27 29

- Sprechstunde in Effretikon
 Märtplatz 3, 8307 Effretikon, Tel. 052/32 56 26

Chronik des
 Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes
 des Kantons Zürich

Zeittafel

- 1921 Eröffnung der ersten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beobachtungsstation der Schweiz auf dem Areal des Burghölzli: Haus "Stephansburg"
- 1931 Eröffnung der Poliklinik für Kinder und Jugendliche in der Stephansburg
- 1932 Umsiedlung der Poliklinik in das Haus Kantonsschulstrasse 1
- 1943 Kantonsrat und Fachgruppen wünschen Trennung von der Klinik Burghölzli
- 1944 Eröffnung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beobachtungsstation Brüschhalde in Männedorf
- 1947 Eröffnung der Regionalstelle Winterthur
- 1948 Eröffnung der Zweigstelle Rüti
- 1953 Eröffnung der Regionalstelle Uster und der Zweigstelle Horgen
- 1959 Einweihung der Erweiterungsbauten Brüschhalde
Therapiestation mit 8 Plätzen - Schulhaus für 3 Klassen - Blockhütte
- 1970 Eröffnung der Regionalstelle Bülach
- 1975 Eröffnung der Regionalstelle Dietikon
- 1975 Eröffnung der Tagesklinik für Kinder in Zürich
- 1985 Einweihung des Mehrzweckgebäudes der Brüschhalde
Schulzimmer - Kindergarten - Mehrzweckhalle - Werkstatt - Sitzungszimmer
- 1988 Verabschiedung des Konzepts für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich durch den Kantonsrat

Die Jahre von 1921 bis 1981

Jakob Lutz und Robert Jules Corboz

Die Kinderpsychiatrie - die in Klinik und Sprechstunde ausgeübte, praktisch helfende und theoretisch forschende ärztliche Tätigkeit mit seelisch-geistig krankhaft abnormen Kindern und Jugendlichen - ist eine noch junge Wissenschaft. Während die moderne Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Erscheinung tritt, finden sich die Anfänge der neuzeitlichen Kinderpsychiatrie erst in den ersten Jahren unseres 20. Jahrhunderts. Sie entwickelt sich in Mitteleuropa und in den USA teils aus pädiatrischen, teils aus psychiatrischen Zusammenhängen. In Zürich reicht eine ihrer Wurzeln bis zum Jahre 1917 zurück und führt in die damaligen Bedürfnisse der Kinder- und Jugendfürsorge.

Diese sah sich einer durch die Weltkriegsverhältnisse seit 1914 erheblich vergrösserten Zahl verwahrloster junger Menschen gegenüber, stiess auf enge Grenzen der erzieherisch-schulischen Beeinflussungsmöglichkeiten und vermutete die Ursachen nicht nur in den veränderten Umweltverhältnissen, sondern z.T. auch in abnormen Veranlagungen und Entwicklungen der Kinder. Im Bemühen, diese besser zu verstehen und den Schwierigkeiten wirksamer zu begegnen, zeigte sich die Notwendigkeit einer länger dauernden Beobachtung ausserhalb der elterlichen Familie und der bisherigen Schule. Die 1912 in Zürich gegründete Stiftung Pro Juventute, in der H. Hanselmann von 1915 an als Mitarbeiter, von 1917 bis 1923 als Zentralsekretär tätig war, erkannte diese neue Jugendnot wie auch die Probleme der Fürsorge, griff zu und richtete im Frühjahr 1917 an der Südstrasse 78 in Zürich eine "Vorstation" mit 5 Plätzen für schwererziehbare Schulkinder ein.

Die zweite Hauptwurzel führt in die Psychiatrie: In den gleichen Jahren wurde in den Jahresberichten der Heilanstalt Burghölzli immer eindringlicher auf eine ganz anders geartete "Jugendnot" hingewiesen, auf die Unmöglichkeit, ernsthaft psychisch erkrankte Kinder anderswo als in der psychiatrischen Klinik mit erwachsenen Geisteskranken zusammen unterzubringen. Sie mussten dort fast ganz die Rücksichten auf ihre kindlichen Bedürfnisse entbehren, was sowohl ihr Wohlbefinden wie Pflege und Therapie stark beeinträchtigte. Ihre Zahl war zwar gering, aber es rechtfertigte sich doch, für sie zusammen mit den Zöglingen der Pro Juventute - "Vorstation" eine Institution aufzubauen, die ihrem kindlichen Wesen und den besonderen diagnostisch-therapeutischen und schulisch-erzieherischen Bedürfnissen entsprach.

Es ist das Verdienst von Hans W. Maier, damals Oberarzt am Burghölzli unter Eugen Bleuler, dass am 6. Juli 1921 die "Kinderbeobachtungsstation Stephansburg Zürich 8 "

zunächst als Provisorium eröffnet werden konnte: Damit war die junge Disziplin in Zürich etabliert. Das Haus mit seinen 25 Betten war bald vollbesetzt und blieb in allen kommenden Jahren immer überangemeldet. Erst nach 23 Jahren - im Oktober 1944 - konnte sie als Provisorium verlassen und vom nun endgültigen "Kantonalen Kinderheim Brüschhalde Männedorf" abgelöst werden. Seither spielt sich die interne Beobachtung als einem ersten Zweig kinderpsychiatrischen Wirkens in den Räumen dieses stattlichen Gebäudes, des ehemaligen Waisenhauses Männedorf ab, das 1958 noch eine Erweiterung durch den Bau eines kleinen Schulhauses und einer Therapiestation mit 8 Betten erfuhr. - Stephansburg und Brüschhalde waren und sind nach dem Modell eines Kinderheimes, also mit Erziehern und heilpädagogischen Lehrern, nicht mit Psychiatrieschwestern, aufgebaut. Dieses Konzept wird einer grossen Zahl psychisch auffälliger Kinder gerecht. Im Laufe der Jahre verlangte jedoch die Eigenart mancher im frühen Kindesalter auftretenden psychischen Erkrankungen andere Möglichkeiten der Unterkunft, der Diagnostik, Therapie und heilpädagogisch-psychologischen Förderung; es sind heute ungefähr 25 Jahre, dass man sich mit Plänen für eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik befasste, die nun zur Reife gelangt und bereit sind, realisiert zu werden.

Die Sichtung der für eine Aufnahme in der Stephansburg angemeldeten Kinder ergab bald, dass lange nicht alle einer internen Beobachtung bedurften. So begann man für diese zuerst in der Stephansburg selbst, von 1932 an in der Kantonsschulstrasse 1 in Zürich ambulante Sprechstunden einzurichten. Dort - und von 1955 an im Hause Freiestrasse 15 - bildete sich das Zentrum eines zweiten Zweiges kinderpsychiatrischer Tätigkeit: Die Psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche. Sie wurde bald von erheblich mehr Kindern frequentiert als Stephansburg und Brüschhalde, teils wegen des dortigen Mangels an internen Plätzen, vor allem wegen der ambulant ohne weiteres abklärbaren und der Therapie zugänglichen Natur der Störungen. Das Bedürfnis nach kinderpsychiatrischer Hilfe vergrösserte sich ununterbrochen sowohl von Seiten der Eltern und Lehrer wie vor allem auch bei den Jugendhilfe-Behörden, den Jugendämtern, Jugendanwaltschaften, Amtsvormundschaften usw.. So erwies sich 1947 als richtig, in Rüti und Winterthur, 1953 in Horgen und Uster an den dortigen Jugendsekretariaten kinderpsychiatrische Zweigstellen zu eröffnen, in Erziehungsheimen und Spitälern auffällige Kinder zu untersuchen und Erzieher, Ärzte und Pfleger zu beraten und mit den Eltern in Gruppen zu üben, ihre Kinder und auch sich selbst besser zu verstehen. Alle neuen Möglichkeiten, die wir anzubieten hatten mit vermehrten Ärzten und Psychologen und Räumlichkeiten, wurden sofort voll ausgenutzt. - Im heutigen Rückblick auf die Pionierphase soll dankbar gedacht werden des Verständnisses, der Unterstützung und des Wohlwollens sehr vieler Persönlichkeiten, die in den Schulzimmern, in Ämtern und Behörden wie wir an den gleichen Problemen zu arbeiten hatten. Ohne ihre Mithilfe wäre der glückliche Aufbau des

"Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich", wie Brüschhalde und Poliklinik seit längerer Zeit administrativ zusammen gefasst werden, nicht möglich geworden.

Die Zürcher Kinderpsychiatrie wurzelt im Burghölzli, dessen Tradition und Verpflichtung sie übernommen hat: Die Erfahrung in der Behandlung der Kranken laufend wissenschaftlich in Forschung und Lehre fruchtbar werden zu lassen. So war es 1968 möglich, dem Nachfolger im Amt und auf dem Lehrstuhl auch noch diesen 3. Zweig in die Hände zu legen, und damit die Keim- und grosse Aufbauphase, die Zeit des primären Ausarbeitens, des Ausprobierens der Möglichkeiten und Absteckens der Grenzen zunächst abzuschliessen.

Zu Beginn der siebziger Jahre wurde der Unterricht in Kinder- und Jugendpsychiatrie für Medizinstudenten systematisch ausgebaut. Eine hinreichende Einführung aller zukünftigen Ärzte in die Belange der psychischen und der psychisch bedingten körperlichen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist von grundlegender Bedeutung. Die Eltern suchen bei solchen Störungen in der Regel erstmals Hilfe beim Hausarzt oder beim Kinderarzt. Ihm obliegt die wichtige Aufgabe, die wirklichen Zusammenhänge zu erkennen und das Kind, wenn erforderlich, einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu überweisen. So wuchs die Belastung mit Unterrichtsaufgaben stark an, da namentlich der seit 1938 erteilte theoretische und der 1968 eingeführte klinische Unterricht in Psychopathologie für Nichtmediziner (Psychologen, Heilpädagogen, Soziologen, Juristen etc.) fortgesetzt wurde. 1975 bewilligte der Regierungsrat ein persönliches Extraordinariat für die Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters.

Die Entwicklung im Dienstleistungsbereich blieb nicht still stehen. 1970 wurde die Regionalstelle Bülach eröffnet und 1975 die Regionalstelle Dietikon. Parallel dazu war während Jahren an der Planung der fehlenden Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet worden. Da sich die Möglichkeit einer baldigen Verwirklichung nicht zeigte, wurden im Sinne einer provisorischen Lösung 1975 die Tagesklinik für Kinder und Jugendliche an der Toblerstrasse 101 eröffnet und eine psychiatrische Abteilung in der Kinderklinik eingerichtet.

Immer mehr zeigte sich, dass die Räumlichkeiten im Gebäude Freiestrasse 15, den Bedürfnissen der Poliklinik nicht genügen konnten. Deshalb wurden an der Freiestrasse 16 zunächst ein Stockwerk und in einer späteren Etappe, nach eingehender Renovation des Gebäudes, zwei weitere Stockwerke des Hauses Freiestrasse 16 der Poliklinik zur Verfügung gestellt (1980). Die Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, die bisher über keine eigenen Räumlichkeiten verfügte, konnte ebenfalls unter dem gleichen Dach untergebracht werden.

Die skizzierte Entwicklung erlaubte auch, das therapeutische Angebot der Poliklinik zu differenzieren und zu erweitern. Zu diesem Zweck hatte der Regierungsrat bereits im Zeitalter der Stellenplafonierung, mit Rücksicht auf das dringende Bedürfnis nach psychotherapeutischen Möglichkeiten für Kinder und Jugendliche, zusätzlich eine Oberarzt- und drei

Assistentenstellen bewilligt. Zum therapeutischen Angebot gehören seit einigen Jahren nicht nur die traditionellen Formen der Psychotherapie, namentlich der Spieltherapie, sondern in zunehmendem Ausmass die Familientherapie, welche der bisherigen Betrachtungsweise neue und entscheidend wichtige Aspekte hinzufügte. Daneben verwirklichte die Poliklinik verschiedene Formen der heilpädagogischen Behandlung, namentlich im Bereich der psychomotorischen Therapie, der Logopädie und der Legastheniebehandlung. Zu Beginn der siebziger Jahre waren auch zwei Stellen für eigene Sozialarbeiter bewilligt, damit die gewonnenen diagnostischen Erkenntnisse nicht nur der individuellen Behandlung des Kindes und der Beratung seiner Eltern dienten, sondern damit auch von der Poliklinik aus in Zusammenarbeit mit den bestehenden Jugendfürsorgestellen die nötigen Hilfen im sozialen Feld besser als bisher angeboten werden konnten. Es handelt sich dabei um ein Vorgehen, welches sich in den Zweigstellen jahrelang bewährt hatte und nun auch in die Poliklinik Einzug fand. Zwei leitende Prinzipien stehen an der Wurzel dieser Entwicklung. Einmal soll die Poliklinik ein möglichst breites therapeutisches Angebot bieten, damit Kinder mit verschiedenartigen Störungen in der gleichen Institution behandelt werden können. Dies gilt beispielsweise für psychoorganisch gestörte Kinder, die an einer Beeinträchtigung ihrer motorischen und sprachlichen Entwicklung leiden und zugleich psychotherapiebedürftig sind. Sodann schien es wichtig, dass die Assistenzärzte, die sich bei uns zu Spezialärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausbilden, die Möglichkeit haben, die Zusammenarbeit mit den Vertretern von Nachbardisziplinen in der gleichen Institution kennen zu lernen.

Damit hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie keineswegs den Schlusspunkt ihrer Entwicklung erreicht. Vieles bleibt zu tun, um die bestehenden Institutionen in den Stand zu setzen, ihre vielfältigen Aufträge zukünftig noch besser zu erfüllen. Wir denken hier auch an die Belange der Prophylaxe, die gerade auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie von grösster Bedeutung sind. Zu den kommenden Aufgaben gehört auch die Verwirklichung einer Klinik. Für die Abklärung und für die Behandlung von schwerst kranken Kindern und Jugendlichen gibt es ausgerechnet bisher keine adäquate Möglichkeit. Psychotische Kinder bleiben zu oft als solche unerkant und werden in Heime für Geistigbehinderte eingewiesen, wo kaum eine Chance besteht, dass sie mit spezifischen Mitteln behandelt werden. Psychotische Jugendliche kommen notgedrungen in Kliniken für Erwachsene, was von allen Beteiligten als unbefriedigend betrachtet wird. So bleibt die Verwirklichung der Klinik ein notwendiges Vorhaben. Sie wird keine der bisherigen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen des Kantons überflüssig machen, sondern sie auf sinnvolle Art und Weise ergänzen.

Die Jahre von 1982 bis 1991

Hans-Christoph Steinhausen

Die in der Chronik der vorausgegangenen Jahre skizzierte Entwicklung eines Ausbaus des Dienstes hat sich in den achtziger Jahren mit stetiger Tendenz und wenigen Rückschlägen fortgesetzt. Dies betrifft vor allem den Aufbau neuer Sprechstunden gegen Ende dieser Dekade. So konnte der Gedanke einer gemeindenahen und dezentralisierten ambulanten Versorgung weiter realisiert werden, indem 1989 Sprechstunden in Affoltern und Wetzikon und 1990 in Effretikon eröffnet werden konnten. Damit war das Ziel einer flächendeckenden ambulanten Versorgung für den gesamten Kanton mit Ausnahme der in Planung befindlichen Sprechstunde in Dielsdorf zu Beginn der neunziger Jahre erreicht.

Weniger erfolgreich verlief hingegen der Versuch, eine klinische Einheit für die stationäre Versorgung Jugendlicher aufzubauen. Die unter Fachleuten unstrittige Notwendigkeit einer derartigen Station, die bereits im voranstehenden geschichtlichen Abriss vermerkt ist, hatte zu Planungen einer Psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche geführt. Diese erfuhr leider angesichts einer in der Öffentlichkeit sehr kontrovers geführten Diskussion 1982 in einer Volksabstimmung eine Ablehnung. In einer daraufhin von der Gesundheitsdirektion in Auftrag gegebenen und koordinierten Planung für ein Konzept der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich hat eine stationäre Einheit für die Versorgung psychiatrisch gestörter Jugendlicher weiterhin neben dem Schwerpunkt der ambulanten Versorgung und neben der teilstationären Betreuung einen gewichtigen Stellenwert. Verschiedene Umstände, zu denen vor allem die sehr problematische Situation auf dem Immobilienmarkt gehört, haben die Realisation einer Jugendlichen-Station in der Stadt Zürich bisher behindert.

Hingegen konnte die stationäre Versorgung von Kindern im Beobachtungs- und Therapieheim Brüschhalde mit der Einweihung eines neuen Mehrzweckgebäudes 1985 weiter differenziert werden. Auch an der Tagesklinik, die im selben Jahr bereits auf ihr zehnjähriges Bestehen zurückblicken konnte, bildeten sich Schwerpunkte einer intensiven psychotherapeutischen und heilpädagogischen Behandlung schwer gestörter Kinder heraus. Ebenso differenzierte sich das Spektrum therapeutischer Ansätze und Angebote in den verschiedenen ambulanten Bereichen des Dienstes.

Mit dem altersbedingten Rücktritt von Professor Robert Jules Corboz im Jahr 1984 begann eine längere interimistische Phase, in der Professor Hans Kind, der Direktor der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik, die ärztliche Leitung des Dienstes übernahm. Die

Wahrnehmung dieser schwierigen zusätzlichen Pflichten wurde ihm durch die tätige Mitarbeit und Unterstützung der leitenden ärztlichen Mitarbeiter einerseits und vor allem durch die Neuordnung der Administration andererseits erleichtert. Durch die Berufung von Kurt Kneringer zum Verwaltungsdirektor wurde der ärztliche Leiter von seiner früheren Doppelfunktion als Arzt und Administrator bedeutsam entlastet. Darüber hinaus erwies sich die Wahl von Kurt Kneringer, der zuvor über lange Zeit als Heimleiter dem Beobachtungs- und Therapieheim Brüsshalde vorgestanden hatte, als ein besonderer Glücksfall, zumal in seiner Person pädagogische und administrative Kompetenz in einer für den Dienst äusserst produktiven Weise verknüpft sind. Ihm sind mit Ausnahme der Psychologen, Sozialarbeiter und Sekretärinnen in den Zweig- und Regionalstellen sämtliche Mitarbeiter administrativ unterstellt. Die Ausgliederung dieser Mitarbeiter mit administrativer Zuordnung zu den Jugendsekretariaten wurde bereits Mitte der achtziger Jahre als Strukturproblem erkannt und muss trotz guter Kooperation auf den jeweiligen lokalen Ebenen weiterhin als nicht befriedigend gelöst betrachtet werden.

Zu Beginn der achtziger Jahre wurden zwei wichtige Jubiläen begangen. Zunächst jährte sich 1981 das sechzigjährige Bestehen des KJPD, das mit einem Festsymposium unter der Leitung von Professor Corboz und mit Referaten von Professor Duché aus Paris, Professor Eggers aus Essen und Professor Lutz gefeiert wurde, wobei das Thema der "Psychosen im Kindes- und Jugendalter" in der Tradition der Zürcher Psychiatrie stand. Diese geschichtliche Einbindung fand ihre Fortsetzung in dem zu Ehren von Professor Bleuler und Professor Lutz zu deren achtzigstem Geburtstag 1983 abgehaltenen Symposium über "Schizophrenie und kindlichen Autismus". Im gleichen Jahr fand ein Weiterbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaften für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie über das Thema "Pubertät" in Zürich statt.

Im Jahr 1987 verstarb Professor Robert Jules Corboz, der erste Ordinarius für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich. Professor Corboz hatte sich durch die Integration des Faches auf der universitären Ebene einschliesslich des Unterrichts für Medizinstudenten, den Ausbau des Dienstes und seiner Kooperationsbeziehungen und durch seine wissenschaftlichen Aktivitäten besondere Verdienste erworben. An dieser Stelle sei auf den ihm gewidmeten Nekrolog von Professor H. Kind in dieser Festschrift hingewiesen.

Ebenfalls 1987 trat Professor Hans-Christoph Steinhausen sein Amt als ärztlicher Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Zürich und Ordinarius an der Universität Zürich an. Mit der Aufnahme seiner Tätigkeit verbanden sich die Reorganisation und der Ausbau des Dienstes einschliesslich seiner Kooperationsbeziehungen und der Aufbau eines systematischen Weiterbildungs-Curriculums, das sich aus mehreren Elementen zusammensetzt. Neben dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachkolloquium finden Fallkonferenzen, Journal-Clubs und Gastreferate statt. Im Rahmen dieses Programms haben

prominente Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und angrenzender Gebiete aus der Schweiz, dem europäischen Ausland sowie aus Übersee jeweils während der Semester Vorträge gehalten. Darüber hinaus wurde 1989 mit der Reihe der Zürcher kinder- und jugendpsychiatrischen Symposien begonnen. Die erste Veranstaltung dieser Art stand unter dem Thema "Das Jugendalter, Entwicklungen - Probleme - Hilfen", während die beiden folgenden Symposien im Jahre 1990 den Themen "Neuere Erkenntnisse in der Familiendiagnostik und -Therapie" sowie "Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen" gewidmet waren.

Als integraler Bestandteil der Weiterbildung wurde ferner die Psychotherapie-Ausbildung bedeutsam ausgebaut. Seit 1988 wurde in Ergänzung der bereits laufenden Seminare über Familientherapie (Frau Dr. B. Buddeberg-Fischer) und Psychoanalyse (Dr. U. Zulauf) neue Seminare über Klientenzentrierte Spieltherapie (Frau Dr. S. von Aster) und Verhaltenstherapie (Frau Dr. C. Hautzinger und Prof. Dr. M. Hautzinger) aufgebaut. Dank des Einsatzes dieser Dozenten und weiterer psychotherapeutischer Mitarbeiter (Dipl. Psych. P. Allemann, Dr. P. Bachmann, Frau Dr. A. Bürki-Fillenz, Dr. K. Kiepenheuer, Frau Dr. A. Merz-Ammann und Dr. H. Reck) im Rahmen der Therapiekontrollen und dank der Finanzierung durch die Gesundheitsdirektion wird den Assistenzärzten in Weiterbildung sowie den therapeutisch tätigen Psychologen und Sozialarbeitern eine kontinuierliche qualifizierte Psychotherapie-Ausbildung und -Supervision geboten. Die Struktur des Ausbildungs-Programms ist in dieser Festschrift ebenfalls dokumentiert.

Mit der Wahl von Professor Steinhausen zum Ordinarius wurde eine grosszügige Zuwendung für den Aufbau einer eigenen Forschungsabteilung verbunden. Nach dem Umzug der Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters in die Schönbühlstrasse 4 konnten die freiwerdenden Räume im Dachgeschoss des Hauses Freiestrasse 16 der Forschung gewidmet werden. Hier haben nach dem Abschluss einer Aufbauphase Projekte in vier Schwerpunktbereichen begonnen. Diese beschäftigen sich mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Epidemiologie, der Evaluationsforschung, der Entwicklungspsychopathologie und der Neuropsychologie. In der Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters unter der Leitung von Professor Herzka liegen die Schwerpunkte seit geraumer Zeit bei der Kinderpsychotherapie-Forschung, audio-visueller Dokumentation, anthropologischen Grundlagen der Kinderpsychopathologie und dem Verlauf von Patienten mit tagesklinischer Behandlung. Details der Forschungsprogramme sind dieser Festschrift aus Kapiteln über den Forschungsbericht und Publikationen zu entnehmen. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass mit dem "Fourth Invitational Meeting of the W.H.O. European Child Psychiatrist's Research Group" unter Leitung von Professor Steinhausen 1991 eine Expertentagung der führenden Forscher der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie erstmalig in Zürich stattfand.

Zu Beginn der neunziger Jahre hat der KJPD Zürich mit Ausnahme des Fehlens einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlungseinheit ein bemerkenswertes Entwicklungsstadium

erreicht. Dank der Bereitstellung neuer Stellen durch die Regierung des Kantons Zürich konnte vor allem der Stellenetat für ärztliche Mitarbeiter erweitert werden. Die Inanspruchnahme des Dienstes hat sich vor allem in den Regionen deutlich gesteigert, während die zunehmende Niederlassung von Spezialärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Stadt Zürich zu einer Stagnation der Zugänge für die Poliklinik geführt hat. Parallel zu diesem Trend hat die Zahl der erbrachten Leistungen deutlich über die Jahre zugenommen, wobei die Problematik der Patienten und ihrer Familien eher schwieriger und komplexer geworden ist. Den daraus resultierenden Anforderungen können nur sorgfältig und qualifiziert ausgebildete Mitarbeiter gerecht werden, welche gleichermaßen engagiert und einfühlsam gegenüber ihrem Patienten und aber zugleich auch kritisch gegenüber wechselnden Zeitströmungen der psychiatrischen Versorgungsmodelle mit Kontinuität und Ausdauer ihrer Aufgabe nachgehen.

Nekrolog auf Professor Dr. Jules Robert Corboz

Hans Kind

Im 69. Altersjahr ist Honorarprofessor Robert Corboz am 14. Juni 1987 nach schwerer Krankheit in Zürich gestorben.

Geboren in Lausanne am 30. Januar 1919 und aufgewachsen in Romont und Fribourg als Sohn des späteren Staatsrates in Fribourg besuchte er dort und in Engelberg das Gymnasium. Das Medizinstudium absolvierte er in Lausanne und Zürich, wo er 1944 mit dem Staatsexamen abschloss. Ein erstes Assistentenjahr absolvierte er 1945/46 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich unter Prof. Manfred Bleuler, wo er auch seine Dissertation über psychische Fehlleistungen in der Rekrutenschule ausarbeitete und 1946 damit zum Dr. med. promovierte. Anschliessend arbeitete er im physiologischen Universitätsinstitut in Fribourg, wo er sich mit hämodynamischen Problemen beschäftigte. Nach einer Weiterbildungszeit in Innerer Medizin in den Kantonsspitalern Zürich und Luzern trat er als Assistenzarzt in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich unter Prof. Jakob Lutz ein, wo er 1952 zum Oberarzt ernannt wurde.

1957 habilitierte er sich mit einer Arbeit unter dem Titel "Die Psychiatrie der Hirntumoren bei Kindern und Jugendlichen". 1966 zum Titularprofessor befördert, erfolgte 1970 die Wahl zum Extraordinarius und 1976 zum Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie, nachdem er schon 1969 als Nachfolger von Prof. Lutz zum Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich gewählt worden ist.

Robert Corboz hat sich um die Kinderpsychiatrie im Kanton Zürich grosse Verdienste erworben. Unter seiner Leitung wurden neue Zweigstellen in Bülach und Dietikon eröffnet. Der Poliklinik konnte eine Therapieabteilung angegliedert und der Mitarbeiterstab erweitert und differenziert werden. Ein besonderes Interesse widmete er dem kantonalen Kinderheim Brüschalde in Männedorf. Mit seiner Wahl zum Lehrstuhlinhaber wurde die Kinderpsychiatrie in den obligatorischen Lehrplan der Medizinstudenten integriert und Prüfungsfach im Staatsexamen. Durch die Gründung einer Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters im Rahmen der kinderpsychiatrischen Poliklinik wurde für die Psychologie- und Pädagogikstudenten der Phil. I Fakultät ein wichtiges Nebenfach eröffnet.

Robert Corboz hinterlässt ein umfangreiches wissenschaftliches Werk. Bleibende Erkenntnisse hat er mit seinen Forschungen über das frühkindliche und juvenile organische

Psychosyndrom (POS) erarbeitet. Das von Manfred Bleuler stammende Konzept des endokrinen Psychosyndroms, d.h. der Wechselwirkungen von endokrinen und Hirnfunktionen, hat er durch eigene wichtige Untersuchungen ergänzt.

Geprägt durch die Jahre des Aktivdienstes im 2. Weltkrieg, war das Engagement in der Armee für Robert Corboz ein wichtiges Anliegen. Zuletzt war er jahrelang im Rang eines Obersten Chef des Wehrpsychologischen Dienstes der Armee. Schon in seiner Dissertation und auch später hat er sich publizistisch mit militärpsychiatrischen und wehrpsychologischen Fragen auseinandergesetzt.

Die Kinderpsychiatrie ist notwendig auf die Zusammenarbeit mit zahlreichen Nachbardisziplinen angewiesen. Durch seine verbindliche Wesensart ist Prof. Corboz der fruchtbare Austausch mit Psychiatern, Psychologen, Pädagogen, Sonderpädagogen und den zahlreichen verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe im Kanton gelungen. Er war Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Fachgesellschaften und hat hier eine wichtige verbindende Funktion zwischen den Sprachgebieten erfüllt. Während Jahren war er Editor oder Coeditor internationaler kinderpsychiatrischer Zeitschriften.

Im Oktober 1964 ist Robert Corboz altershalber in den Ruhestand getreten. Schon einige Jahre früher hatte sich erstmals die schliesslich zum Tode führende bösartige Krankheit bemerkbar gemacht, deren Behandlung nur vorübergehend Erfolg brachte. Nach wenigen Jahren des Ruhestandes, den er mit weiterer wissenschaftlicher und ärztlicher Tätigkeit aktiv gestaltete, zeigten sich neue Krankheitssymptome, die schliesslich zum letzten, geduldig ertragenen Krankenlager führten. Seine Freunde und Mitarbeiter werden ihn als einen liebenswürdigen Menschen, kompetenten Arzt und Wissenschaftler in Erinnerung behalten. Für die Öffentlichkeit bleibt Prof. Corboz einer der bedeutendsten Förderer der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Zürich.

Symposiumsbeiträge vom 6.9.91

Einleitende Anmerkungen zum Symposium

Hans-Christoph Steinhausen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein junges Fach der Medizin. Umso bemerkenswerter ist daher der Tatbestand, dass eine Schweizer Institution dieses Faches auf 70 Jahre eigene Geschichte - noch dazu im 700. Jahr der Schweizer Eidgenossenschaft - zurückblicken kann. Unser Fach befand sich wie viele andere Gebiete der Medizin erst im letzten Jahrhundert auf dem Wege zu einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin. Die über die Zeiten des Mittelalters und der Neuzeit tradierte gesellschaftliche Ausgrenzung der Abweichenden, insbesondere der psychisch Auffälligen und Kranken, hatte an vielen Orten in Europa zum Aufbau von Einrichtungen insbesondere für Geistigbehinderte geführt. So gründete Guggenbühl (1816-1863) hier in der Schweiz eine sog. Kretinenanstalt, wobei er seine Schützlinge auf "die Stufe bürgerlicher Brauchbarkeit" heben wollte und eine Basisbehandlung mit frischer Luft, kräftiger Ernährung, Bädern, Abreibungen und Elektrotherapie entwickelte. Wie wir einem geschichtlichen Abriss unseres Faches von Nissen (1991) entnehmen können, schrieben Guggenbühls Bewunderer der Grossartigkeit der Alpenwelt einen zusätzlichen heilsamen Effekt zu.

Neben diesen langfristig wirksamen Wurzeln in der Heilpädagogik begannen Psychiater in verschiedenen europäischen Ländern im letzten Jahrhundert sich der besonderen psychischen Probleme von Kindern anzunehmen. Diese Entwicklung verbindet sich in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts mit Namen wie Esquirol (1772-1840) in Frankreich, der eine Klassifikation nach den Altersstufen vornahm, wobei er die Imbezillität der Kindheit, die Manie und Monomanie der Jugend, die Depression dem Erwachsenenalter und die Demenz dem Alter zuordnete. In England prägte Prichard (1786-1848) den Begriff der "Moral Insanity", welche sich zur häufigsten Diagnose bei Kindern entwickelte (von Gontard 1988).

Für die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde das Lehrbuch von Griesinger (1817-1868) über die *Pathologie und Therapie der psychischen Erkrankungen* aus dem Jahre 1845 zu einem Meilenstein der Entwicklung. Griesinger, der als der theoretische Begründer einer hirnorganischen Ableitung der Psychopathologie betrachtet werden kann, sah Entwicklungsstörungen als zentrale Ursachen psychischer Störungen im Kindesalter. Diese führte er auf "geweckte oder unterhaltene Hirnreizungen" zurück, welche wiederum durch "zweckwidrige Behandlungen durch falsche Erziehung, Misshandlungen, intellektuelle Überanstrengung, oder Verzärtelung" bedingt seien und "zur Hemmung der psychischen Weiterentwicklung" und damit zu einer "Störung der Ich-Entwicklung" führen könnten (zit.

nach Nissen 1991). Ein ähnlich entwicklungsorientiertes Denken und Systematisieren prägte in Grossbritannien das Lehrbuch von Maudsley (1835-1918) über *The Physiology and Pathology of Mind* aus dem Jahre 1897, wobei zu dieser Zeit die englische Psychiatrie stark von hereditären Faktoren der Ableitung psychischer Störungen bestimmt war (Parry-Jones 1989).

Das erste deutschsprachige Lehrbuch erschien 1887 unter dem Titel *Die psychischen Störungen im Kindesalter* aus der Feder von Hermann Emminghaus (1845-1904). Mit diesem Lehrbuch beginnt die Tradition der Beschreibung einer selbständigen Psychopathologie des Kindesalters, die nicht mehr ausschliesslich aus der des Erwachsenenalters abgeleitet ist. Der Einfluss des Lehrbuchs von Emminghaus ist trotz seiner klaren Darstellung und trotz sehr modern anmutender Elemente wie z.B. die Epidemiologie abnormer geistiger Zustände der Kindheit, die Klassifikation der Psychosen in physische (d.h. hirnorganische) und psychologische Faktoren sowie die Bedeutung von Erziehung und sozialem Umfeld begrenzt geblieben.

Die Tradition der von Hermann Emminghaus begründeten Kinderpsychiatrie hat sodann der ursprünglich ebenfalls deutschsprachig ausgebildete, dann aber in Amerika tätige Leo Kanner mit seinem 1935 erstmalig erschienenen Lehrbuch *Child Psychiatry* fortgesetzt. Eine noch direktere Linie führt aber zu zwei Schweizer Pionieren unseres Faches, zu Moritz Tramer und seinem *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie* und zu Jakob Lutz und seinem erstmalig 1961 erschienenen, wiederholt aufgelegten und in mehrere Sprachen übersetzten Lehrbuch mit dem prägnantesten aller Titel: *Kinderpsychiatrie*. Diese Pioniere haben die Brücken zwischen den Anfängen der Kinderpsychiatrie und der Gegenwart gebildet und es erfüllt uns mit grosser Freude und Dankbarkeit, dass Jakob Lutz anlässlich des 70. Geburtstages des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, den er massgeblich aufgebaut und geprägt hat, einen Festvortrag im Rahmen des Symposiums hält. Dankbar erinnern wir uns zugleich des Wirkens von Robert Corboz, der den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst von 1969 bis 1984 ärztlich leitete.

Literatur

- Gontard von, A. (1988), The Development of Child Psychiatry in the 19th Century Britain, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29, 569-588
- Nissen, G. (1991), Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, *Nervenarzt* 62, 143-147
- Parry-Jones, W.L.I. (1989), Annotation: The history of Child and Adolescent Psychiatry: Its present day relevance, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 3-11

Siebzig Jahre Kinderpsychiatrie in Zürich

Jakob Lutz

*Nur wer weiss, was war,
versteht, was ist.*

Am 6. Juli 1921 ist das Kantonale Kinderhaus Stephansburg in Zürich als kinderpsychiatrische Beobachtungsstation eröffnet worden. Damit trat das neue Spezialfach in der Schweiz zum ersten Mal offiziell in Erscheinung. Der Ruf nach einer solchen Station kam von zwei Seiten. Einmal suchten die stadtzürcherischen Kinder- und Jugendfürsorgebehörden schon vor 1910 nach Hilfe für die immer grösseren und häufigeren Schwierigkeiten ihrer Schutzbefohlenen. Man wandte sich zunächst an die 1911 eröffnete Poliklinik für psychisch kranke Erwachsene. Gleich schon im Eröffnungsjahr meldete diese, dass mehr als ein Viertel ihrer Patienten jünger als 15 Jahre alt seien. Gleichzeitig wurde in den Jahresberichten der psychiatrischen Klinik des Burghölzli jener Zeit der Umstand bemängelt, dass Kinder und Jugendliche, deren psychischer Zustand eine klinische Unterbringung verlangten, zusammen mit erwachsenen Geisteskranken gepflegt werden müssten wegen des Fehlens einer Kinderstation. - Die 1912 in Olten gegründete Stiftung *Pro Juventute* schaffte eine erste Abhilfe durch die Eröffnung einer "Vorstation" für fünf Kinder an der Südstrasse 78 in Zürich 8, im Jahre 1917.

Prof. Hans W. Maier, damals Oberarzt am Burghölzli unter Eugen Bleuler, kommt das Verdienst zu, die Idee einer psychiatrischen Kinderstation in der Stephansburg mit 25 Plätzen realisiert zu haben. Er organisierte sie von Anfang an nicht als klinische Abteilung, sondern als ein zwar ärztlich geführtes, jedoch mit pädagogischem Personal arbeitendes Kinderheim mit eigener Schule. Dieses Konzept von H.W. Maier hat den zürcherischen Vorstellungen und Umständen gut entsprochen und sich bis heute bewährt. Ebenso stand von Anfang an im Mittelpunkt der Arbeit die Hilfe für das kranke Kind und seine mit ihm leidende Umwelt.

Die *Stephansburg*, auf einem kleinen Geländesporn des bewaldeten Burghölzlihügels gelegen, mit schöner Aussicht auf Stadt und See, wurde 1843/44 von einem Privatmann Konrad Steffan aus Wädenswil als Landgasthaus erbaut und bald weiterverkauft. Im Jahre 1860 erwarb der Kanton Zürich das Grundstück mit viel Nachbarland zusammen in der Absicht, in jenem Gebiet die kant. Nervenheilstation Burghölzli zu bauen (Eröffnung 1.7.1870). Die Stephansburg wurde als Wirtshaus verpachtet, 1883 auf Veranlassung von A. Forel, dem damaligen Direktor des Burghölzli, endgültig für psychiatrische Zwecke reserviert. Die

Kinderstation war dort von 1921-44 untergebracht. Im Oktober 44 konnte sie in das baulich erheblich günstigere ehemalige Waisenhaus Männedorf - nun als *Kantonales Kinderheim Brüsshalde* - verlegt werden, wo sie sich, 1958 durch ein kleines Schulhaus und eine Therapiestation erweitert, heute noch befindet.

Die Vorgeschichte der Stephansburg ist weder ritterlich noch klösterlich. Die erste Urkunde stammt aus dem Jahre 1230; sie meldet, dass an jenem Orte eine "Hochwacht" stand, von der aus die Stadt im Hinblick auf Feuersbrünste und die Umgebung auf andere Ereignisse beobachtet werden sollte. Im 15./16. Jahrhundert wird von einer Biberlinburg berichtet; heute fehlen Spuren und genauere Nachrichten von ihr. 1799 baute der napoleonische Oberbefehlshaber Massena am gleichen Platz einen kleinen Verteidigungsstützpunkt, von welchem heute ebenfalls keine Spuren mehr vorhanden sind.

Die 1911 eingeführten ambulanten Kinderuntersuchungen wurden nach 1921 zunächst noch in der Stephansburg durchgeführt. 1932 verlegte man sie in die leistungsfähige *Psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche* an der Kantonsschulstrasse 1 und 1955 an den heutigen Standort, die Freiestrasse 15. Bei der überwiegenden, ständig wachsenden Zahl der angemeldeten Kinder genügten stundenmässige Abklärungen. Deswegen erfolgte der Ausbau auf dem poliklinischen Sektor, und zwar nicht in der Stadt, sondern auf dem Land in Form von *Zweigstellen*, die man mit den Bezirksjugendsekretariaten koordinierte. Man begann 1947 in Rüti, dann folgten Winterthur, Horgen und Uster, später noch andere. So waren Jugendfürsorge und Kinderpsychiatrie in Zusammenarbeit verbunden. - Nachdem H. Hanselmann 1924 in Zürich das heilpädagogische Seminar (HPS) eröffnet hatte und sich die Heilpädagogen zur Mitarbeit zusammenfanden, war das Dreier-Team der Spezialisten für Kindernöte vollständig: für die ganze Fürsorge, für Schulung, Sonderschulung und Sondererziehung und für alle gesundheitlichen, resp. Fragen der körperlichen und psychischen Erkrankungen. Diese Untersuchungs- und Behandlungsmethode hat sich bewährt; sie gleicht der nordamerikanischen Child Guidance Clinic.

Der Initiative von Heinz Herzka ist der Aufbau einer weiteren kinderpsychiatrischen Aktivität zu verdanken: 1975 konnte eine *Tagesklinik* eröffnet werden, welche Kindern mit besonders gelagerten Problemen besser angepasste Hilfe bietet; 1975 organisierte er im Zusammenhang mit seiner Vorlesungstätigkeit an der Universität die *Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters*.

Diese beiden Arbeitsbereiche bilden administrativ mit Poliklinik, Zweigstellen und Beobachtungsstation den *Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich*.

Die Entwicklung der Zürcher Kinderpsychiatrie ist als ein Teil derjenigen Mitteleuropas zu betrachten; sie ist gleichzeitig - zu Beginn des 20. Jahrhunderts - und überall auf gleichem Niveau

aufgetreten: es fehlte ein grundlegendes Wissen. Zwar wurden früher schon auffallende Kinder beschrieben, z.B. Victor de l'Aveyron durch Jean Itard (1801-1806) in Paris; Kaspar Hauser (1812-1832) durch Daumer und v. Feuerbach in Nürnberg; vom 14. Jahrhundert an über 50 Wolfs- resp. Wildkinder. 1840 gründete der Zürcher Arzt Guggenbühl auf dem Abendberg bei Interlaken die erste Anstalt für Behinderte (Cretine). Aber was in der Erwachsenen-Psychiatrie von ca. 1800 an (Pinel in Frankreich) beobachtet werden konnte, stellte sich auf kinderpsychiatrischem Feld 100 Jahre später ein, nämlich der Durchbruch der naturwissenschaftlichen Methoden in Forschung und Praxis. Echte Vorläufer waren in Frankreich Esquirol (1772-1840) und in Deutschland Emminghaus (1845-1904). Im neuen Jahrhundert erwachte endlich das Interesse am neuen Wissensgebiet und breitete sich rasch aus, so auch in Zürich, wie es in der Einleitung dargestellt worden ist. Hier entstand 1921 nicht die erste, aber eine der frühen kinderpsychiatrischen Beobachtungsstationen in Europa.

Die Spezialisten, die sich in die neue Sparte einarbeiten wollten, befanden sich alle in der gleichen Pioniersituation. Fast alle standen in Neuland; nur wenige besaßen genügende Vorkenntnisse. Dies hiess aber auch, dass fast allen die gleiche Chance offen stand: Welcher Anreiz für die Arbeit wie für das naturwissenschaftliche Denken! Wie von selbst kam es zum Austausch. Wir besuchten uns gegenseitig, lernten von den Resultaten der Kollegen. Die Begegnungen brachten nicht nur die fachlichen Bereicherungen, sondern führten zu manchen besten Freundschaften, was sich bald als bedeutungsvoll erwies. - Mit den Jahren wuchs die Kinderpsychiatrie als Lehre heran; die Krankheitsbilder wurden immer reichhaltiger beschrieben. 1928 erschien das erste massgebliche deutschsprachige Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters von August Homburger. Leo Kanner's berühmte *Child Psychiatry* kam 1935 heraus.

Nach achtzehn Jahren ihres Bestandes in Zürich wurde die nicht mehr wegzudenkende und menschlich so erfreuliche Zusammenarbeit durch den Ausbruch des zweiten Weltkrieges jäh unterbrochen. Während der folgenden sechs Kriegsjahre wurde die kinderpsychiatrische Arbeit schwer beeinträchtigt, der Austausch fast unmöglich. Nur die Leiden "unserer" Kinder in den kriegführenden Ländern steigerten sich von Jahr zu Jahr.

Mit dem Kriegsende 1945 erwuchs uns Schweizern - nicht nur den Zürchern - eine beglückende Aufgabe: Wir durften mithelfen bei der Versöhnung und dem Wiederaufbau. Unsere grenzüberschreitenden früheren Freundschaften traten sofort wieder in Aktion und wurden zu wahren Friedensbrücken. Sie erleichterten jenen, die sich lange Jahre feindlich gegenüber zu stehen hatten, sich wieder friedlich zu begegnen und viel Schlimmes, das sie sich hatten antun müssen, zu überwinden. Sie trafen sich mit uns in Magglingen, im Eranoshaus in Ascona. Wir schlossen uns zusammen, gründeten miteinander die europäische, später die internationale Gesellschaft für Kinderpsychiatrie. Heuyer (Frankreich), Villinger (Deutschland) und Tramer

(Schweiz) waren die Exponenten; wir führten für sie die Geschäfte. Die Freunde dankten; uns bedrückte, dass nicht mehr und grössere Hilfe möglich war.

Moritz Tramer (1882-1963) war unser Bester; geboren in ärmlichen Verhältnissen, nahe der alten polnisch-österreichisch-ungarischen Grenze, wanderte er als Jugendlicher in die Schweiz aus, wo er nach der Matura an der ETH Zürich und in Bern Physik und Mathematik studierte. Er schloss darin ab und arbeitete einige Zeit praktisch, wechselte dann zur Medizin hinüber und schloss auch sie ab (1915). Nach einem Jahr neurologischer Arbeit bei C. von Monakow wandte er sich endgültig der Psychiatrie zu und leitete bis zu seiner Pensionierung die kantonale psychiatrische Klinik Solothurn. Gleichzeitig, eindeutig seiner inneren Bestimmung folgend, interessierten ihn von Anfang an die kranken Kinder: Er dozierte über sie im heilpädagogischen Seminar Zürich seit dessen Eröffnung, baute die Beobachtungsstation Gotthelfhaus Biberist, gründete die Zeitschrift für Kinderpsychiatrie und gab 1942 sein Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie heraus. Er wurde der auch international anerkannte Meister der schweizerischen Kinderpsychiatrie und war unser hochgebildeter, feinempfindender väterlicher Kollege.

Das Kriegsende 1945 brachte auch für unsere Arbeit eine deutliche Wende. Zunächst war die schon erwähnte Dislokation der Beobachtungsstation im Herbst 1944 aus der Stephansburg in die Brüsshalde vollzogen worden. Dies brachte manche äussere Vorteile. Aber auch unsere Stellung innerhalb der europäischen Disziplin hatte sich verändert. Trotz der schweren Kriegsschäden hatten sich die Nachbarländer relativ rasch erholt. Sie machten einen grossen Genesungsprozess durch. Nicht nur bei ihnen, sondern auch in Holland, Schweden, vor allem auch in England und den USA sprosssten neue Ideen und traten z.T. hochbegabte Persönlichkeiten unseres Faches auf. Wir gaben unsere frühere Position in der Pionierstaffette weitgehend an die vielen neuen Arbeitsgruppen ab, suchten unseren Standort eigenständig zu modifizieren und fanden erweiterten Kontakt und unser Proprium in neuen Vorstellungen und Impulsen.

Der Pionierzeit folgte nun die Phase des inneren Ausbaus, der Vertiefung, zunächst die frühere fortsetzend, mit den gleichen Grundsätzen, die Untersuchungs- und Behandlungsmethodik beständig ausbauend. Die Anregungen flossen aus dem unerschöpflichen Quell der Beschwerden, unter welchen unsere Patienten litten. Wir hielten auch an dem Grundsatz fest, unsere Mitarbeiter frei zu lassen in der Wahl eigener Themen, die sie sich neben der Alltagsaufgabe stellten. Die Methode brachte Früchte, weil sich tüchtige Interessenten für verschiedene Themen einfanden. So durfte unsere langjährige Psychologin Maria Linder für die bedeutende Arbeit, welche sie mit unseren Legasthenie-Patienten geleistet hatte, die Ehrenpromotion der Phil. I-Fakultät unserer Universität entgegennehmen. Heinz Herzka gelang von diesen Voraussetzungen ausgehend, wie schon dargestellt, der Aufbau der Tagesklinik und der Abteilung für Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Diese Erweiterungen un-

seres Dienstes konnten 1973 und 1975 durchgeführt werden, nachdem 1968 Robert Corboz die Leitung übernommen hatte; seinem Vorgänger - dem Autor - war sie fast vier Jahrzehnte vorher, 1929, anvertraut worden. Unser zu früh verstorbener guter Freund hatte die Zügel mit neuem Schwung in die Hand genommen, die Organisation besser fundiert und ausgebaut, die Entwicklung gefördert, z.B. weitere Zweigstellen errichtet und den kinderpsychiatrischen Unterricht für die Medizinstudenten eingeführt. Seine wissenschaftlichen Interessen beschlugen fast alle Gebiete des Faches. Schwergewichte legte er auf psychosomatische Fragen, dann auf Grundsätzliches wie z.B. das Phänomen der Entwicklung als Ganzes in Norm und Störung, dargestellt am essentiellen Infantilismus oder an Eigenheiten der Lebensläufe, die er auch von Doktoranden bearbeiten liess. Seine Ernennung zum Ordinarius belegt seine Tüchtigkeit.

Wollte man sich ein Bild seines Wesens als Leiter unseres Dienstes machen, dürfte man es nicht nur aufbauen aus ihm als ärztlichem und wissenschaftlichen Menschen. Würde man Tramer als Initianten, als Mentor sehen, so würde er als Innenarchitekt nicht nur der Zürcher, sondern weitgehend auch der schweizerischen Kinderpsychiatrie zu bezeichnen sein. Seine Konzilianz und sprachliche Gewandtheit verbanden ihn mit vielen in- und ausländischen Menschen. So kam es, dass man ihn auch aus dem Ausland immer wieder um seinen Rat bat, der sich durch wohlwollende Besonnenheit auszeichnete. Seine Fähigkeit, klar und gestrafft zu urteilen und sich eindeutig zu entscheiden, kamen ihm zugute im Rahmen von militärischen Aufgaben, die ihm zu lösen mitaufgetragen waren.

Die in den Nachkriegsjahren verfolgte Arbeitsrichtung wurde natürlicherweise einmal bestimmt durch die schon angetönte Vielfalt der Probleme unserer Patienten. Sodann war die kinderpsychiatrische Lehre fortlaufend an der Hochschule zu vertreten wie in der Praxis anzuwenden. Beides sicherte das fruchtbare Gedeihen der Arbeit, nämlich die Erweiterung der Kenntnisse wie der praktischen Erfahrung. Aus der Vielzahl der Anregungen wurden verschiedene herausgehoben und zu Schwerpunkten unseres Interesses gemacht. Die Darstellung einiger solcher Themen mag den Charakter unserer Tätigkeit ein wenig beleuchten. Dabei soll vorausgeschickt werden, dass einzelne der alten Themen dank der Grosszügigkeit R. Corboz's bis weit in seine Amtszeit hinein verfolgt werden konnten.

Der schon in den dreissiger Jahren erfolgte Auftrag zur psychiatrischen Betreuung schwer geistig behinderter Kinder in einem Heim, in welchem sie bis zu ihrem Lebensende bleiben können, im heutigen Wagerenhof in Uster, ermöglichte uns eine über Jahrzehnte ausgedehnte Beobachtung der Lebensläufe dieser Patienten. Die Feststellung, dass es sich bei ihnen trotz schwerster Missbildungen, Deformierungen und entsprechender geistiger Beschränkungen um voll zu nehmende Menschen handelt, liess uns die Frage der damals in erheblichem Ausmasse

praktizierten Euthanasie eindeutig abklären. Mit der Frage der eigentlichen Therapie gelang dies nur teilweise. Selbstverständlich sollen alle Förderungsmöglichkeiten gesucht und genützt werden. Was aber sollte mit den Schwerstbetroffenen geschehen, denen eine Besserung, geschweige eine Heilung versagt war, die jedoch - verständnisvoll gepflegt - oft eine ruhige, zufriedene, oft sogar heitere Ausgeglichenheit erlangen, einen Zustand geduldigen Hinhaltens, eines offenen Abwartens, als wäre dies ihre gewiss ungewohnt anmutende Form des auf dieser Welt anzustrebenden und tatsächlich auch erreichbaren Lebenszieles. Dieser Zustand ist im Pflegeheim täglich so oft zu beobachten, dass die anfänglich fremdartige Vermutung zusehends mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnt, ja zur Gewissheit wird. Die Therapie der scheinbar Refraktären kann sich in zwei Aufträgen konkretisieren: in lückenloser Behebung der vollständigen Hilflosigkeit des Kranken, sodann in der Vermittlung seiner ungestörten Hingabe an dieses geheimnisvolle Warten. Und unsere Heilmittel heissen als erstes eine mitempfindende, hingebende umsichtige Pflege mit dem Ziel seines Wohlbehagens und, in dieses eingebaut, eine sorgfältig weckende Ansprache der zugänglichen Sinnesorgane. Die Anwendung dieser Mittel kann schon lange da und dort von opferbereiten, liebevollen Pflegerinnen gelernt werden!

Einen grossen Eindruck und fruchtbare Anregungen vermittelten uns die Begegnung und Freundschaft mit Leo Kanner und Hans Asperger, denen ungefähr zur gleichen Zeit (1943/44) die Entdeckung und die erste Beschreibung der früh-autistischen Kinder gelungen war. Die Ansichten der beiden gingen zwar auseinander und entwickelten sich auf ihre Weise weiter, aber sie liessen anderen Formulierungen, u.a. auch der unsrigen, den nötigen Freiraum. Wir hielten eine Ich-Entwicklungsstörung für den Autismus verantwortlich.

Diese Annahme erfuhr durch die Forschungen von Christian Scharfetter (Zürich) auf dem Gebiet der Ich-Psychopathologie bei schizophrenen Menschen neue Impulse. Der Autor schildert in Übereinstimmung mit Manfred Bleuler den Beginn einer schizophrenen Psychose beim Erwachsenen als einen Zusammenbruch des Ich, als Absturz desselben in das uns alle bedrohende Chaos. - Das Bild der autistischen Erkrankung hebt sich von diesem katastrophalen Geschehen deutlich ab. Der Untersucher steht beim Autisten nicht vor einem Ich-Zusammenbruch, sondern vor einem ausgebliebenen Aufbau dieses zentralen seelischen Wesenskerns. - In der Annahme der Richtigkeit dieser Vorstellung wurden erste langfristige Versuche mit einigen autistischen Kindern in der Therapiestation der Brüschalde eingeleitet. Sie erhielten Waldorfunterricht mit Eurhythmie, später andernorts langjährig fortgesetzt. Die Resultate sind ermutigend, aber noch nicht befriedigend.

Bis heute ist der kinderpsychiatrischen Forschung mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden noch nicht gelungen, die Probleme der Schwerstbehinderten und

Früh-Autistischen allgemeingültig zu erklären und entsprechende therapeutische Vorschläge zu machen. Die Kranken sind weitgehend durchuntersucht, ihr äusserer Psycho- und Körperstatus ist bekannt. Aber wir sind noch nicht in ihr Wesen eingedrungen. Wir befinden uns vor einer ungewohnt hohen und wichtigen Schwelle. Es scheint, als bereite sich hinter ihr eine neue, die dritte Entwicklungsphase der Zürcher Kinderpsychiatrie vor. In der ersten, der Pionierzeit vor dem zweiten Weltkrieg, erfolgte die Entdeckung der kindlichen Erkrankungsformen; im zweiten Abschnitt, nach dem Krieg, konnten das Entdeckte in der Kinder- Psychopathologie geordnet und die äusseren Organisationen aufgebaut werden. Die heutige Problematik fordert uns auf aussergewöhnliche Art heraus. Wir können nicht erwarten, die Lösung auf den üblichen Wegen zu finden. Was sich uns heute entgegenstellt, markiert den Übergang in ein Feld mit einer ganz veränderten Thematik: zu einem nicht nur äusserlich erweiterten, sondern in innere, noch unbekannte Zusammenhänge vorstossenden Verständnis. Wir haben uns vorzubereiten, dass es sich jetzt nicht um das kranke Kind, sondern um die Persönlichkeit des Kinderpsychiaters handelt, der neue Voraussetzungen für Forschung und Therapie sucht. Die zu überwindende, blockierende hohe Schwelle liegt in ihm selbst. Ob ihm der Sprung hinüber gelingen wird, hängt davon ab, wie ernsthaft er fähig und willens ist, entscheidende, jedoch mühsam zu erringende Fortschritte in seiner Ausbildung zu machen.

Was in den vergangenen siebzig Jahren angesichts schwieriger Situationen schon wiederholt eingetreten ist, begegnet uns auch heute wieder: der zeitweise bedrängten Kinderpsychiatrie traten immer wieder im richtigen Zeitpunkt die angemessenen Hilfen zur Seite. So haben sich in den letzten Jahren gleich mehrere Persönlichkeiten in unserer Umgebung zusammengefunden, deren Denken und praktisches Wirken für uns besonders aktuell geworden sind und vorbildlichen Charakter angenommen haben. Sie sprechen aus und leben uns vor, als wäre es vereinbart worden, wie fruchtbares Forschen eingeleitet und begünstigt wird.

Wir beginnen mit Prof. Dr. med. Frank Nager, Internist und Zürcher Fakultätsmitglied. Er schildert in seinem 1990 erschienenen Buch "Der heilkundige Dichter" - es geht um Goethe - nicht nur dessen Krankheiten, sondern mehr noch, aus welcher Sicht sein besonderer Patient - es war "der Menschheit Genius" - seinen gesundheitlichen Störungen begegnete und sie verarbeitete: exakt das Kleine, ebenso genau das grosse Ganze beobachtend, immer von weisheitsvollen Überlegungen über Welt, Mensch und Leben ausgehend, von Vorstellungen, denen Heilkräfte innewohnen! Nager hält u.a. folgende derselben fest: das Wissen um die alles Leben bedingenden Entwicklungsimpulse ("der Mensch sei nichts, aber er werde alles"), sodann deren Metamorphosen in Auf- und Ab- und neuem Aufbau ("... und so lang du das nicht hast, dieses stirb und werde ..") und weiter die künstlerischen und moralischen Kräfte im Menschen. Das Buch strahlt Entwicklungskräfte und -mut aus. Für unser Vorhaben gilt, diese zu wecken und auszunützen im Interesse unserer Persönlichkeitsvertiefung.

Prof. Dr. med. Manfred Bleuler, Direktor der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli von 1941-69, immer der beste Freund der Kinderpsychiatrie, bereicherte die Methodik der psychiatrischen Forschung und Therapie auf eine andere Weise. Ihm gelang eine bedeutende Vertiefung des Kontaktes mit seinen geisteskranken Patienten, eine grössere Nähe zu deren Schicksal, die ihm aussergewöhnliche Einsichten vermittelte. Er beschreibt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie, dass Geisteskranke nicht nur nach naturwissenschaftlich-unpersönlichen Gesichtspunkten untersucht werden dürfen, sondern als "unsere Brüder" aufgefasst, "gleichen Wesens mit uns" in unserer Sorge stehen und wir in "tätiger Gemeinschaft", als beste Grundlage für alle Therapie, mit ihnen verbunden sein sollen.

Prof. Dr. med. Christian Scharfetter, von der Forschungsabteilung des Burghölzli in Zürich und Bleuler-Schüler, weist uns die gleiche Richtung, in eine grössere Nähe zum Kranken. Er bedient sich dabei eines Bildes der biblischen Passionsgeschichte: Er vergleicht den Therapeuten des schizophrenen Erkrankten mit Simon von Kyrene, dem Kreuzträger-Helfer und schreibt dazu: "Man kann das Kreuz nicht abnehmen; aber man kann tragen helfen."

Wer sich als Arzt seinem Kranken gegenüber verhält wie ein Bruder und wer wie Simon von Kyrene das Schicksalskreuz des ihm Anvertrauten erkennt und sich als Mittragender einsetzt, tut dies aus christlich-karitativer Mitempfindung. Dem suchenden Kinderpsychiater wird nicht entgehen, dass die beiden Kollegen sich auf dem Wege zu einer geläuterten, neu orientierten ärztlichen Haltung befinden, die sie tief in das Wesen der Kranken und deren Leiden hat eindringen lassen.

Der gleiche Weg kann den in seiner Selbstentwicklung Aktiven zum "Selbstlos-Selbstsein" (eine Formulierung Rudolf Steiner's) und zu Hilfsbereitschaft und Güte führen, wie Goethe sich ausdrückt, also zu hohen charakterlichen Tugenden.

Zum Kreis der drei genannten Helfer gehören viele Kollegen in anderen Kliniken, vor allem im Burghölzli und im Kinderspital, in anderen Fakultäten der beiden Hochschulen, weitere Persönlichkeiten ausserhalb derselben, die im humanistischen Sinne das Gute und Edle vertreten. Sodann sind es speziell die Sozialarbeiter, die mit ihren wärmenden Impulsen des Erbarmens der Not und dem Chaos entgegenwirken: Sie alle unterstützen die Ideale der Kinderpsychiatrie, deren Vertreter ermutigend und bereichernd. Diese registrieren ebenso dankbar das Verständnis der Behörden und die Anerkennung der Bevölkerung für die Hilfe, die sie durch unseren Dienst erfährt.

Jede sich entfaltende Institution erhält Existenz und Leben durch ihre Mitarbeiter; durch deren Tätigkeit gewinnt sie Gehalt und Wachstum. Die Entfaltung führt sie immer wieder an Schwellen, die den fortlaufenden Gang aufhalten und die Tätigen zur Besinnung mahnen. In Zürich stand man mehrmals an solchen Schwellen. Jedesmal gelang es, die Hürde zu nehmen, sei es durch sachliche Massnahmen, oder solche, die sich mehr auf die Kinder oder die mit ihnen Beschäftigten bezogen. Die heute skizzierte wird zur Stufe des Fortschrittes nicht nur durch

die Arbeit an den konventionellen Programmen, sondern ebenso sehr - aequo loco - durch die angedeutete Vertiefung und Erweiterung der Mitarbeiter-Ausbildung.

Wie unserer festlichen Jubiläumsdarstellung angemessen ist, begann sie mit der Rückschau auf das "Knospstadium" in der Stephansburg und ist jetzt bei der aktuellen Gegenwart angelangt. Um solide Grundlagen für eine Vorausschau zu gewinnen, kehrten wir zum "Stamm", zum Burghölzli zurück und fanden dort zukunftsweisende hohe Gesinnungen, viel, wohl das Entscheidende versprechend und keimbereit. Sie gehören in den grösseren Strom der allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung unserer Zeit, zur Individuation. Diese ihrerseits ist im Burghölzli mit-beheimatet durch Carl Gustav Jung (1875-1961), der von 1900-1909, von 1905 an als Oberarzt, in der Klinik tätig war und als bedeutendster Förderer der Entwicklungslehre des Individuums in unserem Jahrhundert gilt.

Jetzt nicht mehr nur vor, sondern auf der wichtigen Schwelle stehend und im Bewusstsein tragend die helfenden Hinweise - als wären es vier Zürcher Patengeschenke - ist unser Blick frei geworden. Wir sehen weit über die lokalen Interessen der Kinderpsychiatrie hinaus, als "immer strebend sich Bemühende" finden wir uns vor neuen ungewohnten Aufträgen, die z.T. wegen Hemmungen und Vorurteilen zunächst nur schwer in unsere Interessenssphäre hereinzubringen sein werden. Erst recht gilt es, sich an die neuen Forderungen heran zu arbeiten und sie fruchtbar werden zu lassen. Ein alter Spruch mag uns ermuntern: Sapere aude - wage zu wissen, von Schiller gesteigert übersetzt: Erkühne dich, weise zu sein! Wer zögert, dem bleiben noch manche Geheimnisse verschleiert. Wer die muterheischenden Schritte tut, wird neue Antworten bekommen. Einige erste Aufhellungen wird er dann als neues Frührot zu deuten wagen dürfen.

Literatur

- Nager, F. (1990), Der heilkundige Dichter, Goethe und die Medizin. Zürich und München: Artemis Verlag.
- Bleuler, E. (1983), Lehrbuch der Psychiatrie, neubearbeitet von Manfred Bleuler, Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Scharfetter, C. (1990), Schizophrene Menschen. München: Psychologie Verlags Union.

Perspektiven der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hans-Christoph Steinhausen

Nach der Würdigung von 70 Jahren Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Jakob Lutz, dem kraft seiner Gründerfunktion und seines langjährigen Wirkens in Zürich diese Aufgabe gebührt, möchte ich mit meinem Beitrag Entwicklungslinien aufzeigen, die mit unserem Fach hier in Zürich verbunden sind, teilweise aber auch über unsere Tätigkeit an diesem Ort hinausreichen. Dabei möchte ich die Vergangenheit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, die sich mir mehrheitlich nur indirekt in seinen Zeugnissen erschliesst, nur punktuell noch einmal anreissen, um anschliessend eher aktuelle und zum Teil auch zukünftige Aufgaben anzusprechen.

Dieser Aufgabenstellung gemäss werde ich hier zu drei Themenbereichen Stellung nehmen. Ein erster beschäftigt sich ebenfalls mit dem historischen Werden und Wandel der Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie, indem ich frage, ob und wie sich die versorgte Klientel über die Zeit verändert hat. Sodann werde ich zweitens die aktuellen Versorgungskonzepte der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein umreissen, um anschliessend zu fragen, welche Konsequenzen für die weitere Planung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Zürich zu ziehen sind. Schliesslich werde ich drittens versuchen, mögliche zukünftige Entwicklungen unseres Faches zu skizzieren, indem ich Aufgabenbereiche einer auf die Praxis gerichteten Forschung vorstelle, die sich aus aktuellen Prozessen ergeben.

Zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klientel

Ein mehrere Jahrzehnte zurückreichendes Archiv von Krankengeschichten ist nicht nur eine umfangreiche Sammlung von Zeugnissen menschlicher Probleme, Sorgen, Nöte und psychischer Störungen. Es spiegelt vielmehr auch, manchmal eher zwischen den Zeilen, die offiziell wenig registrierte Alltagsgeschichte vergangener Zeiten wider. Dem aufmerksamen Leser erschliessen sich andere Lebenswelten und Bedingungen, unter denen Kinder heranwuchsen und die auf ihre Weise zur Ausbildung von Störungen und Abweichungen im Entwicklungsprozess beitrugen. Bei der Lektüre dieser Dokumente stellen sich eine Vielzahl von Fragen ein, wie z.B.: lebten Kinder früher nicht nur unter anderen äusseren Bedingungen, sondern hatten sie auch andere Erlebnis- und Ausdruckswelten, haben sich die Bilder der psychischen Störungen

verändert und sind in diesem Gestaltwandel andere Bedingungs-elemente hinzugetreten oder haben sich vielleicht weniger die auffälligen Kinder als vielmehr die Betrachtungsweisen der Kinder- und Jugendpsychiatrie verändert, die ebenfalls epochalen Veränderungen unterliegen?

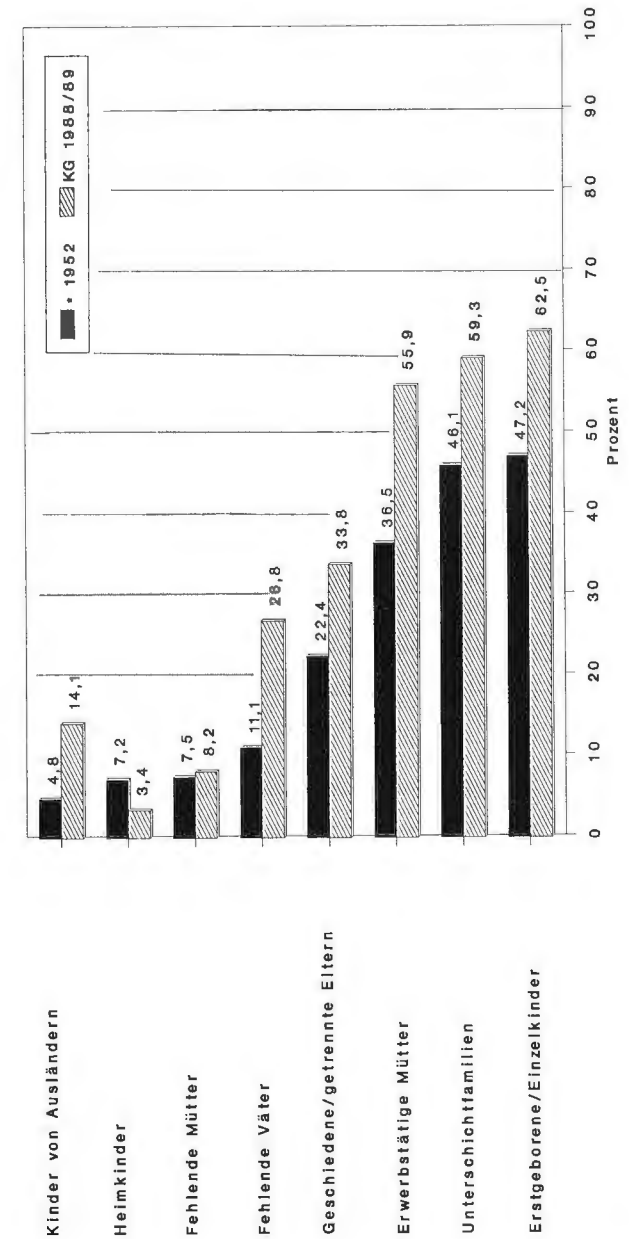
Angeregt von dem Konzept der Entwicklungspsychopathologie, die u.a. nach der Kontinuität und Diskontinuität von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen über die Lebensspanne fragt, haben wir in einem Forschungsschwerpunkt begonnen, den Reichtum unseres Krankengeschichten-Archivs für die Beantwortung eines Teils dieser Fragen zu nutzen.* Wegen einer gleichzeitig laufenden Studie über den Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, welche in Kooperation mit Professor Jules Angst auf der Basis einer epidemiologischen Kohortenstudie erfolgt, haben wir uns auf alle Kinder des Geburtsjahrganges 1952 zentriert, die jemals im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) Zürich vorgestellt worden waren. Die Krankengeschichten dieser Kinder und Jugendlichen haben wir identifiziert und in einer spezifischen Weise aufbereitet: Wir sind mit einer aktuellen Konzeption kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen und ihrer psychosozialen Umstände an dieses umfangreiche Material herangetreten und haben dieses Raster unter Einschluss soziodemographischer Daten über die alten Krankengeschichten gelegt. Auf diese Weise konnten wir bei fast 600 Kindern einen Datensatz erheben, der nicht nur die Probleme dieser Kinder in der Zeit der fünfziger und frühen sechziger Jahre dokumentiert, sondern auch Vergleiche mit der Gegenwart, d.h. den Problemen von Kindern, Jugendlichen und Familien in unserer Zeit ermöglicht. Zum Vergleich zogen wir die Daten sämtlicher Kinder heran, die 1988 und 1989 im KJPD Zürich neu vorgestellt worden waren. Diese fast 1300 Kinder waren hinsichtlich der Altersverteilung mit den 600 Kindern des Geburtsjahrganges 1952 praktisch identisch.

Diese Vorgehensweise gestattet uns Einblicke in den Wandel unserer Klientel und damit unseres Aufgabengebietes über beinahe drei Dekaden bzw. die Spanne einer Generation. Aus dem reichhaltigen, bisher keineswegs vollständig ausgeschöpften Material an Daten möchte ich hier drei Aspekte herausgreifen: Erstens einige soziodemographische Merkmale, welche gesellschaftliche Veränderung reflektieren. Zweitens das Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen als Dokument eines sich möglicherweise vollziehenden Gestaltwandels der Morbidität und drittens das psychosoziale Umfeld als Indikator für eine sich möglicherweise ändernde Struktur wichtiger Bedingungs-elemente für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen.

Ein Blick auf Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Klientel des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Zürich innerhalb einer Generation beträchtliche Veränderungen erfahren hat. Wir sehen demgemäss heute deutlich mehr Kinder aus Ausländerfamilien, hinge-

* An diesem Projekt sind die Doktoranden Frau Drexler, Frau Kaiser, Herr Canziani, Herr Forster, Herr Michel, Herr Moretti und Herr Schmid sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter Dr. M. Reitzle beteiligt

Abb. 1: Soziodemographische Merkmale



gen weniger Heimkinder als vor etwa dreissig Jahren. Während der Anteil von Kindern, die zum Zeitpunkt ihrer Vorstellung im KJPD ohne Mutter in der Familie aufwuchsen, nur sehr diskret zugenommen hat, ist der Anteil von Kindern, die ohne Väter leben, geradezu dramatisch angestiegen. Hinter diesen Zahlen verbergen sich nicht nur die getrennten und geschiedenen Ehen, sondern zusätzlich auch noch Elternschaften, bei denen die Partner nie zusammen gelebt haben. Damit wird der Unterschied des Anstiegs der Rate fehlender Väter zu der geschiedener und getrennter Eltern erklärt. Die zunehmende Erwerbstätigkeit der Mütter ist vornehmlich durch eine Zunahme von Teilzeitbeschäftigungen bedingt, während die Zahl ganztätig berufstätiger Mütter in beiden Epochen recht ähnlich ist. Schliesslich hat die Zahl der Kinder aus Unterschichtverhältnissen und die der Erstgeborenen und Einzelkinder beträchtlich zugenommen.

Dieser Einblick in die Soziodemographie unserer Klientel in zwei Epochen macht verschiedene Trends deutlich. Einerseits ergeben sich Umschichtungen in der Inanspruchnahme einiger Risikogruppen - z.B. mehr Ausländerkinder und weniger Heimkinder - und andererseits wird der tiefgreifende gesellschaftliche Strukturwandel der Familie deutlich. Der Anteil inkompletter, durch Scheidung zerrütteter Familien hat beträchtlich zugenommen. Auch andere bekannte Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern wie die Zugehörigkeit zur Unterschicht oder der Status eines Erstgeborenen bzw. Einzelkindes haben zugenommen. Natürlich sind viele dieser Bedingungen untereinander verknüpft. So schafft beispielsweise erst die Verbindung von Scheidung, Erwerbstätigkeit der Mutter und begrenzten materiellen und erzieherischen Ressourcen der Unterschicht eine Situation, in der das Risiko in eine manifeste Beeinträchtigung des Kindes umschlägt. Oder es verbinden sich die mangelnde erzieherische Erfahrung und Kompetenz von jungen Eltern und die Situation des Erstgeborenen zu einem Risikoelement, das bei zusätzlichen Belastungen pathogen wird. Andererseits repräsentieren einige Zahlen möglicherweise nur ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten, in dem die Schwelle für die Konsultation des KJPD für Ausländer- und Unterschichtfamilien niedriger geworden ist. Letztlich machen diese Zahlen deutlich, wie sehr sich unsere Klientel parallel und im Einklang mit der sie umgebenden Gesellschaft verändert, die in ihrem Strukturwandel offensichtlich auch eine andere Einstellung zur Psychiatrie gefunden hat.

Wenn wir unseren Epochenvergleich nun in einem weiteren Schritt auf die Art der psychischen Störungen ausweiten, so ergibt sich das folgende in Tabelle 1 dargestellte Bild. Hier wird zunächst einmal eine gewisse Konstanz hinsichtlich der Häufigkeit einer Reihe von Störungen sichtbar: Die Frequenz der organischen Psychosyndrome hat leicht abgenommen, während die Zahlen für Schizophrenien, Angststörungen, affektive Störungen, Zwangsstörungen und die kindheitsspezifischen emotionalen Störungen über die Zeit insgesamt recht stabil geblieben sind. Deutlich zugenommen haben hingegen die Raten für Anpassungsstörungen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und gemischt emotional-

Tabelle 1: Diagnosen im Vergleich

	* 1952 %	KG 1988/89 %
Organische Psychosyndrome	8.3	6.1
Schizophrenien	0.2	0.7
Angststörungen	3.3	3.7
Affektive Störungen	3.2	3.1
Zwangsstörungen	0.7	0.3
Kindheitsspezifische emotionale Störungen	16.5	15.4
Anpassungsstörungen	1.7	7.4
Essstörungen (Anorexie u. Bulimie)	0.7	1.4
Somatoforme Störungen	1.7	1.2
Hyperkinetische Störungen	5.2	6.4
Störungen des Sozialverhaltens	8.2	13.6
Emotional/dissoziale Störungen	13.9	19.8
Tics	4.7	2.2
Enuresis	22.0	6.9
Enkopresis	5.5	2.5
Schlafstörungen	10.4	4.3
Stereotypien	4.0	0.5
Stottern/Poltern	6.3	1.9
Bindungsstörungen	12.4	2.8
Autistische Syndrome	1.2	0.3
Sprachentwicklungsstörung	9.7	10.8
Motorische Entwicklungsstörung	1.8	7.6
Lese-Rechtschreibschwäche	7.3	5.0
Rechenstörung	0.8	1.5
Andere Lernstörungen	2.3	6.9

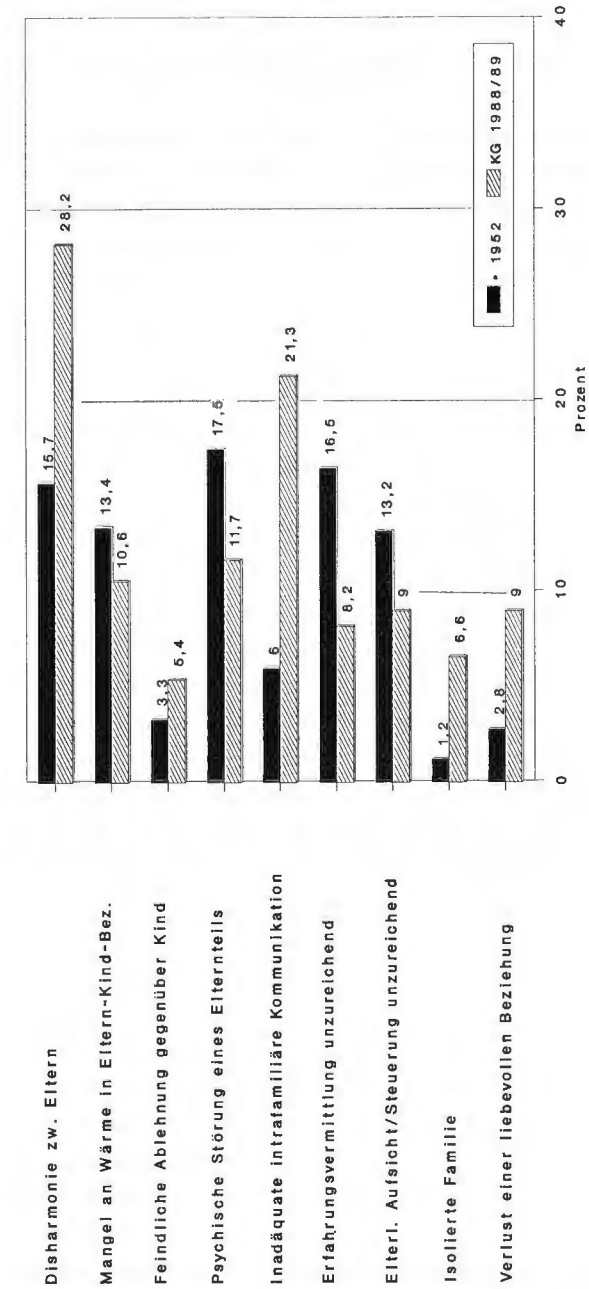
soziale Störungen. Diese Zunahme wird den Kundigen wenig überraschen. Sind es doch sämtlich Störungen, bei denen der Bezug zu einer Zunahme von Belastungsfaktoren aus der psychosozialen Umwelt offenkundig ist. Nicht nur die bereits dargestellten Veränderungen soziodemographischer Faktoren, sondern auch noch zu berichtende spezifischere Elemente des unmittelbaren psychosozialen Kontextes können hier zur Erklärung herangezogen werden.

Der Zusammenstellung in Tabelle 1 können aber auch eine Reihe von deutlichen Häufigkeitsabnahmen für psychische Störungen im epochalen Vergleich entnommen werden: Dies gilt vor allem für eine Reihe einfacher psychischer Störungen mit körperlicher Symptomatik wie Tics, Enuresis, Enkopresis, Schlafstörungen, Stereotypien sowie Stottern und Poltern, aber auch für die schwereren Bindungsstörungen und die autistischen Syndrome. Ein Teil dieser Rückgänge dürfte keine echten Morbiditätsveränderungen sondern eher Veränderungen der Versorgungsstruktur widerspiegeln. Viele dieser Störungen werden heute zunehmend von andern Berufsgruppen versorgt und nicht mehr dem KJPD im gleichen Umfang wie früher zugewiesen. So fühlen sich z.B. Pädiater für die Behandlung von Enuresis, Enkopresis, Schlafstörungen oder auch Tics kompetent, während sie Kinder mit Sprechstörungen direkt den Logopäden zuweisen. Die Abnahme der Stereotypien in unserer Klientel dürfte ebenso schwerpunktmässig auf den bedauerlichen Umstand zurückgehen, dass Geistigbehinderte oder Autisten immer weniger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesehen werden, während die tatsächliche Prävalenz sich kaum geändert haben dürfte. Der beträchtliche Rückgang hinsichtlich der Bindungsstörungen ist sicherlich zentral durch den bereits beschriebenen Prozess erklärt, dass im Vergleich zu früher heute weniger Heimkinder im Dienst vorgestellt werden.

Schliesslich werden beim Vergleich der Häufigkeiten der Entwicklungsstörungen in Tabelle 1 neben konstanten Raten für die Sprachentwicklungsverzögerungen und einem leichten Rückgang der Lese- Rechtschreibschwächen insgesamt eher Zunahmen für andere Störungen sichtbar. Hier dürften unterschiedliche Bedingungelemente wirksam sein. Hinter der hohen Rate motorischer Entwicklungsverzögerungen könnte sich ein zunehmend kritischerer Umgang mit der zu breiten Kategorie des psychoorganischen Syndroms verbergen. Ein Teilelement für die Zunahme der Kategorie "andere Lernstörungen" könnte auch eine inkompatible und zu breite Definition sein. Aber auch hier lässt sich nicht ausschliessen, dass ein tatsächlich anderes Inanspruchnahmeverhalten bedeutsam ist: Eltern und Erzieher sind heute dank eines besseren Informationsstandes sensibler für Entwicklungsabweichungen geworden und haben weniger Schwellenängste, Hilfen in einer Institution wie dem KJPD in Anspruch zu nehmen.

Dieser Vergleich über drei Jahrzehnte hinweg soll mit einem Schlaglicht auf das psychosoziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen abgeschlossen werden. Abbildung 2 vereinigt einige ausgewählte Merkmale. Hier lässt sich ablesen, dass wiederum eine Reihe die Entwicklung gefährdender Bedingungen wie Dysharmonie zwischen den Eltern, feindliche

Abb. 2: Psychosoziales Umfeld im Vergleich



Ablehnung gegenüber dem Kind, isolierte Familie oder Verlust bedeutsamer Beziehungen insgesamt deutlich zugenommen haben. Hier finden wir also die Korrelate einiger der soziodemographischen Veränderungen, die bereits eingangs erwähnt wurden. Andererseits hat interessanterweise eine Reihe von eher defizitären Kennzeichen des psychosozialen Umfeldes über die Zeit abgenommen. Dies betrifft den Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, psychische Störungen eines Elternteils, eine Erziehung mit unzureichender Erfahrungsvermittlung sowie unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung. Obwohl wir das differentielle Muster dieser einzelnen Faktoren bei verschiedenen Störungen noch nicht hinlänglich analysiert haben, lässt sich doch eine gewisse Korrespondenz vermuten. So gehen die externalisierten Störungen des Kindes- und Jugendalters, die wir als eine Zunahme von dissozialen Störungen beobachtet haben, wahrscheinlich eher mit einem Familienklima von Dysharmonie, Ablehnung und auch Verusterfahrungen von Beziehungen und damit wiederum mit Scheidung und Trennung einher.

Andererseits ist das rückläufige Ausmass an Defizitelementen des psychosozialen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen wahrscheinlich weniger auf einzelne Störungen bezogen, sondern eher ein allgemein wirksamer Faktor. Der gesellschaftliche Wandel mit einer stärkeren Psychologisierung der Alltagspädagogik und damit einem höheren Erziehungsbewusstsein der heute lebenden Eltern dürfte auch an unserer Klientel Spuren hinterlassen haben. Die geringere aktuelle Ausprägung hinsichtlich der Faktoren der emotionalen Wärme in den Beziehungen, der unzureichenden Erfahrungsvermittlung und der Mangel an Aufsicht und Steuerung korrespondiert im übrigen auch gut mit dem Eindruck von emotionaler Kargheit und Anregungsdefiziten, die sich bei der Lektüre der Krankengeschichten aus den fünfziger und frühen sechziger Jahren beim Leser einstellen. Ein wahrscheinlich eher den Wandel des psychiatrisch-psychologischen Denkens reflektierender Faktor dürfte schliesslich die stärkste Veränderung über die Zeit, nämlich die hinsichtlich einer inadäquaten intrafamiliären Kommunikation darstellen. Dieses erst in den siebziger Jahren entwickelte Konstrukt war mitsamt seinem positiven Beitrag zum Verständnis von Familienwelten wie auch seinen ideologischen Verzerrungen und theoretischen Verirrungen den Klinikern vor einer Generation noch nicht bekannt. Trotz der Tatsache, dass dieser Fokus der Diagnostik also damals noch nicht bestand, ist der Umstand bemerkenswert, dass unsere Untersucher der Gegenwart durchaus entsprechende Muster in den alten Krankengeschichten identifizieren konnten. Dies bestätigt aber nur noch einmal die Annahme, dass sich möglicherweise weniger die Objekte der Psychiatrie als ihre Betrachtungsweisen über die Zeit verändern.

Zur Konzeption der Versorgung

In diesem zweiten Schwerpunkt meiner Darstellung sollen zunächst die Struktur, Aufgaben und

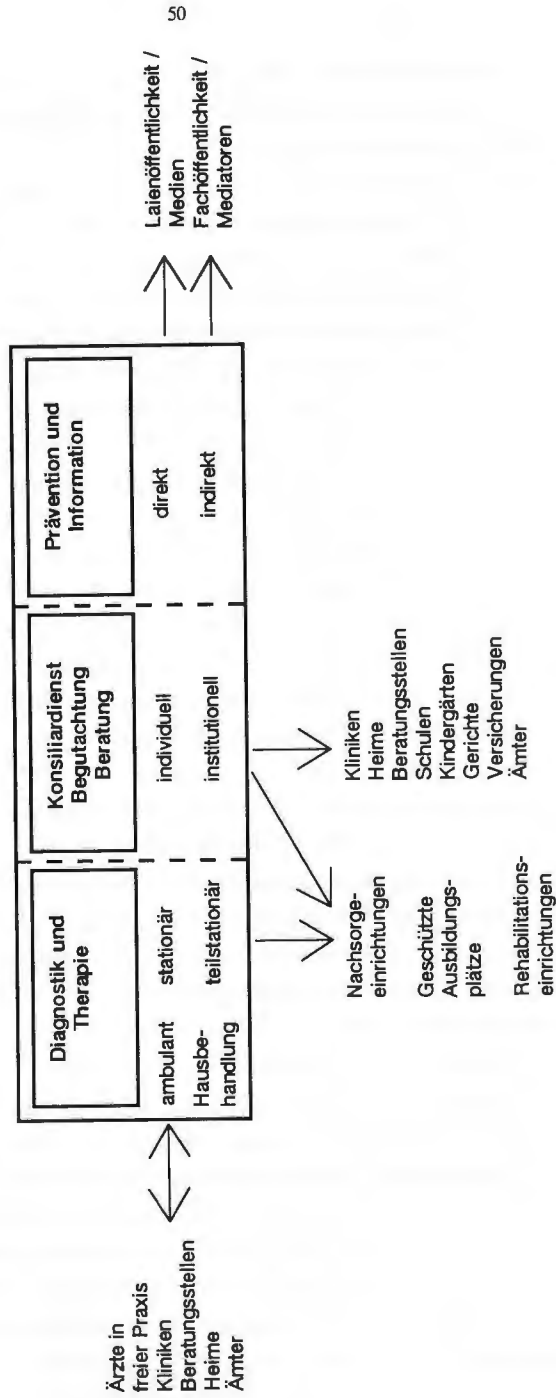
Ziele eines kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems skizziert werden, um anschliessend den Stand und die Entwicklungsnotwendigkeiten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Zürich darzulegen.

Die durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu versorgende Klientel betrifft in der Regel das Alter von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr, d.h. etwas 20-25 % der Bevölkerung. Sowohl die Altersspanne wie auch die Vielfalt der in diesem Entwicklungsabschnitt anzutreffenden Probleme machen ein breit differenziertes Versorgungsangebot erforderlich. In ihm sollen die Probleme des schlafgestörten Säuglings ebenso wie die der Nachsorge des jugendlichen Schizophrenen, des Vorschulkindes nach Ehescheidung wie des Behinderten mit einer progressiven Erkrankung, des Bettnässers wie des Autisten, des Schulleistungsversagers wie des sprachentwicklungsverzögerten Kindes und dies alles jeweils in einem spezifischen Umfeld und Entwicklungskontext kompetent angegangen werden. Schon dieser kurze Abriss eines kleinen Teils von Problemen macht deutlich, dass sowohl strukturelle wie inhaltliche Differenzierungen von Versorgungsleistungen eine unabdingbare Voraussetzung wirkungsvoller Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind.

In Abbildung 3 ist ein Versuch unternommen, sowohl die Binnenelemente dieses Versorgungssystems anzugeben als auch die jeweiligen relevanten Bezugsgruppen und Institutionen zu benennen, mit denen die Zusammenarbeit schwerpunktmässig erfolgt. Es werden drei Aufgabenbereiche unterschieden, unter denen die Diagnostik und Therapie eindeutig überwiegen. Gleichwohl bilden der Konsiliardienst zusammen mit Begutachtung und Beratung gerade in einem flächendeckenden öffentlichen Dienst einen beträchtlichen Schwerpunkt und verbinden sich auch mit der Prävention und Information Ziele, die sich über Weiter- und Fortbildung sowohl an die Fach- wie auch an die Laienöffentlichkeit richten. Angesichts der Dominanz der ersten beiden Schwerpunkte und der noch begrenzten Erkenntnisse über gezielte und zugleich wirksame spezifische Primärprävention muss jedoch eingeräumt werden, dass hinsichtlich Anspruch und Wirklichkeit der präventiven Bemühungen nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gewisser Widerspruch ertragen werden muss.

Sowohl Diagnostik wie Therapie beziehen sich jeweils auf körperlich-biologische wie auch auf psychologische und soziale Ebenen. In der Diagnostik stehen also - je nach Fragestellung in individuell unterschiedlicher Kombination - z.B. die neurologische Untersuchung, bildgebende Verfahren der modernen Computertechnologie oder biochemische Analysen neben der Testuntersuchung, der Exploration, der gezielten Beobachtung und neben der Erfassung der Interaktion in Familie, Schule und unter Gleichaltrigen. In ähnlicher Weise lassen sich die auf der Diagnostik aufbauenden therapeutischen Interventionen als körperbezogen wie z.B. im Fall der psychomotorischen Übungsbehandlung oder der Pharmakotherapie, als individuumsbezogen wie in der Spiel- oder Verhaltenstherapie und als auf soziale Gruppen

Abbildung 3:
Das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem



bezogen wie in der Gruppen- oder Familientherapie betrachten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss also über ein reichhaltiges Arsenal diagnostischer und therapeutischer Ansätze und damit unterschiedlich qualifizierter Mitarbeiter verfügen, wenn sie ihren Aufgaben gerecht werden will. Sie läuft andererseits Gefahr, bei einseitiger schulgebundener Orientierung und ideologischer Fixierung wesentliche Anteile ihres Versorgungsauftrages nicht zu erfüllen. Zugleich würde sie damit auch ihre einzigartige interdisziplinäre Arbeitsorganisation gefährden.

Mit den drei Ebenen der Diagnostik und Therapie ist jedoch noch nicht das Setting beschrieben, in dem Diagnostik und Therapie stattfinden. Wie Abbildung 3 entnommen werden kann, muss ein vollständiges Versorgungssystem vier Modalitäten berücksichtigen: ambulante, stationäre und teilstationäre Diagnostik und Therapie sowie die Hausbehandlung. Der Schwerpunkt der Diagnostik und Therapie liegt bis etwa 80 % der Leistungen zweifellos im ambulanten Sektor, wobei eine dezentrale gemeindenahere Versorgung anzustreben ist. Für die stationäre Diagnostik und Therapie sind drei Aufnahmekriterien von zentraler Bedeutung: Die Komplexität und der Schweregrad der Störung, die Selbst- und Fremdgefährdung von Patienten sowie die Auflösung bzw. Unterbrechung pathogener Interaktionen in einer jeweils bedeutsamen psychosozialen Umwelt. Beispiele sind etwa eine bedrohliche körperliche Entwicklung bei der Anorexia nervosa, Suizidalität, psychotische Realitätsentfremdungen, Schulphobien oder Deprivations- und Verwahrlosungszustände. Die stationäre Behandlung schafft Möglichkeiten für intensive therapeutische Massnahmen, sie kann Familien entlasten und sie bietet Ansätze besonderer Art für das soziale Lernen. Andererseits geht sie mit einer nicht immer wünschenswerten Trennung von der Familie einher.

Von dieser Kontaktreduktion sind teilstationäre Behandlungsformen nicht betroffen, zumal im Fall der Tagesklinik die Patienten abends in die Familie zurückkehren und Nachtambulanten tagsüber in ihrer gewohnten Lebensumwelt verbleiben. Tagesklinisch behandelte Kinder haben weniger Trennungserfahrungen zu verarbeiten und profitieren zugleich von der Dichte therapeutischer Massnahmen und der Breite sozialer Lernangebote. Zugleich bietet sich die Chance, kontinuierlich und in hoher Frequenz an einem Transfer von Therapieergebnissen auf das natürliche Umfeld zu arbeiten. Die tagesklinische Behandlung ist besonders bei schweren Entwicklungsverzögerungen und Defiziten, komplexen Störungen mit Bedarf an ergänzenden Therapieformen für verschiedene Interventionsebenen sowie Langzeittherapien und Rehabilitationen indiziert. Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger häufig anzutreffenden Nachtambulanten können z.B. bei der Behandlung von Schlafstörungen oder besonders bei der Rehabilitation jugendlicher Schizophrener hilfreich sein.

Schliesslich ist die Hausbehandlung - das sogenannte Home-Treatment - eine in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst ansatzweise praktizierte Behandlungsmodalität, die seit den achtziger Jahren auch erst allmählich in das Bewusstsein der Fachöffentlichkeit gerückt wurde.

Sie macht sich die Forderung zu eigen, Störungen im jeweiligen natürlichen Umfeld anzugehen und entfernt sich damit deutlich von allen traditionellen Formen ambulanten, stationären und teilstationären Arbeitens. Immer dann, wenn die Mitarbeit von Eltern, Lehrern oder Kindergärtnerinnen als Co-Therapeuten oder Therapiemediatoren wichtig ist, stellt sich die Frage nach dem Home-Treatment. Indikationen können z.B. die Intensivtherapie bei der nächtlichen Enuresis, Elterntrainings bei hyperkinetischen Kindern oder auch sehr fokussierte familientherapeutische Interventionen unter Einbezug jeweils spezifischer sozialer Bezugspersonen und -gruppen sein. Home-Treatment ist sicherlich nicht die zentrale Alternative zu andern Behandlungsansätzen, sondern braucht neben differenzierter Planung meist interdisziplinäre Kooperation und häufig als Vorläuferphase die stationäre oder teilstationäre Behandlung. Um wirkungsvoll zu sein, bedarf das Home-Treatment des erfahrenen interdisziplinären Teams und kann von daher kaum vom niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater allein realisiert werden.

Die Patienten, die der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Ärzten in freier Praxis, Kliniken, Beratungsstellen, Heimen und Ämtern zu Diagnostik und Therapie zugewiesen werden, fliessen zum Teil diesen Institutionen und Personen wieder zurück. Klinische Zentren der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind also in hohem Masse mit diesen Bereichen kinder- und jugendpsychiatrischer Primärversorgung vernetzt. Andererseits bedürfen Langzeitpatienten und Schwerkranke spezieller Nachsorgeprogramme, die in tertiären Einrichtungen mit häufig rehabilitativem Charakter langfristig realisiert werden können. Hier kommt der Kinder- und Jugendpsychiatrie neben der Zuweisung von Patienten auch die konsiliarische Mitarbeit, die Begutachtung und die Beratung zu. Damit sind wir bei einem zweiten Schwerpunkt, der gerade für grössere Zentren der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung kennzeichnend ist.

Die Leistungen in diesem Bereich richten sich nicht nur auf die Probleme und Fragen einzelner Individuen, sondern sie können auch den institutionellen Rahmen betreffen. Die Liste der Institutionen, mit denen sich diese Kooperation vollzieht, ist beträchtlich und kann Abbildung 3 entnommen werden. Beispiele für diese Form von Tätigkeit sind die Konsiliardienstleistung für einen pädiatrischen Patienten und seine Familie, denen Hilfestellungen nach der Manifestation eines Diabetes mellitus gegeben werden müssen, die Begutachtung im Rahmen eines Sorgerechtsverfahrens nach Scheidung oder die Beratung einer Schule, in der nach einer Zunahme von Drogenproblemen nun ein Programm der Drogenprävention zur Diskussion steht. Gerade an dem letzten Beispiel wird der fließende Übergang von Beratung zu Prävention deutlich, die ein letztes Tätigkeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausmacht, wobei auch hier im extramuralen Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die interdisziplinäre Kooperation von grosser Wichtigkeit ist. Direkte und primäre Präventionsarbeit in der Öffentlichkeit unter eventueller Einschaltung der Medien braucht interdisziplinäre

Expertenteams, sorgfältig geplante Programme und kommt ohne wissenschaftliche Evaluation nicht aus, wenn sie ihre anspruchsvollen Ziele einlösen will.

Wenn wir nun das Wagnis unternehmen, den aktuellen Entwicklungsstand des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Zürich als des Zentrums der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton an diesen Zielen und Aufgaben eines umfassenden Versorgungssystems zu messen, so ist zunächst einmal festzustellen, dass viele Ziele erreicht sind. Der KJPD Zürich ist nicht nur eines der grössten europäischen Versorgungssysteme unseres Faches, sondern in seiner gemeindenahen dezentralen Struktur, also in seiner Bevölkerungsnähe, ferner in seiner personellen Ausstattung, seiner Förderung durch politische und administrative Entscheidungsträger und schliesslich auch in der Vielfalt lokaler und überregionaler Kooperationen beispielhaft. Er verfügt dank einer weitsichtigen Planung und frühzeitigen Realisierung über ein Netz ambulant tätiger Zweig- und Regionalstellen mit jeweils interdisziplinär zusammengesetzten Teams und lokalen Kooperationen. Im stationären und tagesklinischen Bereich können für Kinder bis zum Alter von dreizehn Jahren langfristige Therapien in Verbindung mit intensiver Heilpädagogik realisiert werden. Ebenso werden auf vielen Ebenen Leistungen in den Bereichen von Konsiliardienst, Begutachtung und Beratung erbracht. Immer wieder werden auch Bemühungen unternommen, präventive Arbeit und Informationsvermittlung für bestimmte Zielgruppen der Fach- und Laienöffentlichkeit zu erbringen. Der Umfang der Leistungen ist also beträchtlich, zumal vielfältige Interventionsmöglichkeiten verfügbar sind.

Gleichwohl kann anlässlich eines siebzigjährigen Jubiläums der Blick nicht nur voller Zufriedenheit auf das Erreichte gerichtet werden, sondern es müssen auch die Lücken im Versorgungssystem aufgezeigt werden. Diese betreffen in erster Linie - Eingeweihte wird die Priorität nicht überraschen - das Fehlen einer stationären Behandlungseinheit für Kriseninterventionen und Therapien von kurz- und mittelfristiger Dauer bei schwerkranken bzw. gefährdeten Patienten. Hierzu zählen angesichts der typischen Verteilung von schweren Krankheiten und Störungen unseres Faches vor allem Jugendliche, die bei Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Zwangssyndromen, dekompensierenden Essstörungen - um nur einige Beispiele zu nennen - dringend einer kompetenten stationären Intensivbehandlung bedürfen. Aber auch die Gefährdung durch Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung oder die mangelnde Realisierbarkeit ambulanter Therapien bei Kindern lassen die stationäre Behandlung als unverzichtbar erscheinen. Die Fehlplatzierungen dieser Patienten in Einrichtungen, die ihnen bei allem Einsatz nicht voll gerecht werden können, die Notwendigkeit des Ausweichens in andere Regionen oder schliesslich das Vorenthalten kompetenter Therapie stellen ein bedauerliches Defizit unserer Versorgungsmöglichkeiten im Kanton Zürich dar.

Im Interesse, diese Lücke zu schliessen, und aus meiner ärztlichen Gesamtverantwortung für diesen Dienst richte ich daher an die politisch Verantwortlichen, an die Fachleute und die interessierte Öffentlichkeit den dringenden Appell, den KJPD Zürich in seinem Bemühen zu unterstützen, eine stationäre Einheit für die Versorgung schwerkranker, gestörter und gefährdeter Kinder und vor allem Jugendlicher aufzubauen. Lassen Sie es nicht zu, dass ideologische Polemik, fachfremde Besserwisserei oder das Profilierungsbedürfnis einzelner Individuen und Gruppen einer Öffentlichkeit, die sich immer nur begrenzt informieren kann, vorgaukeln, dass dieses Element der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung verzichtbar sei! Verhindern Sie mit Ihren Möglichkeiten und Ihrem Einsatz, dass die Not der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien, denen schon seit geraumer Zeit und immer noch anhaltend nicht den Möglichkeiten unseres Faches entsprechend geholfen werden kann, nicht unnötig verlängert wird!

Ich will diese Anmerkungen zu den Lücken unseres Versorgungssystems nicht beenden, ohne auch hier deutlich zu machen, dass der KJPD Zürich auch von innen heraus Bemühungen unternehmen muss, spezifisch zugeschnittene Angebote für bestimmte Risikogruppen und Klientele zu erweitern, aufzubauen oder nur zu reinstitutionalisieren. Dies betrifft z.B. die grosse Gruppe der Behinderten, der in ihren Entwicklung verzögerten Kinder, der chronisch kranken Kinder oder der Ausländerkinder, um nur einige Schwerpunkte zu nennen. Diese Aktivitäten müssen parallel zum Aufbau einer stationären Einheit und in Verbindung mit dem Aufbau bzw. der konsiliarischen Betreuung von Nachsorgeeinrichtungen gehen. Gerade die Realisierung einer Station für Jugendliche wird die Ausweitung der Therapiekette unter Einschluss der poststationären Langzeitrehabilitation unabdingbar machen. Mit diesen Bemerkungen zur Agenda des Ausbaus des KJPD Zürich möchte ich mich nun abschliessend meinem dritten Themenschwerpunkt zuwenden.

Zu den aktuellen Aufgaben einer praxisbezogenen Forschung

Kinder- und jugendpsychiatrische Forschung ist angewandte Forschung, die einen grossen Teil ihrer Grundlagen und Methoden aus den Bio- und Sozialwissenschaften entlehnt und zugleich in Entsprechung zu ihrer Versorgungs- und Dienstleistungspraxis tatsächlich interdisziplinär organisiert ist. Klinisch ohnehin kein Gewächshaus für die Züchtung seltener Orchideen, sondern eher eine kräftige Wiese mit zahlreichen bunten Blumen, ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf diesen Austausch mit den angrenzenden Fächern essentiell angewiesen. Dazu gehören neben den traditionellen Elternfiguren Pädiatrie und Psychiatrie vor allem der Kontakt zu Psychologie, Soziologie und Pädagogik auf der einen sowie den verschiedenen neurobiologischen Disziplinen auf der anderen Seite. Dieser Austausch hat sich zum Vorteil der Entwicklung des Faches wie in anderen Bereichen der Universität und der Forschung zune-

hend international organisiert. Im folgenden sollen - angeregt durch die internationale Diskussion (National Institute of Mental Health, 1990; Remschmidt und Schmidt 1989) - einige Gedanken zu den Schwerpunkten einer auf die Praxis bezogenen Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgetragen werden. Diese beziehen sich schwerpunktmässig (1) auf die Konzeptualisierung und Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, (2) auf Ursachen und Bedingungelemente sowie schliesslich (3) auf Interventionen.

Die Vorstellung, welche Störungen und Krankheitsbilder unser Fach begründen, hat sich in den letzten Jahrzehnten der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutsam verändert. Unter dem Einfluss vielfältiger wissenschaftlicher Untersuchungen haben sich Klassifikationen im Sinne wissenschaftlicher Ordnungssysteme herausgebildet, die in gewisser Hinsicht einen klaren Bruch mit der Vergangenheit darstellen. Im Vordergrund der Ableitung von Klassifikationen stehen nämlich nicht mehr primär induktiv gewonnene Klassen von Diagnosen mit zweifelhafter Gültigkeit, sondern empirisch abgeleitete Klassifikationsschemata, welche die Frage der Begründung einer jeweiligen Diagnose nicht über die Definition, sondern über Merkmale wie Familiencharakteristika, biologische Faktoren, Geschlechtsverteilung, Alter bei Beginn der Symptomatik, Ansprechen auf Behandlungsmassnahmen und Verlauf beantworten (vgl. Steinhausen 1988, 1990).

Versucht man die gegenwärtig empirisch gut begründeten Klassen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen noch einmal auf einer Hintergrundebene zusammenzufassen, so handelt es sich im wesentlichen um vier Hauptgruppen: internalisierte Störungen wie Angst und Depression, externalisierte Störungen wie Dissozialität oder das Hyperkinetische Syndrom, Entwicklungsstörungen wie die geistige Behinderung, der frühkindliche Autismus oder spezifische Entwicklungsstörungen und schliesslich psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik wie z. B. Essstörungen oder Störungen der Ausscheidung. Obwohl hier eine Klasse explizit als Entwicklungsstörungen bezeichnet wird, gilt für das Verständnis kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen generell, dass sie jeweils in einem Entwicklungskontext im Sinne der sog. Entwicklungspsychopathologie gesehen werden müssen.

Die Weiterentwicklung von Klassifikationssystemen wird in der Zukunft neben speziell entworfenen Studien sehr von der Anlage von Datenbanken profitieren, die in grossen Versorgungseinrichtungen angelegt worden sind oder in Zukunft entstehen werden. Im Rahmen derartiger Projekte liessen sich eine Reihe weiterer praktisch relevanter Fragen untersuchen, wie z. B. (1) die Beziehung von Symptomen und Beeinträchtigungen, (2) die Dauer verschiedener Störungen, (3) die Abgrenzung ähnlicher Störungsbilder (wie z. B. das Hyperkinetische Syndrom und dissoziale Störungen) und (4) die sog. Komorbidität, d.h. das gleichzeitige Auftreten verschiedener Störungen jeweils vor dem Hintergrund der beteiligten Faktoren.

Mit der Frage nach der Klassifikation kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen ist zugleich die nach der angemessenen Erfassung, d.h. der Untersuchung und Diagnostik verknüpft. Da viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungen auf der Ebene von auffälligen Symptomen und Verhaltensweisen bzw. ihrer Verknüpfung auf der Syndromebene angesiedelt sind und weniger nach dem Modell eines naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriffes begründet sind, stellt sich die grundsätzliche Frage, welches Verhalten eigentlich abnorm ist. Theoretisch können hier Kriterien wie Entwicklungsunangemessenheit, Ausmass und Intensität der Störung, Beeinträchtigung von Entwicklung und Handlungskompetenz u.a.m. bei der Abgrenzung helfen. Klinisch-praktisch stellt sich dann anschliessend die Frage, wie die jeweilige Störung beim Kind und Jugendlichen objektiv und zuverlässig erfasst werden kann. Hier ergibt sich erneut eine Schnittstelle, an der deutlich wird, dass Ergebnisse der Forschung unmittelbar praxisbedeutsam sind.

So hat der Fortschritt der Forschung die Praxis mit einer Vielzahl von diagnostischen Verfahren für die Psychopathologie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen versehen, die neben der schon lange etablierten psychologischen Testdiagnostik einen wesentlichen Baustein einer objektiven und zuverlässigen Befunderhebung darstellen. Hierzu zählen die verschiedenen Beurteilungsskalen - z. B. für emotionale, dissoziale und hyperkinetische Störungen, für Tics und für Essstörungen u.a.m. (vgl. Steinhausen, 1988) - ebenso wie strukturierte Interviews, mit denen die gesamte Bandbreite von Störungen im Kindes- und Jugendalter erfasst und zugleich auch systematisch verarbeitet werden kann. Wenngleich die praktische Verwertbarkeit von Beurteilungsskalen im Vergleich zu der von strukturierten Interviews noch höher eingestuft werden muss, weil letztere für die Beurteilung einzelner Probleme sich als zu wenig flexibel erweisen können, sind beide Verfahren heute aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeiten in der Praxis nicht mehr wegzudenken.

Zugleich verbinden sich mit der Fortentwicklung dieses Ansatzes eine Reihe neuer Aufgaben für die Forschung. Diese betreffen beispielsweise folgende Fragen: (1) welche Faktoren beeinflussen die Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten, (2) warum stimmen verschiedene Beurteiler wie die Eltern und das Kind selbst so wenig überein, (3) wie können die Schwierigkeiten bei der Beurteilung junger Kinder überwunden werden und vor allem (4) wie können die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie typischerweise vielfachen Informationsquellen gerade bei unterschiedlichen Aussagen ausgewertet und integriert werden? Für die zuletzt angesprochene Frage könnten sich folgende Strategien anbieten: (a) jede Information über Auffälligkeiten findet unabhängig von der Quelle Berücksichtigung, (b) der Bericht des Kindes hat hinsichtlich innerer Befindlichkeiten und Stimmungen Priorität, während der Bericht der Eltern vornehmlich hinsichtlich der Verhaltensweisen des Kindes Berücksichtigung findet, (c) jegliche Hierarchisierung von Urteilen wird vermieden und stattdessen ein Vertrauensintervall auf der Basis der Übereinstimmung festgelegt und (d) Störungen werden als

informationsspezifisch betrachtet, und verschiedene Informationen und Quellen werden nicht zu einer Diagnose zusammengefasst. Die Vor- und Nachteile dieser verschiedenen Vorgehensweisen bedürfen einer systematischen Erforschung. Nach diesen Anmerkungen zur Konzeptualisierung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen werde ich mich nun dem zweiten Komplex über Ursachen und Bedingungsselemente zuwenden.

Das für die Ursachenforschung und -beschreibung leitende Modell der Ätiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mehrdimensional angelegt, wobei vier Faktoren mit unterschiedlicher Wertigkeit bei einzelnen Störungen und Patienten bedeutsam sind: (1) biologische Faktoren, (2) psychosoziale Faktoren, (3) soziokulturelle Faktoren und (4) aktuelle Lebensumstände bzw. situative Faktoren (vgl. Steinhausen, 1988). Dieses integrierte biopsychosoziale Modell nimmt für eine kleine Anzahl von Störungen biologische Vulnerabilitäten an, die im Zusammentreffen mit psychosozialen Risikofaktoren zur Manifestation von psychischen Störungen führen, während die Mehrzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen zentral auf psychosoziale Faktoren im Entwicklungsprozess zurückgeführt wird.

Dabei ist die Kontinuitäts-Diskontinuitätsdimension in zweifacher Hinsicht bedeutsam (Rutter, 1986). Störungen können sowohl kontinuierlich eine Ausdehnung normalen Verhaltens sein wie sich kontinuierlich über die Zeit erstrecken und z. B. Vorläufer von Störungen im Erwachsenenalter sein bzw. im Sinne der Diskontinuität diese beiden Bedingungen nicht erfüllen. In dieser entwicklungspsychopathologischen Konzeption wird frühen Risikofaktoren, schützenden Faktoren, Verläufen und der Variabilität der Phänomene in Abhängigkeit vom Alter eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Diese dynamische Konzeption erschöpft sich nicht notwendigerweise bei den psychologischen Merkmalen der Entwicklung, sondern kann auch für Prozesse der neurobiologischen Reifung Anwendung finden. So kann die Entwicklungs- und Reifungsperspektive beispielsweise auch für die Neurotransmitter, die Botenstoffe der Informationsübermittlung im Gehirn, Berücksichtigung finden. Aus den Erkenntnissen über die relativ späte Entwicklung der sog. dopaminergen gegenüber den noradrenergen und serotonergen Systemen lässt sich etwa die bezogen auf das Lebensalter relativ späte Manifestation psychotischer Symptome gegenüber der frühen Manifestation von affektiven Störungen erklären. Mit der stürmischen Entwicklung der Neurobiologie verknüpft sich gegenwärtig auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Hoffnung auf eine Erweiterung unserer Erkenntnisse über die Entwicklung des zentralen Nervensystems einschliesslich seiner Störbarkeit als einer wichtigen Bedingungsgrösse kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen.

Der Zugewinn an Erkenntnissen über die Bedeutung psychosozialer Bedingungsselemente kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten ebenfalls beträchtlich erweitert. Die Bedeutung von Familie, Gleichaltrigen, Schule und sozialer

Lebensumwelt stellt heute einen Eckstein der Ätiologie vielfältiger Störungen dar. Ungünstige familiäre Beziehungsmuster und dabei vor allem die beeinträchtigte Partnerbeziehung der Eltern sind ein wichtiges Verursachungsmoment in der Entwicklung von dissozialem Verhalten. Andere Elemente erstrecken sich auf die verhängnisvolle Auswirkung von Gleichaltrigengruppen für die Ausbildung von Delinquenz und Drogenmissbrauch oder auf die generell negativen Folgen belastender sozioökonomischer Bedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen schlechthin. In der jüngsten Vergangenheit wird dabei auch unter ökologischen Aspekten den Auswirkungen städtischer Lebensumwelten bis hin zu den Folgen der Umweltbelastung und den Auswirkungen der Ernährung auf Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern Beachtung geschenkt. Schliesslich werfen die Aspekte gesellschaftlichen und kulturellen Wandels, z. B. mit der Untersuchung der Beziehung von Migration und Adaptation bei Kindern und Jugendlichen aus sog. Gastarbeiterfamilien, neue Fragen auf, bei denen praktisch sehr relevante Probleme, wie die der Integrationshilfen oder einer den jeweiligen Kulturaspekten angepassten Versorgung, gelöst werden müssen.

Die Forschung in diesem wirklich komplexen Bereich eines biopsychosozialen Modells der Verursachung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter dürfte sich in der Zukunft sehr wesentlich in folgenden Feldern bewegen: (1) der Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren, (2) der Psychobiologie der frühen Eltern-Kind-Interaktion und (3) der genetischen Forschung. Diese drei Forschungsfelder haben sich in der jüngsten Vergangenheit als besonders produktiv erwiesen. So ist beispielsweise die klassische Frage nach der Verursachung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen zunehmend jener gewichen, die sowohl nach dem Scheitern wie nach der Bewältigung von Belastungen fragt (Rutter, 1987). Welche Kinder und Jugendlichen sind vulnerabel und welche sind widerstandsfähig, in welchen Umgebungen kann sich der eine oder der andere Bewältigungsstil entwickeln, und wie kann das Muster von Krisenbewältigung oder Dekompensation vorhergesagt werden - dies sind nur einige Fragen einer aktuellen Forschungsstrategie zur Wertigkeit von Risiko- und Schutzfaktoren. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass den Risikofaktoren - wie z.B. schwere Partnerbeziehungsstörung, psychische Störung eines Elternteils oder Wohnen auf engem Raum - als Elemente einer belastenden familiären Lebensumwelt stabile, unterstützende und kohäsive Familienwelten als Schutzfaktoren gegenübergestellt werden können. Diese sind wiederum in Ergänzung mit Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes und Unterstützungen aus dem erweiterten Sozialgefüge des Kindes - wie z. B. Schule oder Verwandtschaft - in der Lage, Belastungen abzufangen.

Dabei ist der in der Persönlichkeit des Kindes begründete Anteil - z. B. ein positives Sozialverhalten, eine gut entwickelte soziale Kompetenz, differenzierte Kommunikationsfertigkeiten und ein positives Selbstkonzept - sowohl das Ergebnis biologischer Disposition, etwa als Folge eines genetisch oder konstitutionell geprägten Temperaments, wie

auch abgelaufener Erfahrungen innerhalb der für die Entwicklung des Kindes bedeutsamen Eltern-Kind-Beziehungen. In der Untersuchung dieser Ebene der Psychobiologie der Eltern-Kind-Interaktion haben die Konzepte des Temperaments und der Bindung einen besonderen Stellenwert eingenommen.

Mit der Wiederentdeckung des Temperaments (Thomas und Chess, 1980) als Bezeichnung für den Verhaltensstil eines Kindes vollzog sich ein bedeutsamer Wandel entwicklungspsychologischen Denkens, indem das Kind nicht mehr nur als passiver Empfänger von Umweltreizen, sondern als aktiver Partner in diesem Entwicklungsprozess betrachtet und zugleich wieder eine bessere Balance zwischen biologischen und soziokulturellen Erklärungsansätzen für individuelle Unterschiede erreicht wurde. Die Temperamentsforschung wird aufgrund ihrer Beschäftigung mit der funktionellen Bedeutung des Temperaments sowohl für normales wie auch für fehlangepasstes Verhalten noch weitere wichtige Bausteine für ein Modell kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen liefern. Als ähnlich fruchtbar hat sich die sog. Attachment-Forschung, also die Untersuchung der frühen Bindung des Kindes an eine primäre Bezugsperson, erwiesen, zumal sie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Einblicke in die Folgen früher Trennungserfahrungen, etwa in Form von Angst- oder Deprivationssyndromen, ermöglicht und zugleich die Möglichkeit von präventiven Massnahmen, z. B. durch das Rooming-in der Mutter bei vulnerablen Kleinkindern, begründet hat.

Schliesslich gewinnt das Gebiet der molekularbiologisch orientierten genetischen Forschung auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend an Bedeutung. Mit dem Aufbau menschlicher Genkarten wird es möglich werden, praktisch jedes Gen zu identifizieren, das psychische Störungen mit gehäuftem familiären Auftreten verursacht. Angesichts der vorhandenen Untersuchungstechniken und auch der nicht unbeträchtlichen Kosten ist der Erfolg derartiger Bemühungen jedoch in erster Linie eine Frage der theoretischen Begründung. Forschungsansätze in diesem Bereich müssen sich auf klar umgrenzte Phänotypen von Störungen und Verhaltensabweichungen erstrecken, die unabhängig von psychosozialen Faktoren in Familien gehäuft auftreten und noch dazu ganz konkret in derartigen Familien untersucht werden können. Gegenwärtig sind Forschungsansätze daher auf einen noch recht kleinen Kreis kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen zentriert, zu denen die hyperkinetischen Störungen, der frühkindliche Autismus, affektive Störungen und das Tourette-Syndrom zählen.

Diese kurze Skizze von Forschungsansätzen zur Vertiefung unserer Kenntnisse über die Bedingungelemente kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen darf nicht abgeschlossen werden, ohne die Klammerfunktion der Entwicklungsperspektive noch einmal zu betonen. In diesem Bezug zur Entwicklung ist zugleich die Notwendigkeit von Longitudinalstudien enthalten. Und schliesslich lassen sich die skizzierten komplexen Studien nur noch in multidisziplinären Ansätzen verwirklichen, die deutlich über den engen Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinausgehen.

Ich will diese Anmerkungen zur Entwicklung der Wissenschaft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einigen Überlegungen zur Interventionsforschung beschliessen. Therapeutische Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfassen schwerpunktmässig psychotherapeutische und in sehr viel geringerem Umfang auch pharmakologische Massnahmen (vgl. Steinhausen, 1988). Beide sind Schwerpunkte gegenwärtiger und zukünftiger Forschung. Während psychotherapeutische Interventionen vornehmlich auf geplanten Interaktionen eines Therapeuten mit Kindern, Jugendlichen oder Familien beruhen, um emotionale Befindlichkeiten, Kognitionen und Verhalten zu verändern, zielen psychopharmakologische Massnahmen auf die Behebung von Symptomen und die Verbesserung von Funktionen.

Die Zahl psychotherapeutischer Interventionen ist auch für Kinder und Jugendliche beträchtlich und lässt Differenzierungen hinsichtlich Fokus, Form und Setting der Therapie erkennen. Beispielsweise kann der Fokus bei Verhalten oder Familieninteraktionen liegen, die Form der Durchführung als Einzel- oder Gruppentherapie variieren und das therapeutische Setting von der Therapiepraxis bis zur Behandlung auf einer somatischen Krankenstation reichen.

Aufgaben wissenschaftlicher Forschung in diesem Bereich sind erst in der jüngsten Vergangenheit erkannt und in ersten Ansätzen bearbeitet worden. So ist beispielsweise die Frage nach der Effektivität von Psychotherapie aufgegriffen worden und kann in sehr allgemeiner Weise dahingehend beantwortet werden, dass Psychotherapie für Kinder und Jugendliche tatsächlich besser als keine Behandlung ist, und die positiven Effekte in etwa jenen der Psychotherapie bei Erwachsenen entsprechen (Heckerens, 1989; Casey und Berman, 1985). Gleichwohl muss festgestellt werden, dass relativ viel von dieser Erkenntnis auf kontrollierten Studien der Verhaltenstherapie beruht, während die traditionellen Verfahren der Psychotherapie und die jüngeren Methoden der Familientherapie relativ schlecht untersucht sind und häufig mehr an Effekten proklamieren als tatsächlich nachgewiesen ist.

Neben diesem umfangmässig noch recht bescheidenen Tätigkeitsfeld der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen sind die Aktivitäten der Psychopharmakaforschung trotz eines klinisch-praktisch weniger gewichtigen Schwerpunktes deutlicher auszumachen. So wurden eine Vielzahl von Studien auf häufig sehr hohem methodischen Niveau durchgeführt, um die verschiedensten Substanzen wie Neuroleptika, Stimulantien, Antidepressiva, Lithium, Fenfluramin oder Carbamazepin systematisch zu prüfen. Die dabei untersuchten Syndrome umschliessen Störungen wie den frühkindlichen Autismus, das Tourette-Syndrom, die Schizophrenien, hyperkinetische Störungen, depressive Störungen, dissoziale Störungen sowie die geistige Behinderung. Wirkungen auf Zielsymptome konnten in vielfältiger Weise belegt und Nebenwirkungen differenziert untersucht werden, um die klinische Praxis strukturieren zu helfen.

Einige Fragen der Psychopharmakaforschung lassen sich durchaus auf die Psychotherapieforschung als bisher vernachlässigte Themen übertragen. So etwa die nach den Indikationen und Kontraindikationen oder nach den Wirkungen und Nebenwirkungen wie schliesslich auch die nach den Langzeiteffekten. Anders als bei der an Zielsymptomen orientierten Psychopharmakatherapie treten aber spezifische Fragestellungen hinzu. Diese betreffen beispielsweise die Bedeutung der unterschiedlichen Behandlungssettings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Begründung von Therapiezielen und ihre zeitliche Organisation im Therapieverlauf, die Wertigkeit der bei Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen andersartigen Therapiemotivation, die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Therapien und als ein Element der Psychotherapieprozessforschung Merkmale des Therapeutenverhaltens.

Interventionsbezogene Forschung beschränkt sich aber nicht nur auf spezifische Formen der Therapie bei klinisch identifizierten Patienten. Sie schliesst die Möglichkeit ein, Interventionen bei einzelnen Risikopopulationen - z. B. bei Kindern psychiatrisch kranker Eltern, bei Randgruppen, bei vernachlässigten Kindern und bei behinderten bzw. chronisch kranken Kindern - durchzuführen, und sie eröffnet auch die Perspektive auf präventive Massnahmen. Dabei können pädagogische Ansätze, Trainings- und Betreuungsprogramme, Elterberatungen und psychosoziale Behandlungsstrategien zum Einsatz kommen, die sich auf extramurale Felder der Kinder- und Jugendpsychiatrie, also das gemeindenahe Umfeld von Kindern, Jugendlichen und Familien zentrieren.

Die Forschung zur Bewertung von Interventionen und Präventionen wird sich in ihren Bemühungen teilweise auf die Fortschritte in der Methodik der klinisch-angewandten Forschung hinsichtlich differenzierter Untersuchungsverfahren abstützen können, die aus Studien zur Konzeptualisierung und zu den Bedingungelementen von Störungen resultieren. Sie wird andererseits aber ganz neue Strategien entwickeln müssen, um eine breite Vielfalt von Behandlungen, z. T. in kombinierter Form und hinsichtlich ihrer längerfristigen Auswirkung, angemessen zu strukturieren und zu bewerten. In diesem Sinne wird Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sich weiter in den Dienst der Praxis stellen, sich einen Teil ihrer Aufgaben und Fragestellungen aus der Praxis holen und mit ihren Ergebnissen auch auf die Praxis verändernd einwirken. Von daher erscheint es ausserordentlich verlockend, bei einem zukünftigen Jubiläum auf das Erreichte zurückzuschauen und zu beurteilen, inwieweit Zukunft zur Gegenwart bzw. Vergangenheit geworden ist.

Literatur

Casey, R.J., Berman, J.S. (1985), The outcome of psychotherapy with children, *Psychological Bulletin* 98, 388-400

- Heekerens, H.P. (1989), Effektivität von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Spiegel von Meta-Analysen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 17, 150-157
- National Institute of Mental Health (1990), National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders, U.S. Department of Health and Human Services
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (1989), Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bericht für den Bundesminister für Forschung und Technologie (Verlegung durch die Autoren)
- Rutter, M. (1986), Child psychiatry: the interface between clinical and developmental research, Psychological Medicine 16, 151-169
- Rutter, M. (1987), Psychosocial resilience and protective mechanisms, American Journal of Orthopsychiatry 57, 316-331
- Steinhausen, H.-C. (1988), Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, München: Urban & Schwarzenberg
- Steinhausen, H.-C. (1990), Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39, 255-260
- Thomas, A., Chess, S. (1980), Temperament und Entwicklung, Stuttgart: Enke

Das Kind im Netz helfender Institutionen

Helen Bowie und Markus Friedli

Wenn ein Kind bei uns im KJPD angemeldet wird, machen wir bei unserer täglichen Arbeit oft die Erfahrung, dass bereits andere Personen helfend um das Kind engagiert sind. Welche Bedeutung dies für das Kind, die Familie, sowie für unsere Arbeit hat, ist Teil der folgenden Ausführungen.

Wie dem Organigramm des KJPD in diesem Band entnommen werden kann, besteht in den Regionen eine enge Verknüpfung der Ambulatorien des KJPD's mit den Jugendsekretariaten und ihren weiteren Abteilungen. Es sind dies die Jugend- und Familienberatung, die Berufsberatung, die Alimentenhilfe, sowie die Kontaktstelle für Kleinkinderfragen. All diese und weitere Institutionen können eventuell bereits vom Kind, vom Jugendlichen oder von dessen Eltern um Hilfe angegangen worden sein. Zu denken ist hier an den Bereich der Schule, d.h. die LehrerInnen, die KindergärtnerInnen, die Stützunterricht-, Legasthenie- und Dyskalkulie-TherapeutInnen, aber auch an die Schulpflege, schliesslich den Schulpsychologischen Dienst, sowie an die LogopädInnen, die Psychomotorik-, Ergo-, Mal- und MusiktherapeutInnen. Das können auch Heime, Heilpädagogische Grossfamilien, Pflegefamilien, therapeutische Wohngemeinschaften oder ein Hort sein. Je nach Fragestellung sind weiter das Spital, Haus- und KinderärztInnen, freipraktizierende Kinder- und Jugend- sowie ErwachsenenpsychiaterInnen und PsychologInnen zu nennen. Zusätzlich wirken die Beratungsstelle für Partnerfragen, für Alkohol- und Drogenprobleme. Schliesslich ist aus einem wiederum etwas anderst gelagerten Sektor die Jugendanwaltschaft, die Fürsorgebehörde und das Gericht anzufügen.

Die genannten Stellen stellen ein beachtliches Netz von helfenden Institutionen dar. Das hat einerseits mit der zunehmenden Spezialisierung zu tun, andererseits mit dem Interesse der Gesellschaft an Kindern und Jugendlichen. Dies spiegelt sich z.B. in der Kleidungs-, Freizeit- und Werbeindustrie wider. Aber die Gesellschaft zeigt auch ein grosses Interesse der Jugend zu helfen. Dies ist wohl auch ein Grund für die Tatsache, dass einige Institutionen ähnliche Hilfestellungen anbieten.

Aus praktischer Erfahrung weiss man, wie schwierig es für Eltern oft ist, ein Kind zu erziehen. Wie viel schwieriger ist es, eine entsprechende Koordination unter helfenden Bezugspersonen zu erreichen. Es wird heute unter Fachleuten allgemein vertreten, dass immer

dann, wenn mehrere Personen an einem Fall arbeiten, die Beteiligten koordiniert werden sollen. Im Fachjargon sagt man auch: "alle sollen am gleichen Strick ziehen". Hierzu kommt folgende Metapher in den Sinn: Ein junger Esel mit einem Strick um den Hals und zwanzig Leute, die alle daran in die gleiche Richtung ziehen. Esel sind nun bekanntlich zeitweise etwas bockig. Man kann sich daher vorstellen, was passiert, wenn das Tier nur etwas Widerstand macht: es wird erwürgt. Dabei ginge es eher darum, den jungen Esel von einer Person am Halfter an einen Ort führen zu lassen, wo alle Helfer mit dem Strick einen Kreis bilden, wo das Tier geschützt aufwachsen und sich entwickeln kann.

Auf das Kind übertragen, heisst das, ihm einen Freiraum zu schaffen, der gleichzeitig auch Schutzraum ist. Das Kind weniger zu ziehen, sondern immer als eigenständiges, lebendiges Wesen mit gesunden Fähigkeiten und mit eigenen Kräften zu akzeptieren. Das Ziel und damit der Auftrag an die Institutionen muss darin bestehen, einen Lebensraum zu schaffen, in dem das Kind atmen und sich entwickeln kann, im Schutz, aber nicht im "Gstättli". Dieses Ziel kann als Bild theoretisch einfach dargestellt werden, die Verwirklichung gestaltet sich jedoch sehr schwierig. Unsere Aufgabe ist es oftmals, zu klären, wer zu Gunsten des Kindes aus dem Kreis austritt, und zu helfen, andere Leute zu koordinieren.

Im folgenden soll zunächst ein Beispiel zur Illustration geschildert werden. Wir erhielten ein dringendes Telefon von einem Sozialarbeiter, mit der Bitte unverzüglich ein 15jähriges Mädchen mit dem Namen Lina in Behandlung zu nehmen. Die Patientin zeige ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten mit ungewöhnlich eskalierenden Aggressionsausbrüchen, vor allem gegenüber der alleinerziehenden Mutter, den zwei jüngeren Schwestern, dem Lehrer und ihrer Peergroup. Dieses Verhalten versetzte alle in Angst und Not. Der Sozialarbeiter, der sich schon länger um Lina kümmerte, bekam viele Telefonate von Nachbarn, Lehrern und Kollegen, die ihn auf die Symptome Linas aufmerksam machten und ihn dazu drängten, endlich etwas zu unternehmen und aktiver als bisher zu sein. Die Mutter wurde als wenig verlässlich beschrieben; sie habe bereits vor einigen Jahren, als Lina wegen Untragbarkeit in der Schule mit sehr frühzeitigem Haschischkonsum von der ortsansässigen Schulpflege in ein Schulheim gewiesen wurde, das Mädchen wieder nach Hause genommen.

Wie es zu unseren Gewohnheiten gehört, nahmen wir sofortigen telefonischen Kontakt zur Mutter auf, welche die elterliche Gewalt innehatte. Auf unsere präzise Nachfrage hin erfuhren wir von der Mutter, dass ihre Tochter bereits seit Jahren Probleme zeige, die sich aber in der letzten Zeit massiv zugespitzt hätten. Lina kam wegen Haschischkonsum und damit verbundener Delikte mit dem Gesetz in Konflikt. Die Mutter hatte grosse Angst, dass der sie betreuende Sozialarbeiter und der Lehrer entscheiden könnten, Lina wie vor einigen Jahren in ein Heim zu geben. Die Mutter würde eine ambulante Therapie sehr begrüssen, weil sie nicht hinter einer Heimeinweisung stehe, denn es habe letztes Mal nichts gebracht. Lina sei auch im Heim untragbar gewesen. Übrigens sei der geschiedene Vater damals nicht mit der Heimeinweisung

einverstanden gewesen. Er habe seit Jahren kaum Kontakt mit den Kindern. Da die Mutter damals von ihrer Herkunftsfamilie immer mehr als unfähige Mutter angesehen wurde, nahm sie Lina nach Hause. Vorübergehend besserten sich Linas Probleme. Wenn Lina wieder in ein Heim komme, werde sie ihr bereits niedriges Ansehen bei ihrer Herkunftsfamilie noch ganz verlieren; das wäre der endgültige Beweis ihrer Unfähigkeit, eine gute Mutter zu sein. Die Grossmutter mütterlicherseits habe auch schon hinter ihrem Rücken mit dem Sozialarbeiter und dem Lehrer Kontakt aufgenommen, um diesen zu sagen, dass sie sich zuwenig um Lina kümmere. Der Lehrer rufe sie an, wenn es in der Schule schlecht gehe; meist wende er sich aber an den Sozialarbeiter, und sie wisse dann nie genau, was die beiden miteinander sprächen. Aber wahrscheinlich zweifelten alle an ihren Erziehungskompetenzen. Die Mutter ging zusätzlich regelmässig zum Hausarzt, der sie in ihren Problemen beriet: manchmal sage er allerdings, er überschreite seine Kompetenz, aber von ihm fühle sie sich unterstützt und geschätzt. Er führe die von der Jugendanwaltschaft angeordneten Urinproben wegen Drogenkonsums durch.

In einer Koordinationssitzung mit der Mutter, Lina, dem geschiedenen Vater, dem Hausarzt, dem Sozialarbeiter und dem Lehrer gelang es uns, über die Verteilung der Kompetenzen der verschiedenen Helfer zu verhandeln, so dass dies auch für Lina sehr klar wurde. Die Mutter wünschte eine Therapie für sich und ihre Kinder bei uns. Der Sozialarbeiter war froh, dass die Mutter eine Eigeninitiative entwickelte und wollte sich während der Therapiephase auf die Überwachung der Urinkontrollen und der auferlegten Arbeitswoche beschränken, welche Lina im Auftrag der Jugendanwaltschaft in einer Gärtnerei zu absolvieren hatte. Der Hausarzt, entlastet von seiner Aufgabe, der er sich schon länger nicht mehr gewachsen fühlte, wollte sich auf die Durchführung der Urinkontrollen konzentrieren. Er wusste nun, dass die Mutter mit ihren Kindern bei uns in Therapie sein würde. Der Lehrer war bei ausgeprägten Schwierigkeiten bereit, immer zuerst die Mutter anzurufen, um ihr vermehrte Verantwortung zurückzugeben, und sie zu bitten, ein gemeinsames Gespräch mit dem Sozialarbeiter, ihm und uns abzumachen.

Diese vorgängige Koordination erlaubte uns, den gewünschten Rahmen für einen Therapiebeginn zu schaffen. Wir leben in einer Welt zunehmender Spezialisierung. Auch therapeutische Bereiche sind davon nicht ausgenommen. Da solche Dienstleistungen gerade von Problemfamilien immer mehr in Anspruch genommen werden, gewinnt die Koordinierung verschiedenster Hilfsangebote in unserer täglichen Arbeit im KJPD an Bedeutung. Ein spezialisiertes Dienstleistungssystem macht je nach Problemlage verschiedene Einrichtungen erforderlich. Unterschiedliche Probleme führen oft zu Kontakten mit mehreren Institutionen. Finanzielle Not, Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes innerhalb der Familie, Eheprobleme, Depression der Mutter, Alkoholismus des Vaters können innert Kürze z.B. einen Sozialarbeiter, einen Erwachsenenpsychiater, einen Kinder- und Jugendpsychiater, einen Egetherapeuten, einen

Schulpsychologen, Lehrer, Kindergärtnerinnen und einige mehr mobilisieren. Das Helfernetz ist dicht und vorerst stabil.

Die Arbeit der einzelnen Helfer konzentriert sich allzuoft auf die jeweilige Zielsetzung, während Zusammenarbeit und Abstimmung untereinander meist zu kurz kommen. Wo ist aber die Grenze zu ziehen zwischen einem Ehekonflikt, finanziellen Schwierigkeiten, Auffälligkeiten beim Kind, gleichzeitiger Depression der Mutter und daneben übermässigem Alkoholkonsum des Vaters? Koordinationsarbeit ist oft schwierig und mühsam. Es braucht dazu vermehrten Zeitaufwand, eine Prise Hartnäckigkeit, eine grosse Portion an Fähigkeit zur Selbstkritik und keine Angst, mit einem eventuell grossen Helferstab an einen Tisch zu sitzen. In unserer Erfahrung lohnt sich dieser Aufwand auf jeden Fall. Es ist nur äusserst wichtig, bereits beim ersten telefonischen Kontakt oder spätestens in der ersten Sitzung mit der Familie, die uns wegen Problemen eines oder mehrerer Kinder aufsucht, sorgfältig nachzufragen, ob die Familie bereits bei anderen Fachleuten in Beratung ist oder war. Diese Information ist nicht selbstverständlich, wird oft vergessen, aus welchen Gründen auch immer, und bedarf einer klaren Nachfrage unsererseits.

Mara Selvini und ihre Mitarbeiter aus Mailand wiesen eindrücklich auf die Bedeutsamkeit bisheriger Helfer für das Gelingen des weiteren Therapieverlaufes hin. Oft konnten auch wir in der praktischen Arbeit sehen, wie wegen Vernachlässigung dieses Aspektes die therapeutischen Bemühungen unwirksam blieben. Je länger ein Kinde in einer Familie ein Problem zeigt, je ausagierender der Charakter des Symptoms ist, umso schneller und dichter wächst das Helfernetz um das Kind herum. Insbesondere Delinquenz, Verwahrlosungssymptome oder psychotische Zeichen bei Jugendlichen aktivieren in hohem Masse Ausseninstanzen und provozieren Massnahmen unterstützender und sanktionierender Art in vielfältiger Form. Dies bleibt nicht ohne Rückwirkungen auf das Familiensystem. Die Helfer werden teils von der Familie selbst aufgerufen, teils fühlen sich Etliche durch die auffälligen Symptome des Kindes angesprochen und verpflichtet, Verantwortungen zu übernehmen und nach Lösungen zu suchen. Schwierig wird es, wenn sich die Helfer ohne genügende Koordination in einem grossen Durcheinander an Zuständigkeiten, Hilfsangeboten und Sanktionierungen verstricken und sich eine kritische, konkurrierende Haltung zwischen ihnen entwickelt. Eine gefährliche und wenig wirkungsvolle Situation entsteht auch dann, wenn zwischen den Institutionen mit ähnlichen Funktionen und Kompetenzen ein Wettstreit um das Kind und dessen Familie entsteht, und es dabei manchmal schwierig wird, festzustellen, wer das Problem hat, und wohin das Problem gehört. Zumeist verstrickt sich dann der Helfer in einen endlosen Kampf mit der Familie, die ihn zwar veranlasst, noch andere Helfer hinzuzuziehen, gleichzeitig aber daran hindert, die eigenen ergebnislosen Bemühungen tatsächlich einzustellen.

Mara Selvini (19..) beschreibt das folgendermassen: "Zuerst erfährt der Helfer Dankbarkeit und Erfüllung, indem ihn die Familie als Helfer willkommen heisst. Da seine

Anstrengungen und sein Drängen auf eine Veränderung in der Familie ungeachtet verpuffen und zu gleicher Zeit seine Bemühungen auf subtile Erwartungen durch die Familie treffen, gerät er jedoch Schritt für Schritt in die zweite Phase, die durch ein zunehmendes Gefühl von Unbehagen und Unsicherheit, durch den unscharfen Eindruck, in eine Falle geraten zu sein, gekennzeichnet ist. Zur Erbitterung getrieben und auf der Suche nach irgendeiner Lösung schickt er die Familie zum nächsten Berater". Ob er dann nicht vielleicht im geheimen hofft, dass es auch dem nächsten Berater nicht besser gelingt? Ist das nicht schon allen von uns passiert?

Ein solches Chaos nicht selbst zu vergrössern, sondern ordnend und strukturierend zu wirken, ist die erste Aufgabe eines systemisch denkenden Therapeuten. Dies ist oft die wirkungsvollste Massnahme überhaupt. Wir versuchen in der Praxis, das ganze "Helfernetz" in eine mit der Familie gemeinsam durchgeführten Sitzung einzubeziehen. Wir klären Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und bestimmen gemeinsam das therapeutisch relevante System. Manchmal kommen wir auch zur Überzeugung, dass unser therapeutisches Eingreifen im Moment nicht indiziert ist. Dadurch sollte ein Rahmen geschaffen werden, in dem die Arbeit mit dem Kind und seiner Familie erst erfolgversprechend verlaufen kann. Es muss mit den anderen Helfern eine Form der Zusammenarbeit geschaffen werden, die durch gegenseitige Achtung, Solidarität und die Fähigkeit gekennzeichnet ist, an gemeinsamen Zielen zu arbeiten. Es sollte eine Zusammenarbeit entstehen, wo die Hilfen so aufeinander abgestimmt werden, dass Veränderungen im Familiensystem erst möglich werden.

Literatur

- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. und Prata, G. (1980), The problems of the referring person. *Journal of Marital and family therapy* 6, 3-9
- Di Blasio, P., Fischer, J.M., Prata, G. (1986), The telephone chart, A corner-stone of the first interview with the family. *Journal of strategic and systemic Therapy* 5, Special edition of Interviewing.

Die Therapieindikation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen

Michael von Aster

Wie in anderen medizinischen Disziplinen haben wir es in unserem Fachgebiet mit sehr unterschiedlichen Störungsbildern zu tun, die ein entsprechend unterschiedliches Vorgehen in der Behandlung erfordern. Soweit kann sicher jeder zustimmen. Während der Patient aber beim Internisten beispielsweise erwarten kann, dass seine Bauchschmerzen nach gewissen festgelegten Regeln differentialdiagnostisch abgeklärt und die gefundene Appendizitis nach einem weitgehend einheitlichen und wissenschaftlich begründeten Kenntnisstand behandelt wird, sind unsere Patienten einer unübersehbaren Vielfalt von zum Teil sich widersprechenden therapeutischen Lehrmeinungen ausgesetzt. Der Patient als Laie hat es sehr schwer, sich darüber zu orientieren, wo und bei wem ihm am besten geholfen wird. Dieses Ausgeliefertsein halte ich für einen wesentlichen Grund dafür, dass Schwellenängste und Vorurteile gegenüber Psychiatern und Psychotherapeuten besonders verbreitet sind.

Wenn man sich nun mit dem Thema der Therapieindikation beschäftigt, gerät man schnell in den Konflikt unterschiedlicher Betrachtungsebenen: Wir informieren uns über den Stand wissenschaftlicher Kenntnisse und sind in der Verantwortung unseren Patienten gegenüber gehalten, die Ergebnisse z.B. der vergleichenden Psychotherapieforschung in unserem Handeln zu berücksichtigen. Ich nenne dies die Betrachtungsebene der Forschung. Auf der anderen Seite lernen wir psychotherapeutische Theorien und Methoden in der Praxis anwenden, und mit zunehmender Erfahrung entwickeln und modifizieren wir diese Fertigkeiten. Wir lernen quasi von unseren Patienten. Ich nenne dies die Betrachtungsebene der klinischen Erfahrung.

Die Betrachtungsebene der vergleichenden Psychotherapieforschung

Die klinische Praxis ist dadurch gekennzeichnet, dass es mehrere Psychotherapiemethoden gibt, die nahezu den gleichen Anspruch erheben, nämlich Alles zu können. Die Forschung versucht nun quasi *von aussen* wissenschaftlich zu überprüfen, ob diese Ansprüche der Wirklichkeit standhalten.

Psychotherapie ist wirksam und alle Richtungen haben einen Preis verdient! Dieses vielzitierte Ergebnis von Grawe (1987) markiert eine gewisse Entspannung im kalten Psychotherapiekrieg der 70er Jahre. Damals hatten wir es noch mit unerbittlicher Gegnerschaft

etwa nach dem Motto zu tun: "Verhaltenstherapeuten trainieren Symptome ab, die andernorts im Sinne der Verschiebung wieder auftauchen" oder andersherum "erfolgreich kann ein Analytiker überhaupt nur sein, wenn er, ohne es zu merken, verhaltenstherapeutische Prinzipien in der Behandlung umsetzt". In die allgemeinmedizinische Sprache übersetzt würde das heute sehr naiv klingen, nämlich etwa so: "meine Pille ist die einzige, die wirklich hilft und zwar immer. Jeder der meint, dass eine andere Pille auch hilft, bildet sich das entweder nur ein oder er benutzt heimlich meine Pille." Das ist, Gott sei Dank, vorbei.

Die Tatsache, dass auch Laientherapeuten durchaus erfolgreich sind, hat zu der Erkenntnis geführt, dass es unspezifische Faktoren wie Verständnis, Respekt, Interesse, Ermutigung, Anerkennung, schlicht gesagt: menschliche Qualitäten sind, die in jeder Psychotherapieform ganz wesentlich für den Erfolg sorgen (eine Übersicht findet sich bei Bozok und Bühler, 1988).

Und doch lassen neuere Forschungsergebnisse, die den Prozess der Psychotherapie selbst und weniger das Ergebnis betrachten, die Annahme berechtigt erscheinen, dass es auch zwischen den Kinderpsychotherapien Wirkunterschiede gibt, dass also jeweils andere Patientenuntergruppen von einer bestimmten Therapieform mehr oder weniger profitieren (Grawe 1990). Die in den sog. Metastudien gefundene Effektstärkenäquivalenz (Casey und Berman 1985) täuscht also eine Gleichrangigkeit vor, hinter der sich durchaus Stärken und Schwächen unterschiedlicher Methoden in bezug auf verschiedene Patientenpopulationen verbergen. Diese Entwicklung nun stellt auf der einen Seite die Forschung vor immer grössere Aufgaben und Schwierigkeiten und stimuliert auf der anderen Seite integrative Denkansätze.

Die Schwierigkeiten der Forschung lassen sich kurz folgendermassen darstellen. Eine wissenschaftlich begründete differentielle Indikationsstellung müsste die Frage beantworten können, welche Behandlungsmassnahme, durch wen, zu welchem Zeitpunkt, bei einem Patienten X, mit dem spezifischen Problem Y, unter welchen Bedingungen, in welchem Zeitraum zu welchem Ergebnis führt. Wollte man alle Variablen und möglichen Einflussgrössen sauber kontrollieren, so bedürfte es hierzu sehr präziser experimenteller Untersuchungsdesigns mit festgelegten Therapiemanualen und nahezu identischen Patienten. Dass dies letztlich möglich ist, darf wohl bezweifelt werden, und Grawe stellt in diesem Zusammenhang zu Recht die Frage, wer sich denn für solche Ergebnisaussagen interessiere, "angesichts dessen, dass solche Therapien in der realen Therapiepraxis wohl kaum jemals durchgeführt werden" (Grawe, Caspar und Ambühl, 1991, Seite 289). Die Kritik an der bisherigen Therapieforschung richtet sich denn auch in erster Linie gegen den Umstand, dass die untersuchten Patienten und Behandlungsbedingungen oftmals weit von der klinischen Realität entfernt sind (Kazdin, 1990).

Der Gedanke, nicht zwischen den verschiedenen Therapiemethoden zu wählen, sondern stattdessen bewährte Elemente der verschiedenen Therapieschulen bedarfsangemessen mitein-

ander zu verbinden, ist in dieser Situation durchaus attraktiv, und, wenn man Grawes Untersuchungen folgt, auch besonders erfolgversprechend. Dabei ist die Suche nach Verbindungslinien zwischen Therapieschulen wie der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie durchaus nicht neu (Wachtel, 1981). Dührssen (1988) arbeitete Gemeinsamkeiten zwischen analytischen und kognitiv verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen heraus und führte diese auf gemeinsame erkenntnistheoretische Wurzeln bei Husserl zurück. Grawes "heuristische Psychotherapie" geht quasi einsichts-, verhaltens- und erlebnistherapeutisch vor (Grawe 1988). Sein Modell bezieht sich auf die Schema-Theorien von Piaget und Neisser, und er postuliert, dass der therapeutische Prozess grundsätzlich nicht planbar sei. Grawe grenzt sich bewusst von einer strengen Schulorientierung ab. Zur Veranschaulichung des heuristisch oder erfinderisch arbeitenden Therapeuten benutzt er das Gleichnis vom Bergsteiger, der sich "einen Weg in einem vorerst noch unbekanntem Gelände sucht. Jedes neue Ziel hängt von dem zuvor zurückgelegten Weg ab und ist insofern nicht im vornhinein festlegbar. Was den Bergsteiger instand setzt, diesen Weg zu gehen, sind die schon früher von ihm zurückgelegten Wege in einem anderen Gelände. Wir wissen am Schluss, wie der Bergsteiger zu einem bestimmten Punkt gekommen ist, indem wir den Prozess zurückverfolgen. Hätte er beim Zurücklegen des Weges nicht gegenstandsangemessene Heuristiken angewandt, so wäre er nicht an diesen Punkt gelangt. Wir hätten ihm aber auch nicht im voraus genau sagen können, was er an welcher Stelle genau hätte tun sollen. Sein Weg war zielgerichtet, aber er hat sich ergeben. Er war nicht im voraus genauso geplant. Um den Vergleich passender zu machen verlangt Grawe zusätzlich die Vorstellung, dass das Berggelände in seiner Beschaffenheit nicht gleich bleibe, sondern sich abhängig von jedem Schritt verändere. Erst wenn man sich den Berg als "in permanenter selbstaktiver Bewegung befindlich" vorstelle, wobei diese Bewegungen teils abhängig, teils unabhängig von den Schritten des Bergsteigers erfolgen, entspräche dieses Bild nach Grawes Auffassung in etwa den Verhältnissen in der Psychotherapie.

Die Skeptiker gegenüber solchen integrierenden Ansätzen und übergreifenden psychotherapeutischen Modellen warnen in erster Linie vor der Gefahr einer erneuten Schulbildung (Reinecker 1982). Eine viel grundlegendere Schwierigkeit ergibt sich aber aus der Perspektive des Praktikers. Mit der in Deutschland bereits erfolgten Zulassung der Verhaltenstherapie zur kassenärztlichen Versorgung muss er nun differentielle Indikationen vornehmen, und dies führt mich zu der zweiten Betrachtungsebene.

Betrachtungsebene der klinischen Erfahrung

Aus der subjektiven Perspektive des klinisch Tätigen handelt es sich bei der psychotherapeutischen Methode, die er verwirklicht, nicht um eine reine Anwendungstechnik, sondern gleich-

sam um ein Orientierungs- und Verständnisinstrument. Der Verhaltenstherapeut beobachtet, operationalisiert und untersucht Verstärkerbedingungen. Der Analytiker geht verdrängten Triebimpulsen und neurotischen Konflikten nach, um sie bewusst machen zu können, und der Systemiker betrachtet die interpersonalen Beziehungen unter Aspekten wie Hierarchie und Kohäsion. Aus diesem Blickwinkel wäre es geradezu neurotisierend, beispielsweise von einem Analytiker zu erwarten, dass er die phobische Angst seines Patienten systematisch desensibilisiert, wenn er sie zuvor als Ausdruck eines neurotischen Konfliktes verstanden hat. Eine differentielle *Anwendung* verschiedener Methoden würde also in gewisser Weise auch einen Glauben an sehr gegensätzliche therapeutische Theorien und Menschenbilder erfordern, mit wenn auch nicht antagonistischen, so doch sehr verschiedenartigen Verstehensweisen nebeneinander. Dies aber ist angesichts der gängigen primär schulorientierten Ausbildungspraxis unvorstellbar.

Es stellt sich daher die Frage, ob sich in der klinischen Praxis ein Bewusstsein über differentielle Wirkungen spiegelt. Selegieren sich in der klinischen Erfahrung Anwendungsstärken oder Anwendungsschwächen der verschiedenen Methoden heraus? Eine erste Untersuchung zu dieser Fragestellung erbrachte in einer Untersuchung zur Indikationspraxis an der Berliner Universitäts-Poliklinik (von Aster, Reitzle, Steinhausen, 1991) insgesamt schwache, aber doch eindeutige Zeichen dafür, dass es solche Stärken und Schwächen tatsächlich gibt.

Untersuchung der Indikationspraxis an der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Zürich

In einer Zürcher Untersuchung wurden alle poliklinischen Untersuchungs- bzw. Behandlungsberichte (sog. "Gemeinsame Besprechungen") des Jahres 1990 ausgewertet (N=150). Ausgenommen waren Gerichtsgutachten und Berichte, bei denen lediglich ein einziger Kontakt stattgefunden hatte. Es wurde ein Variablenplan erstellt, der eine Erfassung behandlungsbezogener Daten ermöglichte. Die hier interessierenden Merkmale betrafen das Setting der empfohlenen oder durchgeführten Behandlung sowie die Art der Massnahme. Beim Setting wurde unterschieden zwischen

- überwiegend Einzelkontakte (Kind/Jugendlicher)
- Einzelkontakte und regelmässige Eltern/Bezugspersonenkontakte
- nur Familienkontakte
- nur Elternkontakte

Bei den Massnahmen wurde eine Zuordnung zu folgenden Alternativen vorgenommen:

- primär analytische Therapie (6.7 %)

- primär Verhaltenstherapie (9.3 %)
- primär systemisch orientierte Familientherapie (21.3 %)
- klientenzentrierte (Spiel-) Therapie (10.0 %)
- eklektisches Vorgehen (Elemente verschiedener Schulen) (10.7 %)
- primär Erziehungsberatung (19.3 %)
- keine der genannten Therapieindikationen bzw. keine Angabe (22.3 %).

Ausserdem wurde erfasst, ob funktionelle Therapien oder sonderpädagogische Hilfen (40 %) empfohlen bzw. eingeleitet wurden.

Wegen der geringen Fallzahlen in den ersten vier Behandlungsbedingungen wurden diese zu einer Gruppe, der Psycho- und Verhaltenstherapiebedingung (PVT) zusammengefasst. Diese vier hatten gemeinsam, dass sie ganz überwiegend in einem Einzeltherapie-Setting mit regelmässigen Eltern- bzw. Bezugspersonenkontakten stattfanden, während bei der Familientherapie das Setting der ganzen Familie und bei der Erziehungsberatung das erwartete Setting Therapeut-Eltern/Bezugspersonen klar dominierte. Diese Setting-Unterschiede zwischen den Therapiebedingungen waren hoch signifikant.

Abbildung 1 gibt Aufschluss über die Verteilung psychiatrischer Störungen in den verschiedenen Indikationsbedingungen. Nach inzwischen bewährtem Muster wurden hierzu folgende diagnostische Merkmalsgruppen gebildet; denen die verschiedenen ICD IO Diagnosen zugeordnet wurden.

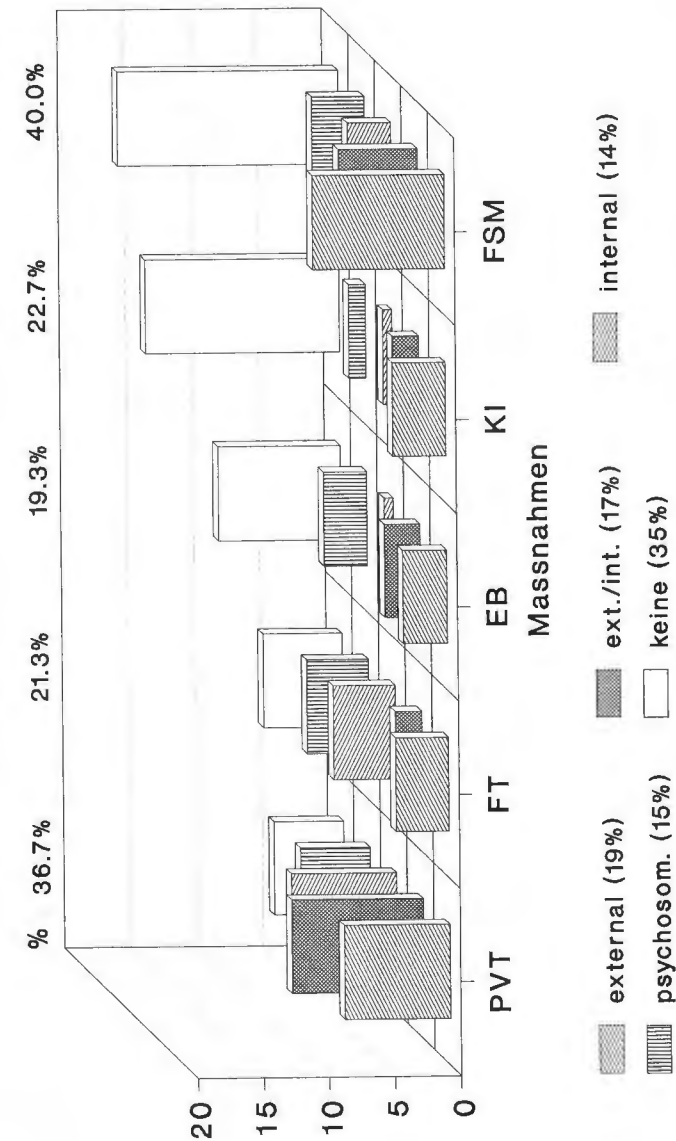
1. Externale Störungen
2. Gemischt externale und internale Störungen
3. Internale Störungen
4. Psychosomatische Störungen

Dabei setzten sich die externalen Störungen aus den Störungen des Sozialverhaltens und den hyperkinetischen Störungen zusammen, während die neurotischen Störungen, Ängste und Depressionen den internalen Störungen zugerechnet werden. Unter den psychosomatischen Störungen finden sich neben den Essstörungen Schlafstörungen, Schmerzsyndrome und andere körperliche Symptome psychischen Ursprungs.

Dass diejenigen Patienten, die keine Behandlung erhalten, auch diejenigen sind, die vergleichsweise am wenigsten psychiatrische Störungen aufweisen, ist sehr beruhigend. Ferner bildet sich in dieser Abbildung auch die Tatsache ab, dass die Indikation für funktionelle und sonderpädagogische Behandlungen nicht primär aufgrund psychiatrischer Störungen gestellt wird. Von den 60 Kindern, die solche Massnahmen bekommen haben, hatten mehr als Dreiviertel (31,3 %) eine Entwicklungsstörung.

Interessant ist nun der Vergleich zwischen den drei Behandlungsgruppen Psycho- und Verhaltenstherapie (PVT), Familientherapie (FT) und Erziehungsberatung (EB). Man kann erkennen, dass die Unterschiede zwischen diesen Dreien eher schwach ausfallen. Sie sind stati-

Abb. 1
Häufigkeit (%) indizierter Massnahmen bei psychiatrischen Störungen



PVT:Psycho-Verhaltensth. FT:Familienth.
EB:Erziehungsberatung KI:keine Indikat.
FSM:funkt.-sonderpädagogische Massnahmen

stisch nicht signifikant. Tendenziell aber überwiegen bei der PVT die rein externalen und die gemischt externalen und internalen Störungen gegenüber den rein internalen und psychosomatischen Störungen, während sich dies in der Familientherapie genau umgekehrt verhält und hier auch der Anteil der Patienten ohne psychiatrische Diagnose vergleichsweise etwas höher liegt. Die ausschliessliche Beratungsintervention kommt hingegen eher bei Störungen unterhalb der Schwelle einer klinisch-psychiatrischen Diagnose zur Anwendung.

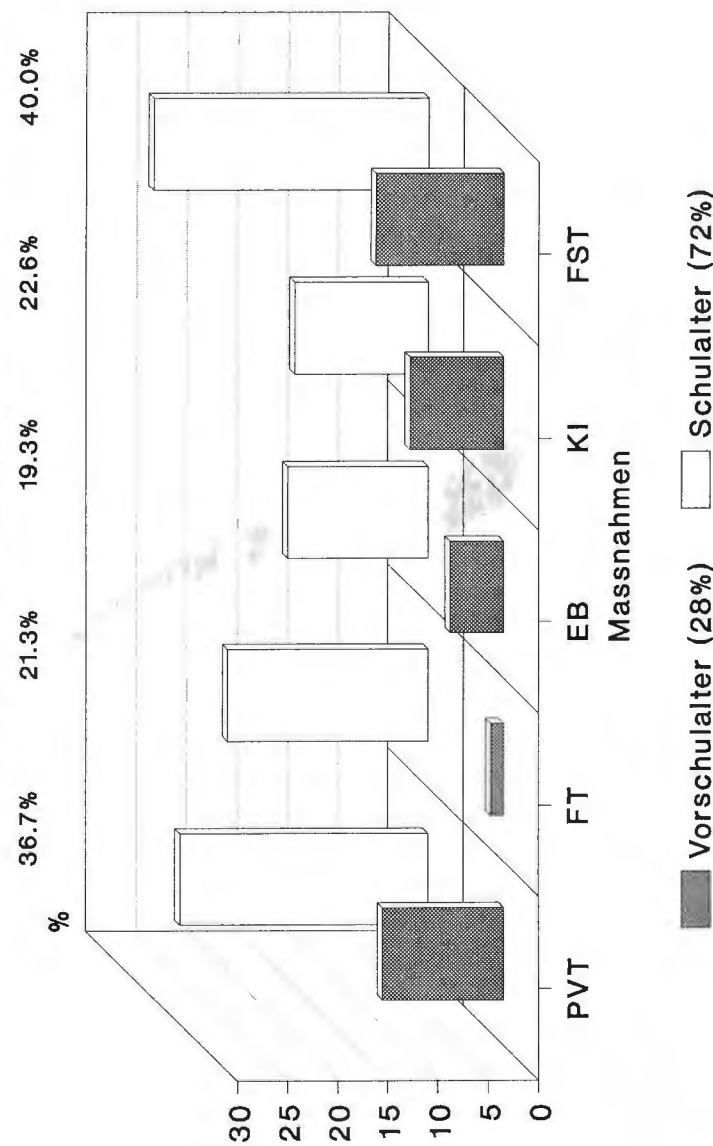
Vergleicht man die Altersstruktur in den verschiedenen Behandlungsbedingungen, so besteht das einzig augenfällige Ergebnis darin, dass die Familientherapie im Gegensatz zu den anderen Behandlungsbedingungen bei Kindern im Vorschulalter mit 1,3 % kaum eingesetzt wird, wie Abbildung 2 entnommen werden kann. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Die vorgelegten Fallzahlen reichen nicht aus, um repräsentative Aussagen zu machen. Ein Vergleich mit der Berliner Studie ist schwierig, weil sie ein wesentlich grösseres Kollektiv (mehr als 3000 Patienten) aus mehreren und vor allen Dingen früheren Jahrgängen untersucht hat. Und bekanntlich haben wir es im Bereich der Psychotherapie mit gewissen, auch regional unterschiedlichen Strömungen des Zeitgeistes zu tun.

Neben den diagnostischen Merkmalen hatten in der Berliner Studie die Merkmale Intelligenz und Schichtzugehörigkeit einen Einfluss auf die Behandlungsindikation. So zeigte sich beispielsweise, dass bei Kindern aus mittleren und oberen sozialen Schichten mit normaler bis überdurchschnittlicher Intelligenz und primär internalen Störungen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie eine analytische Therapie erhalten, während bei Kindern aus niedrigerer Sozialschicht, mit unterdurchschnittlichem IQ und mit Entwicklungsstörungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bestand, dass Verhaltenstherapie oder sozialpädagogische Einzelfallhilfemassnahmen empfohlen werden. Der Einfluss von sozialer Schicht und Intelligenz war nun hier in Zürich gar nicht zu untersuchen, da der Anteil von Kindern aus niedriger sozialer Schicht ebenso verschwindend gering war wie der von Kindern, bei denen ein unterdurchschnittlicher IQ gemessen wurde. Bei der hier untersuchten Stichprobe von 150 Patienten handelt es sich also mindestens im Hinblick auf diese beiden Merkmale um eine etwas untypische kinderpsychiatrische Population. Vergleichsweise hoch ist der Anteil der Familientherapieindikationen, wenn man ihn mit dem Anteil in der Berliner Studie und in anderen Studien (Remschmidt und Walter 1989) vergleicht. Interpretationen müssen vorerst sehr spekulativ bleiben.

Meinem Eindruck nach hat die Familientherapie in Zürich im Vergleich zu anderen Verfahren von der Dichte der Ausbildungsangebote her eine grössere Popularität erlangt als andernorts, was sicher ein Grund für ihren hohen Anteil an den Behandlungsindikationen sein mag. Stärken und Schwächen sind für die Familientherapie tendenziell zu erkennen. Sie scheint Patienten mit internalen und psychosomatischen Störungen zu bevorzugen und Patienten mit

Abb. 2
Häufigkeit (%) indizierter Massnahmen
im Vorschul- und Schulalter



PVT: Psycho-Verhaltensth. FT:Familienth.
EB:Erziehungsberatung KI:keine Indik.
FSM:funkt.-sonderpädagogische Massnahme

externalen Störungen zu benachteiligen. In jedem Fall scheinen jüngere Kinder im Vorschulalter dieses Behandlungssetting empfindlich zu stören.

Eine wie in der Berliner Studie vorgenommene differenzierte Gegenüberstellung mit den anderen Therapieformen war - wie bereits gesagt - wegen der zu geringen Fallzahl hier nicht möglich. Die nach dem gemeinsamen Setting zusammengestellte Gruppe mit analytischer, verhaltenstherapeutischer und klientenzentrierter Behandlungsform erscheint in den Augen unserer Mitarbeiter für alle Formen psychischer Störungen gleichmässig geeignet. Im Gegensatz dazu steht die Behandlungsbedingung der ausschliesslichen Elternberatung. Sie kommt offenbar bevorzugt zum Einsatz, wenn die zur Anmeldung führenden Probleme noch unterhalb der Schwelle einer psychiatrischen Diagnose stehen.

Schlussfolgerungen

Man mag sich fragen, ob die in Berlin und tendenziell auch in Zürich gefundenen Stärken und Schwächen von Therapiemethoden nicht auch als Vorlieben und Abneigungen von Therapeuten aufzufassen sind. Gewiss hängt ja die Entscheidung ob man Analytiker, Verhaltenstherapeut, Spiel- oder Gesprächstherapeut ist, auch mit der Persönlichkeit des Therapeuten und mit seiner Neigung zusammen, z.B. lieber mit ängstlichen als mit aggressiven Kindern zu arbeiten.

Gleichwohl muss die *Aufgabe* letztlich der Massstab unseres Strebens sein, und diese Aufgabe ist durch die grosse Vielfalt unserer Patienten definiert. Ziel der Therapieausbildung muss es daher sein, sowohl die eigenen Motive und persönlichen Grenzen kennenzulernen als auch therapeutische Instrumente verschiedener Art anwenden zu lernen. Nur so, denke ich, ist eine Entwicklung *an der Aufgabe* möglich, die eine persönliche Entwicklung einschliesst.

Die schulenorientierten privaten Ausbildungsinstitute der verschiedenen Richtungen differenzieren in der Regel zu wenig in bezug auf die Erfordernisse in verschiedenen Lebensabschnitten. Sie sind meist an der Erwachsenentherapie ausgerichtet. Dabei ist erwiesen, dass z.B. Verhaltenstherapie im Kindesalter etwas ganz anderes als im Erwachsenenalter ist (von Aster 1989). Dasselbe gilt natürlich für die Psychoanalyse und die humanistischen Therapien, weniger allerdings für den systemischen Ansatz. Diese mangelnde Differenzierung sehe ich als einen grossen Nachteil des freien Ausbildungsmarktes an.

Kinder- und Jugendlichentherapie unterscheidet sich in einem weiteren wichtigen Aspekt von der Behandlung Erwachsener. Die vorgestellten Daten zeigen, dass wir es sehr oft mit Sorgen von Eltern und Bezugspersonen im Hinblick auf Entwicklungsprobleme ihrer Kinder zu tun haben, ohne dass diese Kinder schon ausgeprägte psychiatrische Störungen aufweisen. Auf die sich in diesem Zusammenhang stellenden, auch präventiven Aufgaben wird meines Erachtens in der Ausbildung zu wenig vorbereitet. Fertigkeiten in der konkreten Anleitung und

Unterweisung von Eltern, in Beratungstechnik und auch Kenntnisse über sonderpädagogische Methoden sollten einen festen Platz in der kindertherapeutischen Ausbildung erhalten.

Grawe fordert, dass sein Bergsteiger ein möglichst reichhaltiges Interventionsrepertoire im Gepäck haben soll, um gegenstandsangemessen auf alle Stolpersteine in dem bewegten Gelände reagieren zu können. So gesehen sind wir im KJPD mit dem viergliedrigen Ausbildungsangebot in Familientherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Spieltherapie auf einem guten und gewiss auch entwicklungsfähigen Weg.

Literatur

- Aster, M. G. von (1988). Verhaltenstherapie in der Anwendung - Auswertung von 633 Behandlungen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 34, 140-156.
- Aster, M. G. von, Reitzle, M., Steinhausen, H.-Ch. (1991). Zur Praxis der differentiellen Indikationsstellung pädagogischer und therapeutischer Massnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag 22. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg.
- Bozok, B., Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - Spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 56, 103-138.
- Casey, R. J., Berman, J. S. (1985). The Outcome of Psychotherapy with Children. Psychological Bulletin, 98, 388-400.
- Dührssen, A. (1985). Die kognitive Wende in der Verhaltenstherapie - Eine Brücke zur Psychoanalyse? Nervenarzt, 56, 479-484.
- Grawe, K. (1987). Die Effekte der Psychotherapie. In M. Amelang, Bericht über den 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986, Band 2. Hogrefe.
- Grawe, K. (1988). Der Weg entsteht beim Gehen - Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 20, 39-49.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H. (1990). Themenheft differentielle Psychotherapieforschung: 4 Therapieformen im Vergleich. Zeitschrift für klinische Psychologie, 19, Heft 4.
- Kazdin, A. E. (1990). Psychotherapy for Children and Adolescents. Annual Review of Psychology, 41, 21-54.
- Reinecker, H. (1982) Integration durch Handlungstheorien oder differentielle Indikation? In Quekelberghe, R. v., Eickels, N. v. (Hrsg.), Handlungstheorien, Tätigkeitstheorie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Remschmidt, H., Walter, R. (1989). Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Enke, Stuttgart.
- Wachtel, P. (1981). Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration. Klett-Cotta, Stuttgart.

Beispiele aus der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*

Rainer Bürki und Regula Knellessen

Dieser Beitrag über Therapien mit Kindern und Jugendlichen möchte einen kleinen Einblick in die Ausdrucksmöglichkeiten der kindlichen Seele geben. Wir werden im folgenden aus vier verschiedenen Therapien eine oder mehrere Arbeiten zeigen. Aus Persönlichkeitsschutzgründen dokumentieren wir hier nur drei Beispiele. Wir werden zu jedem Kind einige Hintergrundinformationen geben, die wir aber möglichst knapp halten wollen, um die Identität der betroffenen Eltern und Kinder zu schützen.

SIMON

Simon wird als 9jähriger Knabe durch die Mutter auf Druck des Lehrers angemeldet, dem das Kind wegen depressiver Verstimmungen aufgefallen war. Zu Hause sei Simon von der zufällig früher von der Arbeit heimkehrenden Mutter erwischt worden, wie er auf gefährlichste Weise versuchte, Vaters Pistole mit Munition zu laden. Schon vorher habe er auf der Strasse und beim Schwimmen mehrere "Fast-Unfälle" provoziert.

Simon ist Einzelkind und bisher unauffällig gewesen. Schwangerschaft, Geburt und die weitere Entwicklung verliefen normal und er wurde mit 7 Jahren eingeschult. Er ist ein guter Schüler, gut in die Klasse integriert und auch vom Verhalten her unauffällig. Der Vater arbeitet als Angestellter in einem kleineren Betrieb, die Mutter ganztags als Coiffeuse. Die Eltern sind seit 12 Jahren verheiratet und hatten nie nennenswerte Konflikte gehabt. Die Mutter verliebte

* Dieser Beitrag wurde im Symposiumsreferat so gestaltet, dass psychotherapeutische Zusammenhänge und Prozesse von Zuhörern innerlich nachvollzogen werden konnten. Für jedes Therapie-Beispiel wurde von Rainer Bürki eine Dia-Serie zusammengestellt, welche mit lyrischen Texten von Regula Knellessen synchron begleitet wurde. Von dieser Dia-Abfolge werden hier nur einige Bilder exemplarisch aufgeführt. Dieser spezielle Erlebnisprozess lässt sich in dieser Form nicht darstellen, da Inhalt und Form untrennbar verknüpft sind, zudem fehlt die Farbigkeit der Bilder. Dieser vorliegende Beitrag ist somit lediglich eine Dokumentation.

sich dann überraschend in einen anderen Mann und verlangte schon nach kurzer Zeit die Scheidung. Um Simon die Trennung vom Vater nicht allzu schwer zu machen, wurde er über die Situation erst zwei Tage vor dem Auszug des Vaters informiert. Obwohl der Vater über diese Situation sehr deprimiert war, gaben sich die Eltern Simon gegenüber betont unbekümmert und die ganze Trennungsangelegenheit wurde sachlich und freundlich abgehandelt. Am Tage des Auszugs zog zudem der neue Freund der Mutter in die Wohnung ein.

Das Sandbild zeigt einen Berg, eine Bergspitze mit Kristall und im Hintergrund eine Frauenfigur mit Blick auf den Kristall gerichtet. Im Vordergrund findet eine kleine Prozession statt, angeführt von einem Hand in Hand laufenden Bärenpaar, dahinter ein Jäger mit Gewehr und Hund und ein Mann mit leicht ausgebreiteten Armen. Dahinter ist eine Hühnerfamilie aufgestellt: Henne, Küken und der Hahn. Rechts stürzt ein Mann die steile Wand hinunter. Ein kleiner Junge beobachtet dies als einziger. Unten in der Schlucht wartet ein Nilpferd mit offenem Maul; eine Entenfamilie kommt angeschwommen. Eine Schildkröte läuft davon.



Sandbild von Simon



Details aus dem Sandbild von Simon

kassiopeia

keiner guckt hin
keine guckt hin

nur ich
gucke hin

niemand ruft stopp
keiner ruft oh weh

und wenn der hahn krächt
alles
verraten

paare
liebespaare
hochzeitspaare
elternpaare
scheidungs-paare
neue paare

in dieser welt
wie weiterleben

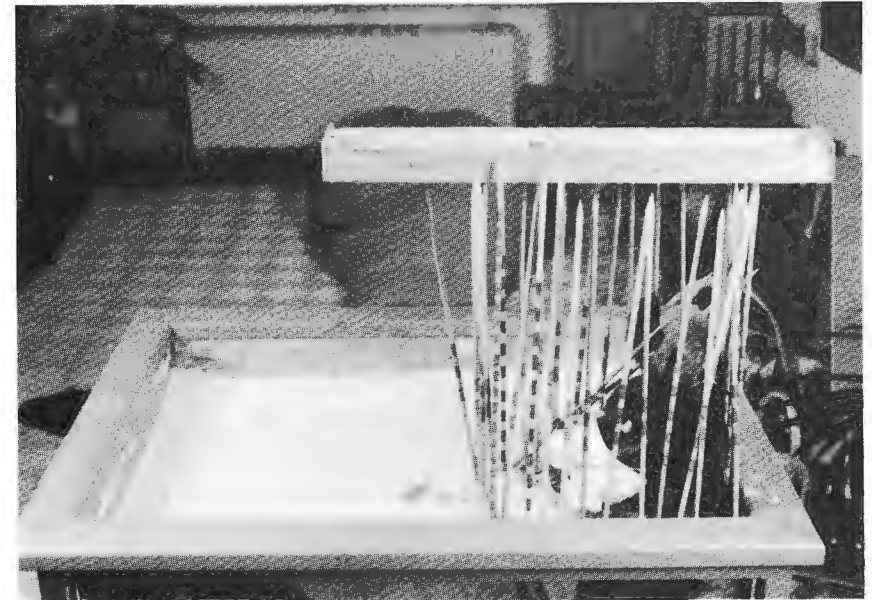
führ du mich
kassiopeia

LUKAS

Der 8jährige Lukas wird wegen elektivem Mutismus angemeldet. Schon von klein auf hat er ausser mit seinen Eltern und den beiden drei Jahre älteren Zwillingsschwestern nie mit Erwachsenen geredet. Auch in der Schule redet er nur mit anderen Kindern. Wenn er von Erwachsenen zum Antworten aufgefordert wird, erstarrt Lukas sichtlich zur Salzsäule und kann, gelähmt vor Angst, kaum mehr flüsternd die Lippen bewegen. Sozial isoliert hat er wenig Freunde. Er ist ein ängstliches Kind, unselbständig und mit wenig Selbstvertrauen. Zu Hause sei er trotzig und v.a. gegenüber der Mutter aggressiv. Die Mutter arbeitet zwei Halbtage pro Woche in einem Büro, der Vater ist beruflich in einer Computerfirma als stellvertretender Leiter sehr engagiert. Anamnestisch ist eine leicht verzögerte motorische Entwicklung und eine stark verzögerte Sprachentwicklung bekannt.

Die Therapie mit Lukas dauerte drei Jahre und spielte sich v.a. über Sandkasten und Handpuppen ab. Schon bald konnte er mit den Tier-Handpuppen normal reden, lange bevor das direkte Gespräch mit der Therapeutin möglich war. Lukas wurde zunehmend sicherer, eigenständiger und mutiger im Kontakt mit der Umwelt. Die regelmässig stattfindenden Elterngespräche wurden 1/2 Jahr über den Abschluss der Therapie weitergeführt und dann auch beendet. Lukas spricht heute wieder mit Erwachsenen, ist sozial integriert, hat Freunde, ist in der Pfadi und im FC. In der Schule besucht er jetzt die Kleinklasse D, wo er gut mitkommt. Auch die Beziehung zu den Eltern hat sich entspannt.

Das Sandbild entstand nach 2 1/2 jähriger Therapie in einer Phase, wo Lukas neben seinen Lieblings-Handpuppen, der Maus und dem Nilpferd, sich für den aggressiven Wolf zu interessieren begann. Seine Beziehung zum Wolf war sehr ambivalent: einerseits bestand sie aus Faszination, andererseits ignorierte Lukas den Wolf immer wieder. Dem Bild ging eine Sequenz voraus, wo Lukas dem Wolf erklärte, dass er ihn leider oft vergessen habe einzuladen, wenn die Tiere sich am Sandkasten versammelten. Während des Gespräches fütterte er den Wolf mit Hühnern, plagte ihn aber danach wieder aggressiv. Zuletzt versprach Lukas dem Wolf, er würde ihn häufiger und regelmässig zu den Tierversammlungen einladen, wenn der Wolf einmal einen ganzen Tag lang lieb sein würde. Um dem aggressiven Wolf dabei behilflich zu sein, sperrte er ihn einen ganzen Tag lang ins Gefängnis, damit er weder reden noch beißen konnte.



Sandbild von Lukas

der wolf

in schach halten
 euch
 ihr wölfe
 ihr erwachsenen
 beissende
 fressende
 verschlingende
 vernichtende

wölfe
 ihr
 lauernd
 wartend
 euch zu stürzen
 auf mich

wölfe
 ihr
 nehmt mir
 haut
 und haare
 lähmt mir
 zunge
 atem
 herz

in schach halten
 dich
 wolf in mir
 schlafend -
 wärest du wach
 wehe euch
 wehe mir
 losbrechen
 würdest du
 verschlingen
 vernichten
 die welt
 in trümmer

und trotzdem -
 wärest du wach
 mich zu stärken
 mich zu schützen
 mir beizustehen
 in der welt
 der wölfe

in schach halten
 dich
 wolf
 sichtbar
 hilflos
 hinter gitterstäben

meine angst
 wird deine angst
 mein gefängnis
 dein gefängnis

ROLF

Rolf wurde als 7jähriger Bub durch den Hausarzt angemeldet, der bereits vor drei Jahren eine progressive Muskeldystrophie diagnostiziert hatte. Es stellten sich die Fragen der Einschulung und einer therapeutischen Betreuung für Rolf.

Rolf war der ältere von zwei Kindern. Seine Eltern arbeiteten in der Fabrik und die Grossmutter kam bis zu ihrem Tode regelmässig vorbei und hütete die Kinder. Die Abklärung zeigte einen starken Entwicklungsrückstand im sozialen, affektiven, sprachlichen und kognitiven Bereich. Durch die motorische Behinderung in den Beinen war Rolf schon seit seiner frühen Kindheit gehbehindert und brauchte zum Zeitpunkt der Abklärung beim Treppensteigen unterstützende Hilfe. Er war bis zu diesem Zeitpunkt nicht über seine unheilbare und zum Tod führende Krankheit aufgeklärt worden. Dies erfolgte erst später in der Therapie, im selben Jahr, als Rolf mit acht Jahren in die Sonderklasse A eingeschult wurde.

Mit neun Jahren konnte Rolf seine Beine endgültig nicht mehr zum Gehen gebrauchen und bekam einen Rollstuhl. Im selben Jahr begann er Bilder von Totenköpfen zu zeichnen und modellierte aus Ton Skelette. Das Gespräch über die Krankheit und den Tod wurde aber erst viel später möglich. Mit zwölf Jahren setzte die Pubertät ein. Rolf malte grosse Männer mit starken Muskeln. Mit dreizehn Jahren konnte Rolf seinen Körper nicht mehr selber aufrechterhalten und war von nun an den ganzen Tag an den Rollstuhl gebunden. Mit sechzehn Jahren war Rolf vollkommen pflegebedürftig und er wurde auf körperliche Berührungen jeglicher Art sehr empfindlich. Er lebte immer noch zu Hause, wo jetzt ein Kran im Badezimmer installiert werden musste.

Mit achtzehn Jahren trat Rolf in ein Heim ein, wo eine intensive Auseinandersetzung mit seiner tödlichen Krankheit einsetzte. Seine Finger wurden dann so schwach, dass er nicht mehr zeichnen konnte. Am Ende seines neunzehnten Lebensjahres starb Rolf in den frühen Morgenstunden. Rolf ist ein begabter Zeichner gewesen und konnte sich so auf eine eindrucksvolle Art mit seiner Krankheit auseinandersetzen. Einige seiner Zeichnungen sind auf den folgenden Seiten wiedergegeben.



Zeichnung von Rolf

der tod

wer bist du
tod
wer bist du

niemand
weiss bescheid

wo
versteckst du dich
wo
lauerst du

wie siehst du aus
von welcher seite
magst du kommen

wer bist du
tod
wer bist du

zeig dein gesicht
stell dich mir entgegen

wie stark magst du sein

auch ich bin stark
bin bewaffnet

sag
wo versteckst du dich

wer bist du
tod
wer bist du

niemand
weiss bescheid

hast dich eingenistet
in meinem körper
mich getroffen
mit deinem pfeil

mutter hat angst
vater hat angst
schwester hat angst
ich habe angst

alle
haben angst



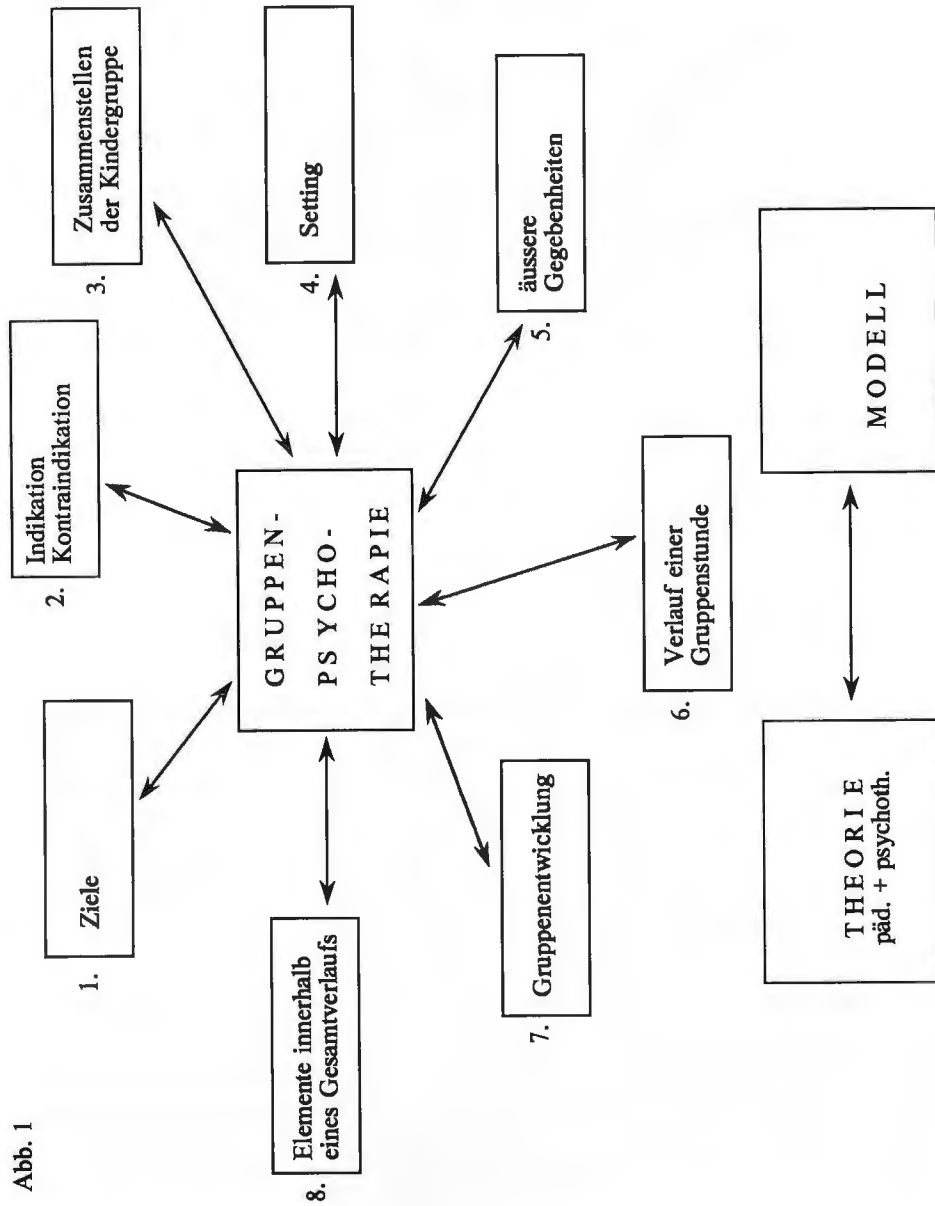
Gruppentherapie als psychologisch-pädagogischer Lernprozess

Andreas Sarasin

Seit es Menschen gibt, ist das Phänomen der Gruppe von besonderer Wichtigkeit und Faszination. Gruppen wie Familie, Schulklasse, Berufsteam, Arbeitsgruppe und auch Therapiegruppe haben gemeinsam, dass sie je ihre eigene dem Kontext entsprechende Dynamik haben. Diese Dynamik hat ihre Wirkung auf die Gruppenmitglieder, die bekanntlich ihrerseits den Gruppenprozess wiederum beeinflussen und prägen. Diese Wechselwirkung macht sich auch die Gruppenpsychotherapie zunutzen.

Gruppenpsychotherapie ist von sehr vielen Faktoren abhängig und wirkt in ihrem jeweiligen Verlauf mehr oder weniger stark zurück auf diese Faktoren. Impulse für die einzelnen Gruppenmitglieder werden gesetzt, welche die Entwicklung des Einzelnen begünstigend vorantreiben. Die wichtigsten Faktoren, welche die Gruppenpsychotherapie wechselseitig beeinflussen, sind in Abbildung 1 dargestellt.

1. Die *Ziele* für eine Gruppenpsychotherapie, die man beginnen will, stehen an erster Stelle. Bei einer psychotherapeutisch geführten Gruppe ist es sinnvoll, sich über die Therapieziele der einzelnen Gruppenmitglieder immer wieder Gedanken zu machen.
2. Die *Indikation und Kontraindikation* muss bei der Gruppenzusammenstellung sorgfältig beachtet werden. Dies ist deshalb so wichtig, weil ein Gruppenprozess, der günstig verlaufen könnte, durch eine allzu störende Symptomatik Einzelner empfindlich beeinträchtigt werden kann.
3. Das *Zusammenstellen der Kindergruppe* geschieht vorteilhafterweise im Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen, ebenfalls in einem Gruppenprozess. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass eine prozesshaft zusammengestellte Gruppe dem Therapeuten den Einstieg in die Gruppenarbeit wesentlich erleichtert.
4. Das *Setting* muss dem Alter der Gruppenteilnehmer, dem Kontext der Institution sowie den Möglichkeiten des Therapeuten angepasst werden.
5. Schon bevor die Gruppentherapie konkret geplant wird, müssen die *äusseren Gegebenheiten* genau abgeklärt werden. Es ist wesentlich, im voraus zu wissen, in welchen Räumen, in welchen Waldstücken, in welchen Gärten und unter welchen Umständen mit der allenfalls zustande kommenden Gruppe Aktivitäten möglich sind. Bei eingeschränkteren räumlichen Möglichkeiten



wird bestimmt eine andere Art Gruppe zustande kommen, als bei der Möglichkeit, eine Waldhütte mit grossem Umschwung und einer Wiese zur Verfügung zu haben.

6. Den *Verlauf einer Gruppenstunde* habe ich jeweils exakt geplant. Mit der Zeit haben sich feste Bestandteile ergeben, die ich in jeder Stunde durchführen will. Gleichzeitig ist an dieser Stelle eine hohe Flexibilität nötig, um momentan in der Gruppe Gegenwärtiges aufnehmen und in den Prozess einbauen zu können.

7. Die *Gruppenentwicklung* sollte immer wieder Beachtung finden. Es ist günstig, sich dazwischen immer wieder gewahr zu werden, in welcher Phase sich die Gruppe im Moment befindet (verschiedene Phasenmodelle).

8. Mit *Elementen* innerhalb eines Gesamtverlaufs meine ich Aktivitäten, welche dem Gruppenprozess und der allgemeinen Beziehungspflege innerhalb der Gruppe dienen. Dazu gehören das Feiern von Festen u.a.m.

Diese acht Elemente sind wesentliche Bestandteile der Gruppenpsychotherapie; ich werde auf einzelne im Folgenden eingehen.

Die pädagogisch-psychotherapeutische Theorie einerseits und das Modell andererseits bilden die Basis für die Gruppenpsychotherapie. Es stehen das sich entwickelnde Modell mit der Theorie in einer Wechselwirkung, sie bedingen sich gegenseitig. Es scheint mir wichtig, dass der Therapeut sich immer wieder in diesem Spannungsfeld zwischen konkretem Modell und der Theorie bewegt und sich der Auseinandersetzung auch mit neuesten Ansätzen stellt.

Die Entstehung eines psychologisch-pädagogischen Modells

Vor zehn Jahren begann ich mit drei als schwierig bezeichneten Knaben in unserem Estrich wöchentlich eine Stunde zu spielen. Auf diesem Estrich waren damals noch eine alte Feuerwehrspritze, Sandsäcke, Reserveziegel für das Dach und eine beträchtliche Menge Staub und tote Insekten. Im Hintergrund hatte ich ansatzweise das Konzept der Psychoanalyse und versuchte einigermaßen methodentreu vorzugehen. Schon bald wurden meine keuschen Bemühungen von den Knaben ignoriert und übergangen. Sie wollten keine endlosen Gespräche führen und meine doch so weisen Deutungen interessierten sie schon gar nicht.

Um aus dieser clownesken Karikatur-Rolle herauszukommen, befasste ich mich mit verschiedenen anderen Konzepten wie Verhaltenstherapie, themenkonzentrierter Interaktion, Psychodrama und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Aus jeder der genannten Methoden gibt es Elemente, welche gerade für Kindergruppen grundlegend wichtig sind. Gleichzeitig wurde mir bewusst, dass in jeder der genannten Methoden auch Wesentliches fehlte, um mit Kindern in einer Gruppe arbeiten zu können.

Die endlosen Gespräche und Deutungen sowie die unendlich gewährende Handlungsfreiheit für die Kinder fand ich ebenso einseitig wie das pausenlose Spiel, das mich neunzig Minuten lang in der Rolle eines friedlichen Bärenvaters auf allen Vieren herumgehen liess. So versuchte ich aus den verschiedenen Therapiemethoden Elemente herauszunehmen, die mir für die Zielsetzung bezüglich der Kinder mit ihren Störungen sinnvoll schienen. Dabei wurde bald klar, dass diese eher pragmatisch-eklektische Vorgehensweise einer klaren Strukturierung und durchdachten Ordnung bedurfte. Ich musste mich theoretisch mit den verschiedensten Ansätzen befassen, um sie aus der persönlichen Integration heraus anwenden zu können. In jedem der genannten Ansätze ist eine mehr oder weniger stark ausgeprägte *Lenkung* bzw. *Führung* der Gruppenkinder nötig. Dies trifft für alle genannten Methoden zu. In den Theorien wird allerdings selten explizit davon gesprochen. Verheerend wirkt es sich deshalb aus, wenn man als Therapeut so handelt, als würde man sich jeglicher Führung enthalten. Im Grunde strahlt der Therapeut aber klar aus, wie er es eigentlich haben will, damit er von einem guten Verlauf der Stunde reden kann. Ich denke, diese Doppelbotschaft lässt sich durch eine klare Haltung vermeiden: *Ein grosser Anteil einer jeden Kindergruppentherapie ist Pädagogik*. Was dies im einzelnen heisst, muss ausdifferenziert werden. Als Beispiel nenne ich drei Schwerpunkte.

In Tabelle 1 sind drei Beispiele für die Gegensätzlichkeit von pädagogischem und psychotherapeutischem Denken aufgezeigt. Die *Therapieziele* können sowohl pädagogisch als auch psychotherapeutisch betrachtet werden und stehen somit oft in einem Gegensatz. Auf der pädagogischen Seite wird von klaren Verhaltenszielen gesprochen. Der Therapeut hat ein Bild, wie das Kind sich z.B. beim Vorbereiten einer Mahlzeit zu verhalten hat. Auf der psychotherapeutischen Seite geht es um Therapieziele. Der Therapeut hat dort kein klares Ziel bezüglich Verhalten, sondern fördert das Bewusstsein der Kinder zur inneren Wahrnehmung. Daraus kann ein Verhalten, allenfalls ein überraschend neues Verhalten entstehen. Die Ziele sind pädagogisch gesehen eher gegenwarts- und zukunftsorientiert, während sie auf der psychotherapeutischen Seite eher gegenwarts-vergangenheitsorientiert sind.

Als *Arbeitsmittel* verwendet der pädagogische Leiter das Vorbild, die Führung und Korrektur. Der psychotherapeutische Leiter einer Gruppe stellt eher die Assoziation und die Interpretation in den Vordergrund. Der *Bezug zur Realität* ist von der pädagogischen Sichtweise her primär stofflich geprägt mit anschliessendem Phantasieren. Es werden äussere Lebenstechniken vermittelt. Auf der psychotherapeutischen Seite geht es zunächst um Phantasien, die dann einen stofflichen Ausdruck bekommen. Im Zentrum steht dort das Vermitteln von Fähigkeiten, innerlich wahrzunehmen. Die pädagogische und psychotherapeutische Denkweise kann gegensätzlich und sehr verschieden sein. Ich bin davon überzeugt, dass jeder Psychotherapeut, der mit Kindergruppen arbeitet, diese Spannung zwischen pädagogischem und psychotherapeutischem Denken innerlich auszuhalten hat. Ich habe die Erfahrung

Tabelle 1: Drei Beispiele für die Gegensätzlichkeit von pädagogischem und psychotherapeutischem Denken

	pädagogisch	psychotherapeutisch
1. Ziele	<p><i>Verhaltensziele</i></p> <p>es besteht ein klares Bild vom Verhalten beim Therapeuten. (z.B. Vorbereitung Z'vieri)</p> <p>eher <i>gegenwarts-zukunfts-</i>orientiert</p> <p>("Ich will, dass du lernst für alle etwas zu tun.")</p>	<p><i>Therapieziele</i></p> <p>es besteht kein klares Bild. Der Therapeut fördert das Bewusstsein der Kinder zur inneren Wahrnehmung. Raum geben, daraus ein Verhalten ableiten.</p> <p>eher <i>gegenwarts-vergangenheits-</i>orientiert</p> <p>(Wer hat dich früher geplagt, dass du jetzt....)</p>
2. Arbeitsmittel	<p>Vorbild</p> <p>Führung</p> <p>Korrektur</p>	<p>Assoziation</p> <p>Interpretation</p>
3. Bezug zur Realität	<p>zunächst <i>stofflich</i></p> <p>dann <i>Phantasien</i></p> <p>("Wir malen heute alle ein Bild.")</p> <p>Vermittlung von äusseren Lebenstechniken</p> <p>("Schau her, das macht man so.")</p>	<p>zunächst <i>Phantasien</i></p> <p>dann <i>stofflich</i></p> <p>("Du hast mir deine Stimmung erzählt, versuch sie mit Farben aufs Papier zu bringen.")</p> <p>Vermittlung der Fähigkeit, innerlich wahrzunehmen.</p> <p>("Du gibst dich zwar sehr freundlich, könnte es sein, dass du trotzdem sauer bist?")</p>

gemacht, dass aus dieser Spannung heraus sehr viel Energie für kreative Interventionen von seiten des Therapeuten frei wird.

Sowohl die pädagogische als auch die psychotherapeutische Kolonne in Tabelle 1 liesse sich mehrfach verlängern. Wenn ich also vom psychologisch-pädagogischem Lernprozess rede, meine ich, dass der Gruppenpsychotherapeut sowohl pädagogische als auch psychotherapeutische Gedanken, Ideen und Impulse wahrnimmt und sie umsetzt. Aus dem bestehenden Widerspruch, der teilweise recht spannungsvoll werden kann, hat der Therapeut immer wieder zu entscheiden, welchen Weg er gehen will, welche Interventionen gerade dran sind. Im folgenden soll das pädagogisch-psychotherapeutische Modell konkret dargestellt werden.

Setting, Verlauf einer Gruppenstunde und Medien

Die Gruppenstunde findet wöchentlich am Mittwoch-Nachmittag von 16.15 h bis 17.45 h statt. Die Eltern werden gebeten, die Kinder nur in Notfällen von der Gruppe fernzuhalten (Gruppenprozess versus Einzelne in einer Gruppe). Es beginnen alle Kinder die Gruppe gleichzeitig und bleiben in der Regel für 1 bis 1 1/4 Jahr dabei. Die ersten fünf Stunden bedeuten für jedes Kind und mich Probezeit, damit mit ungünstigen Überraschungen besser umgegangen werden kann. Die Gruppenstunde findet in einem ca. 50 m² grossen Estrich mit kleinem eingebautem Balkon statt. Der Gruppe gehören fünf bis sieben Kinder an, welche v.a. in ihrem Entwicklungsalter übereinstimmen, hinsichtlich des Kalenderalters aber nicht mehr als drei Jahre auseinander liegen sollten. Selbstverständlich werden noch andere Indikationskriterien berücksichtigt, über die ich noch reden werde. Die *Gruppen-Zusammenstellung* findet in unserem Arbeitsteam nach einem fünfstufigen Modell aus dem Psychodrama statt. Nachdem wir gemeinsam den Altersspielraum in Orientierung an den z.Zt. uns besuchenden Kindern festgelegt haben, versucht jeder Therapeut die emotionale Struktur seiner Klienten-Familie gegenüber darzustellen.

Anschliessend fügen wir die zukünftige Gruppe mit den bereits in den jeweiligen Familien vorhandenen kleinen Gegenständen zusammen. Wir überlegen gemeinsam, inwiefern die Indikation bzw. Kontraindikation für die einzelnen Kinder gegeben ist. Jeder Mitarbeiter, der ein Kind in die Gruppe abgibt, bleibt mit den Eltern des Kindes in Verbindung und arbeitet mit ihnen weiter. Während des Therapieverlaufs komme ich als Gruppentherapeut ab und zu in eine Elternbesprechung und berichte über die Entwicklung des Kindes.

Tabelle 2 zeigt, wie die 1 1/2 Std. strukturiert sind: In der *Anfangsrunde* sitzen alle im Kreis und jeder erzählt etwas für ihn Wesentliches von der vergangenen Woche. Kinder lernen dabei, im kleinen Kreis aufeinander einzugehen und Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden; sie lernen, zu gewichten, was für sie bedeutsam war u.a.m. Die Gruppenstunde

hat einen Anfang, die Stimmung eines jeden ist verbal und nonverbal spürbar, auch für den Therapeuten.

Anschliessend an die Anfangsrunde kommt meistens ein *Körperbewegungsspiel*, das in den letzten Jahren meist in einer Kissenschlacht bestanden hat. Zwei Parteien werden gebildet, sie bauen aus 50 cm grossen Würfeln und grossen Sitzkissen je eine Burg. Die beiden Burgen stehen einander im Abstand von ca. 4 m direkt gegenüber. Jede Partei hat sechs kleine Wurfkissen, mit welchen ein Gegner getroffen werden kann. Jede Partei hat zudem acht Punkte auf ihre Spieler verteilt, die mit einem direkten Treffer abgetragen werden. Die Spieler verlieren einen Punkt, wenn sie von einem kleinen Wurfkissen vom Gegner getroffen werden. Die Partei, die nach 5 - 10 Minuten Spielzeit (die Dauer wird vom Spielleiter festgelegt) noch am meisten Punkte besitzt, hat gewonnen. Die Erfahrung zeigt, dass stille und zurückhaltende Kinder sich völlig ausgeben, laut schreien und von Aufregung und Freude jauchzen. Die Kinder, die bluffen, werden von selbst im Spiel zurückgeholt. Wer Angst hat, kann sich in der Burg verstecken. Allerdings fehlt er dann für die Mannschaft und wird auf natürliche Art von den Kollegen hereingeholt. Als Therapeut bin ich Schiedsrichter und kann dosiert und gezielt unterstützen, ermutigen oder individuell anregen, dieses oder jenes Verhalten zu versuchen.

Tabelle 2: Verlauf einer Gruppenstunde (* obligatorische Elemente)

-
1. Anfangsrunde *
 2. Körperbewegungsspiel * (meistens Burgspiel)
 3. freie Aktion (reden, raufen, vorbereiten eines Spieles..)
 4. Z'vieri * (ein grosses Bisquit und Sirup)
 5. kreatives Spiel (malen, Theaterspiel, tonen, Orchester, in der Werkstatt basteln,)
 6. Regelspiel (Carambole, Uno, würfeln, u.a.)
 7. Schlussrunde * (evtl. Einzelkontakt)
-

Die *freie Aktion* ist ein fakultatives Element. Es bildet den Übergang des Körperbewegungsspieler zum Z'vieri und ist manchmal nötig bzw. sinnvoll. Es ergibt sich aus dem Burgspiel manchmal von selbst ein ruhigeres Spiel wie Memory, Carambol, Seilspiel, noch etwas raufen, singen u.a.m. Der Z'vieri ist ein sehr wesentlicher Bestandteil des Nachmittags und findet jedesmal statt. Er ist auch obligatorisch für alle Gruppenmitglieder. Nach einer festgelegten Reihenfolge hat immer ein Kind die Verantwortung, den Z'vieri zuzubereiten. Er legt die Guetzli auf einen Teller, stellt Gläser hin und bereitet Sirup zu, schenkt ein und übernimmt anschliessend die Verantwortung für das Aufräumen. Dieser Einsatz für die ganze Gruppe ist für viele Kinder fremd. Die soziale Bezogenheit und das informelle Besprechen aktueller Themen verbunden mit einem lustvollen Z'vieri stehen hier im Vordergrund. Beispielsweise hat ein Knabe, der im Quartier und in der Schule ein starker Aussenseiter war, die Frage in den Raum gestellt, wie andere denn Freunde gewonnen haben. Es ist ein angeregtes Gespräch entstanden, das für alle in der Gruppe sehr wichtig war. In einem solchen Falle ist es selbstverständlich, dass ein allenfalls vorbereitetes Spiel nicht durchgeführt wird.

Das *kreative Spiel* kann Fortsetzung der freien Aktion sein oder aber ganz neu entstehen. Es ist fakultativ und oft werden ähnliche Dinge wie bei der freien Aktion gewählt. Es wird oft Theater gespielt, als Orchester musiziert, Verkleidung und anschliessend Modeschau gemacht, Rollenspiel auf Video aufgenommen und besprochen, in der Werkstatt gebastelt oder ein Bild gemalt. Das kreative Element ist mir deshalb wichtig, weil ich die Kinder in ihren bestehenden Fähigkeiten zu einem ihnen gemässen persönlichen Ausdruck bringen will. Gerade darin sehe ich einen Weg, affektiv unterernährte Kinder, Entwicklungsrückständige oder Hyperaktive zu einem Ich-stärkenden Erlebnis zu führen.

Wenn noch Zeit vorhanden ist, kann ein *einfaches Regelspiel* am Tisch einen gruppenadäquaten Abschluss bedeuten. Dieser Teil kann je nach Gewichtung der anderen Teile gut weggelassen werden, es kommt auch stark auf die Gruppenentwicklung und auf die Stimmung des jeweiligen Tages an, ob ein solcher Einschub sinnvoll ist oder nicht.

Die *Schlussrunde* ist wiederum sehr wichtig und obligatorisch. Alle sitzen wieder im selben Kreis wie am Anfang und versuchen die Frage zu beantworten: "Wem ist heute etwas aufgefallen?" Meistens kommen Feedbacks zum Nachmittag, über die man das einzelne Kind nochmals in einen kleinen Austausch hineinnehmen kann. Manchmal mache ich bestätigende bzw. unterstützende Bemerkungen, es im Alltag in dieser Richtung weiter zu versuchen. Oft kommen Äusserungen über das Gelingen bzw. Misslingen oder ein allgemein beobachtetes Verhalten eines anderen Kindes, das man neuerdings so erlebt habe oder auch manchmal störend empfinde.

Ab und zu will mir ein Kind noch alleine etwas erzählen, will konkret in einer persönlichen schwierigen Situation um Rat fragen. Ein Knabe wusste, dass er beim Nachhausekommen mit

dem Riemen geschlagen werde. Sein Vater war jähzornig. Ein anderes Kind hatte gestohlen und wollte mit mir alleine über die Wiedergutmachung sprechen. Aus solchen Einzelkontakten entstehen meistens Telefongespräche oder direkte Kontakte mit den Eltern und dem verantwortlichen Therapeuten.

Indikation und Zielsetzung der Gruppen-Psychotherapie

Indiziert ist eine Gruppen-Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, die unter psycho-neurotischen oder psycho-somatischen Störungen leiden. Ebenso profitieren Kinder mit ängstlichem oder sozial gestörtem Verhalten meistens in einer Gruppentherapie. Zur Indikation und Kontraindikation für Gruppen-Psychotherapie liegt sehr wenig empirische Literatur vor. Ich stelle deshalb gerne meine aus der Erfahrung entstandene eigene Liste vor.

Tab. 3: Indikation und Kontraindikation für Gruppenpsychotherapie

Indikation:	<ul style="list-style-type: none"> - Gehemmte, Ängstliche - Emotional unreife Kinder und Jugendliche - Kinder mit ungenügendem Selbstwertgefühl - Kinder, die soziales Lernen im geschützten Rahmen brauchen - starke Reaktionsbildung - phobische Ängste - starkes Vermeidungsverhalten - psychosomatische Störungen
Kontraindikation:	<ul style="list-style-type: none"> - Verwahrlosungen; besonders frühe Störungen - Ausgeprägter Narzissmus - Starke Aggressivität, Sadismus, Stehlen - Motorisches Abreagieren von Spannungen - Extrem starke Ausdruckshemmung - Frei flottierende Ängste - Pathologisches Absondern - Extreme Geschwisterrivalität - Extremes Strafbedürfnis - Formen starker Eigenaggression

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass die meisten Symptome, wenn sie extrem auftreten, für die Behandlung in einer Gruppentherapie kontraindiziert sind. Schmidtchen (1989) bemerkt, dass sowohl sehr unruhige und aggressive Kinder als auch extrem stille Kinder in einer Therapiegruppe nicht tragbar sind. Sie würden sehr rasch zum Sündenbock gemacht und ausgestossen. Eine positive Beziehung zu allen Gruppenmitgliedern und zum Therapeuten sollte jedoch ermöglicht werden. Diese Aussage deckt sich mit meinen Erfahrungen. Schmidtchen gibt weiter an, dass für die Zusammenstellung der Gruppe jedes Kind zunächst für eine Einzeltherapie aufgeboten werden sollte. Ich bin dieser Strategie gegenüber kritisch, da einerseits die Kapazität an der Regionalstelle des KJPD fehlt und andererseits das Verhalten eines Kindes in der Einzelsituation grundsätzlich anders als in der Gruppe ist. Der Vorteil besteht allerdings darin, dass ein Kind bei Versagen in der Gruppe wieder zurück zum Einzeltherapeuten kommen kann.

Die *Ziele* der Gruppentherapie ergeben sich im wesentlichen aus der zugrunde liegenden Problematik und sind aus Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4: Ziele der Gruppenpsychotherapie (In Orientierung an Schmidtchen 1989)

-
- Förderung sozialer Verhaltensweisen;
 - Selbstwertstabilisierung durch kritische und einfühlsame Bewertung der Gruppenmitglieder;
 - realistischere Selbstwahrnehmung;
 - verbesserte soziale Empathie;
 - Erwerb von Strategien zur Bedürfnisbefriedigung und Bewältigung bestimmter Probleme;
 - Erwerb von Strategien zur Selbstdurchsetzung und Kompromissbildung;
 - Erwerb von Fähigkeiten zur Annäherung und Abgrenzung von anderen Menschen;
 - Erwerb von Fähigkeiten zum gemeinsamen Erleben von Gefühlen wie Spass, Freude, Trauer, Wut, Aggression etc.;
 - Ausprobieren neuer Verhaltensweisen im geschützten Rahmen der Gruppe.
-

Schwerpunkte in einem Gesamt-Therapieverlauf

Im Verlauf der 45 bis 50 Gruppenstunden haben sich über die Jahre einzelne Schwerpunkte sehr bewährt. Es handelt sich um Themen und Aktionen, welche den gesamten Gruppenprozess und Therapieverlauf unterstützen und positiv beeinflussen. Tabelle 5 gibt die wichtigsten Schwerpunkte im Gesamtverlauf an.

Tabelle 5: Schwerpunkte im Gesamtverlauf

-
1. Kinder stellen sich immer wieder von neuen Seiten und in neuem Kontext vor
 2. Definition der Gruppe durch Namengebung und Grunddefinition der Beziehungen
 3. Ein Fest feiern
 4. Eine Exkursion durchführen
 5. Aktuelle Themen etwas gründlicher anschauen (Sexualität; Scheidung; Alkohol....)
 6. Informelle Spielstunden
-

Das *Vorstellen* der einzelnen Kinder in der Gruppe geschieht nicht nur einmalig, sondern bewusst in neuer Form immer wieder. In der ersten Stunde kann ein Steckbrief geschrieben werden; jedes Kind erzählt zu einzelnen Punkten von sich selbst. Nach ca. der 5. Stunde werden Hobbies vorgestellt. Wenn im kreativen Teil ein Produkt entsteht, wird dieses personenbezogen in die Gruppe eingebracht. "Was hast Du Dir bei dieser Figur gedacht?" "Welche Stimmung hattest Du oder woran denkst Du, wenn Du Deine Farbzusammenstellung siehst?" Das Thema *Schule* und *soziale Situation zu Hause* kommt nach ca. 3/4 Jahren zur Sprache. Das neue Vorstellen kann auch in den letzten Stunden noch vorkommen, in welchen beispielsweise die besonderen Tätigkeiten in den kommenden Ferien, Berufswünsche bzw. Geburtstagswünsche u.a. besprochen wird.

Es hat sich bewährt, die Gruppe auf zweifache Weise zu definieren:

- a) Die Gruppe soll sich selbst einen Namen geben, was meist auch kein Problem ist und schon bereits einen guten und positiven Gruppenprozess in Gang bringt. (z.B. Horstvögel, Pandabären-Club).

b) Die Beziehungsform soll definiert sein, z.B. "Wir halten grundsätzlich zueinander, wie Freunde in einer Bande. Da kann es Streit, Wut, Trauer, Zärtlichkeit u.a. mehr geben". Die Beziehungsform soll nicht unbewusst unklar bleiben. Die Kinder werden somit dazu geführt, sich zu überlegen, ob sie eine solche Beziehungsform versuchen wollen oder nicht. Nach den ersten fünf Stunden entscheidet der Therapeut in Absprache mit den Kindern, ob die Gruppe für den Rest der Zeit in dieser Zusammensetzung bleiben wird.

Es wird mindestens ein *Fest* gefeiert (z.B. Weihnachten, ein Tanzfest mit Jugendlichen, Abschlussfest der Gruppe u.ä.m.) Im Verlauf der Therapiezeit soll ferner eine *grössere Unternehmung*, welche für alle etwas besonderes bedeutet, organisiert werden. In einer Gruppe hatten wir "Fischen" als Hobby von vier Kindern. Wir besuchten um fünf Uhr morgens einige Berufsfischer auf dem Zürichsee, als sie ihre Netze eingezogen hatten. Drei einer anderen Gruppe waren Eisenbahnfans. Mit der Draisine fuhren wir durch den Embracher Tunnel und schauten nach der Rückfahrt das Stellwerk des Bahnhofs Bülach an. Eine Schifffahrt auf dem Rhein mit anschliessendem Flussbad oder der Besuch der Glashütte Bülach sind weitere Beispiele. Meistens sind solche Exkursionen für die Kinder sehr wichtig.

Je nach Gruppen-Zusammensetzung und Art der Kinder kommt das Thema Sexualität von selbst auf und soll als Schwerpunkt im Gespräch auch Platz finden. Dazu kommt die Absprache mit den Eltern, die entweder zuvor oder parallel sorgfältig durchgeführt werden muss. Gefässe für solche Themen sind Anfangs- oder Schlussrunden sowie das Gespräch beim Z'vieri.

Dazwischen schalte ich immer wieder rein informelle Spielstunden ein, bei welchen der genannte strukturelle Rahmen nur mit Anfangs- und Schlussrunde eingehalten wird. Diese Spielstunden können beispielsweise im Wald oder im Turntenu in einer Turnhalle stattfinden oder Baden im See oder Bräteln am Waldrand beinhalten.

Es sollte deutlich geworden sein, dass eine theoretische Auseinandersetzung im pädagogischen und psychotherapeutischen Bereich sowie das konkrete Planen verschiedener Elemente genauso wichtig ist, wie die momentane und spontane Reaktionsweise des Gruppenleiters. Oft gibt es auch verschiedene Wege, welche dem einzelnen Kind zu einem neuen Entwicklungsschritt verhelfen. In diesem Sinne ist die Tätigkeit des Gruppenpsychotherapeuten hochgradig kreativ.

Literatur

- Antons, A., Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Hogrefe, Göttingen 1976.
 Battegay, R., Der Mensch in der Gruppe. Huber, Bern 1973.
 Gutjons, H., Spielbuch Interaktionserziehung. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1990.

Rappe-Giesecke, K., Theorie und Praxis der Gruppen- und Team-Supervision. Springer, Berlin 1990.

Richter, H.E., Die Gruppe, Rowohlt, Reinbek 1978.

Schmidtchen, S., Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Ziele, Methoden. Kohlhammer, Stuttgart 1989.

Slavson, S.R., Schiffer, M., Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Ein Arbeitsbuch. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1976.

Die Zusammenarbeit von Pädiatrie und Kinderpsychiatrie in der Kinderklinik: Weiterentwicklung des Winterthurer Modells

Cornelia Bessler

Betrachtet man die heutigen Entwicklungstendenzen in der Medizin, so werden zwei diametral entgegengesetzte Strömungen offensichtlich. Zum einen entwickelt sich eine zunehmend differenzierte Spezialisierung der verschiedenen Fachgebiete, welche mit einer fortschreitenden Technisierung einhergeht. Das so entstehende Spezialwissen erschwert die Kommunikation zwischen Experten und verunmöglicht sie manchmal sogar. Für den Patienten bedeutet dies, dass er von mehreren Ärzten, welche die jeweilige Subspezialität vertreten, betreut werden muss. Da die Zeit für den notwendigen Informationsaustausch knapp ist, kommt es zu Überschneidungen, Doppelspurigkeiten und Widersprüchen. Zudem wird das bisher übliche, bekannte und vertraute Behandlungssetting einschneidend verändert: der Patient spricht nicht mehr von "seinem Arzt" sondern von "seinen Ärzten". Das Entstehen einer Vertrauensbeziehung wird erschwert, der Patient verunsichert. In einer Atmosphäre der zunehmenden Anonymität fühlt er sich nicht mehr als Individuum, sondern als Objekt behandelt, wie eine Maschine, die zu verschiedenen Fachleuten in Revision gehört. Dem natürlichen Anlehnungsbedürfnis des kranken Menschen kann nicht mehr Rechnung getragen werden, und er erlebt - besonders im Spital - einen Mangel an Geborgenheit.

Die andere Tendenz zeigt sich im immer lauter geäusserten Wunsch nach einer einheitlichen, alle Aspekte des Menschen umfassenden Medizin. Die "Ganzheitliche Medizin" wird in dem Bewusstsein gefordert und propagiert, dass das Ganze mehr als nur die Summe seiner Einzelteile ist. Dabei wächst die Versuchung, auch dann die Probleme eines Patienten selbst zu behandeln, wenn sie ausserhalb des eigenen Kompetenzbereiches liegen. Der Arzt fühlt sich also für alle Belange seines Patienten zuständig und verantwortlich, oder meint zumindest, sich so fühlen zu müssen. Dadurch werden aber zwangsweise die oft komplexen Schwierigkeiten des Patienten auf jene Teilbereiche reduziert, in denen der Behandler besonders sattelfest ist. Viele weitere Aspekte werden aufgrund des ja immer eingeschränkten Gesichtsfeldes nicht erkannt. So können dogmatische Haltungen Raum greifen, die eine Behandlung nach dem gültigen Stand der Wissenschaft verhindern.

Diese entgegengesetzten Strömungen, die Aufsplitterung im Rahmen der laufenden Spezialisierungen einerseits und der Wunsch nach ganzheitlicher Erfassung andererseits, erzeugen Spannungen, welche äusserst konflikträchtig sind. Man sucht nun in der Medizin nach tragfähigen Kooperationsmodellen. Eine integrative Zusammenarbeit muss entwickelt werden, bei der die verschiedenen Fachgebiete autonom auf hohem spezialisiertem Niveau funktionieren und doch die ganzheitliche, persönliche Behandlung des Patienten garantiert ist.

In diesem Sinne werden Psyche und Soma einerseits als Gegensätze angesehen, andererseits stellen sie sich als Einheit dar. Jede somatische Änderung hat ihre psychischen Folgen, welche wiederum auf somatischer Grundlage ablaufen. Der Begriff Psychosomatik, welcher von H. Heinrot 1818 eingeführt wurde, ist dahingehend missverständlich, als ob es neben der Psychosomatik eine reine Somatik sowie eine reine Psychiatrie gäbe. Soma und Psyche sind aber untrennbar miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Daher sind in der Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Somatiker funktionsfähige Kooperationsmodelle notwendig.

Im Mittelalter war Krankheit eng mit der Schuldfrage verknüpft; erst im 17. Jahrhundert erlebte die leib-seelische Ganzheitsvorstellung einen fundamentalen Einbruch durch die Zweiteilung in eine materielle und eine geistige Seite durch Descartes (res extensa - res cogitans). In der Psychiatrie kam es sogar erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zu einer auf klinische Beobachtung gestützten Beschreibung der Krankheitsbilder. Und es dauerte noch bis Ende des 19. Jahrhunderts, bis durch S. Freud die psychischen Mechanismen der Krankheitsentstehung der Medizin nachhaltig vor Augen geführt und ein neues Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung dargestellt wurde (Übertragung / Gegenübertragung). Nun war der Arzt nicht mehr bloss neutraler Beobachter, sondern unausweichlich Beteiligter in der Arzt-Patient-Beziehung.

Jeder, der im medizinischen Sektor tätig ist, nimmt in jedem Patientenkontakt auf ganz spezifische Art am psychischen Geschehen teil. Patient und Arzt beeinflussen sich gegenseitig. Auch wenn man sich noch so ausschliesslich als Somatiker definiert, nimmt man dabei Einfluss auf das psychische Geschehen seiner Patienten. Ungeahnt wird der Verlauf körperlicher Erkrankungen durch die Intervention des Psychiaters ebenfalls einen Einfluss erfahren.

Das Winterthurer Modell

Die Grundlage der Zusammenarbeit zwischen der Kinderklinik und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Winterthur ist die Idee der Ganzheit des Menschen. Es zielt darauf ab, in einer pädiatrischen Klinik seelische und soziale Bedürfnisse der Kinder in Verbindung mit somatischer Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. Dabei wird die Zusammenarbeit zwischen Krankenschwestern, Laborantinnen, Kindergärtnerinnen, Lehrerinnen,

Kinderpsychologin und ÄrztInnen der Pädiatrie sowie der Kinderpsychiatrie besonders betont. Als Ausgangspunkt sei nochmals der Grundgedanke erwähnt, dass die seelische und soziale Betreuung des Kindes der somatischen Diagnostik und Behandlung gleichwertig gestellt wird. Ebenso sollten die beiden Ansätze parallel verfolgt werden. Damit wird auch deutlich, dass eine integrative Zusammenarbeit mit steter Auseinandersetzung und Respektierung der verschiedenen Fachgebiete gefordert ist. Im Weiteren geht es auch darum, eine allgemein verständliche Kommunikationsform zu finden. Die Beschwerden des kranken Kindes sollen nicht durch die Spezialisten aufgeteilt und für sich abgehandelt werden. Für jeden, der in die Betreuung und Behandlung des Kindes involviert ist, muss das Kind in seiner Situation ganzheitlich begreifbar bleiben.

Deshalb steht im Zentrum der Zusammenarbeit die einmal wöchentlich abgehaltene gemeinsame Sitzung, das "Psycho-Chränzli". Die patientenbezogene Besprechung wird durch die zuständige Oberärztin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes geleitet. Die Assistenzärzte des KJPD nehmen ebenfalls an der Sitzung teil. Die Situation der Patienten wird durch den Assistenzarzt der Pädiatrie dargestellt. Seine Ausführungen werden durch die weiteren Betreuungspersonen - wie die Krankenschwestern, die Kinderpsychologin, die Kindergärtnerin, die Lehrerin, die Diätberaterin, die Physiotherapeuten sowie die Sozialarbeiterin - ergänzt. Die zuständigen Oberärzte sowie der Chefarzt der Pädiatrie sind ebenfalls bei den gemeinsamen Konsiliarsitzungen anwesend, auch um weitere Möglichkeiten der Betreuung der Patienten in der Klinik aufgreifen zu können. Es wird angestrebt, dass möglichst alle Betreuungspersonen, welche mit dem vorgestellten Kind zu tun haben, an der Sitzung teilnehmen.

Aus den so zusammengetragenen Informationen wird versucht, eine Gesamtbeurteilung des Patienten zu erarbeiten. Dabei wird auch der Kontext der Hospitalisation und die damit verbundene Bedingtheit reflektiert. Gemeinsam wird anschliessend ein optimaler und individueller Betreuungs- und Behandlungsplan aufgestellt. Es wird versucht, das bereits vorhandene soziale Netz zu berücksichtigen, Vertreter ausserhalb des Spitals zu informieren und wenn möglich zu den Sitzungen einzuladen. Gesprächspartner sind Kinderärzte, Hausärzte, dann aber auch Vertreter der Mütterberatung, der Jugendsekretariate, der Vormundschaftsbehörde, freipraktizierende Psychologen und Psychiater. Allerdings werden die Eltern zuvor über unser diesbezügliches Vorgehen unterrichtet und um ihr Einverständnis angefragt.

Sitzungen, an denen so viele medizinische Mitarbeiter teilnehmen, sind organisatorisch und zeitmässig aufwendig. Die dabei entwickelten Konzepte erweisen sich aber als tragfähig und sind in sich konsistent. Ebenso wird eine erhöhte Flexibilität innerhalb einer mehr oder weniger starren Klinikstruktur ermöglicht und die getroffenen Absprachen können von allen mitgetragen werden.

Aber auch einem anderen Bereich wird mit solchen Besprechungen Rechnung getragen: Durch die regelmässige Auseinandersetzung kommen sich die Mitarbeiter der einzelnen Arbeitsbereiche fachlich wie persönlich näher und das gegenseitige Verständnis wird erhöht. Vorurteile, sich anstauende Spannungen und Konflikte können dadurch laufend abgebaut werden; es kommt zu weniger Missverständnissen. Auch ist es von eminenter Wichtigkeit, die gegenseitigen Grenzen zu kennen, so dass es nicht zu überhöhten Erwartungen und den damit verbundenen bitteren Enttäuschungen kommt.

In den Besprechungen wird jeweils festgelegt, ob die Führung der gemeinsam entwickelten Behandlungsform primär durch den Pädiater oder durch den Kinderpsychiater übernommen wird. Falls eine psychiatrische Betreuung des Patienten in der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur nötig ist, wird diese durch einen Mitarbeiter des KJPD übernommen und es wird eine separate Krankengeschichte angelegt. Das Prozedere wird jeweils mit dem Assistenzarzt der zuständigen Abteilung besprochen. Zusätzlich wird eine Supervision durch den KJPD auf der Station für die Krankenschwestern und die weiteren Betreuungspersonen angeboten. Oft sind auch Mehrfachbesprechungen im Rahmen des "Psycho-Chränzli" notwendig. Die therapeutischen Sitzungen mit dem Patienten und dessen Eltern werden zeitweise unter Beizug des Oberarztes oder Assistenzarztes bzw. weiterer Betreuungspersonen des Kindes geführt. In den übrigen Fällen der Kinderklinik führt der Kinderarzt die gesamte Betreuung des kranken Kindes. Der Kinderpsychiater kann aber jederzeit konsiliarisch zugezogen werden.

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit der Symptomatik einer Anorexia nervosa oder einer Adipositas wurden gemeinsam Konzepte entwickelt, welche anderweitig dargestellt werden sollen. Ebenso bestehen Richtlinien für die Betreuung von chronisch kranken Patienten oder für den Umgang bei Verdacht auf Kindsmisshandlung. Auch darauf kann in diesem Rahmen nicht weiter eingegangen werden. Wichtig ist aber zu erwähnen, dass diese Konzepte von den zuständigen Oberärzten der Pädiatrie zusammen mit der Kinderpsychiatrie getragen und realisiert werden. Der Abteilungsarzt kann aufgrund der ausbildungsbedingten Assistentenrotation die Kontinuität, welche die Verwirklichung eines solchen Konzeptes verlangt, nicht gewährleisten.

Für die ständig anfallenden Sorgen auf der Abteilung steht die Kinderpsychologin des Spitals zur Verfügung. Ebenso bereitet sie die Kinder auf grössere medizinische Eingriffe vor und begleitet sie dabei. Auch können Mütter und Väter, wenn ein Bedürfnis danach besteht, sich jederzeit von ihr beraten lassen. Im Kleinkinderbereich führt vor allem sie die zeitintensiven Begleitungen und Therapien durch.

Einmal in der Woche findet eine Supervisionsstunde vom KJPD für die weiteren Betreuerpersonen, wie die Kindergärtnerin, die Lehrerin, die Psychologin und die Kinderkrankenschwestern statt. Es besteht dabei die Möglichkeit, die Zusammenarbeit immer wieder neu zu überdenken und zu optimieren.

Der Assistenzarzt in pädiatrischer Ausbildung kann sich anhand dieses Modells mit der konsiliarischen Unterstützung des Kinderpsychiaters grundlegende Kenntnisse in der Behandlung und Betreuung von einfachen psychischen sowie sozialen Problemen aneignen. Ebenso lernt der Assistenzarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Problemen des hospitalisierten Kindes umzugehen. Er gewinnt Einblick in die komplexen Problemstellungen, die in einem somatischen Spital an ihn gestellt werden. Er wird massgeblich an der Zusammenarbeit mit der Pädiatrie beteiligt sein und sich mit den möglichen Formen der Konsiliartätigkeit auseinandersetzen müssen. Auch mit der Notfallpsychiatrie wird er konfrontiert, da im Kanton Zürich Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Notfallsituationen auch in Kinderkliniken eingewiesen werden müssen. Dies verlangt von ihm ein schnelles, sachgerechtes Eingehen auf die jeweiligen Situationen. Im weiteren eignet er sich Kenntnisse in der Begleitung von Langzeitpatienten sowie in der Behandlung von schweren psychischen Krankheitsbildern wie Bulimia und Anorexia nervosa an.

Die Einrichtung einer kinderpsychiatrischen Assistenzarztstelle in der Kinderklinik Winterthur ist aufgrund des breiten Arbeitsfeldes sowie der steigenden Nachfrage seitens der Kinderklinik dringend indiziert. Als Begründung kann die folgende Zusammenfassung unserer gemeinsamen Tätigkeit in den letzten zwei Jahren dienen.

Übersicht der Konsiliartätigkeit vom April 1989 bis April 1991

Während 24 Monaten fanden insgesamt 601 Konsiliarbesprechungen in der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur statt. Dabei wurden 92 Kinder und Jugendliche psychiatrisch beurteilt, ihre soziale Situation analysiert und ein gemeinsames Behandlungskonzept aufgestellt. Im folgenden werden zunächst die soziodemographischen Daten referiert (vgl. Tab. 1.).

Es wurden mehr weibliche Patienten vorgestellt, was sich durch den hohen Anteil der Anorexie-Patientinnen erklären lässt, wie noch gezeigt werden wird. Bei der Altersverteilung fällt die grosse Zahl der Kinder auf, die uns vorgestellt wurden, welche ein Alter zwischen 0 und 4 Jahren aufwiesen. Die Neonatologie sowie die Säuglingsabteilung der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur sieht sich mit zunehmenden Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich bei Säuglingen und Kleinkindern konfrontiert. Diese Problemstellungen, in welche vor allem auch die Eltern der kleinen Kinder miteinbezogen sind, werden ebenfalls am "Psycho-Chränzli" vorgestellt. Es handelt sich dabei oft um schwer gestörte Mutter-Kindbeziehungen mit Ernährungsproblemen, um Verwahrlosung und Deprivationssyndrome, um Suchtprobleme der Eltern oder sonstige soziale Probleme.

Die Analyse von weiteren soziodemographischen Daten ergab, dass neben den Schweizer Kindern der Anteil der Kinder, die aus Mittelmeerlandern stammen, auffallend hoch ist. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass viele psychosoziale Probleme im Rahmen der

Tabelle 1: Soziodemographische Daten

	f	%
Geschlecht		
männlich	40	43.5
weiblich	52	56.5
Alter		
0 - 4 Jahre	35	38.0
5 - 9 Jahre	21	22.8
10 - 14 Jahre	20	21.7
15 - Jahre	16	17.4
Nationalität		
Schweiz	66	71.7
Mittelmeerländer	22	23.9
sonstiges Ausland	4	4.4
Beschäftigungsstatus der Mutter		
ganztags erwerbstätig	10	11.1
teilzeitbeschäftigt	20	22.2
im Haushalt tätig	37	41.1
Beschäftigungsstatus des Vaters		
ganztags erwerbstätig	60	66.7
teilzeitbeschäftigt	1	1.1
ohne Arbeit / im Haushalt	4	4.4
Soziale Schicht der Mutter		
Hausfrau ohne erlernten Beruf	15	16.7
Unterschicht	31	34.5
Untere und mittlere Mittelschicht	10	11.1
Obere Mittelschicht	2	2.2
Soziale Schicht des Vaters		
Unterschicht	37	41.6
Untere und mittlere Mittelschicht	13	14.6
Obere Mittelschicht	5	5.6
Oberschicht	1	1.1

Spannungen zwischen den verschiedenen Kulturen entstehen. Vergleicht man zum Beispiel die Lebensvorstellungen der Menschen, welche sich der islamischen Kultur zugehörig fühlen, mit denen der liberal westlichen Welt, in der diese Familien leben, so bestehen fast unlösbare Schwierigkeiten. So z.B. wenn die Mutter ihr krankes Kind nicht ohne männliche Begleitung besuchen oder wenn sie nicht alleine mit dem behandelnden männlichen Arzt sprechen darf oder wenn gerade pubertierende Mädchen zwischen den traditionellen Erwartungen ihrer Eltern und dem Integrationsdruck ihrer Peergroup stehen. Zeitweise kommt es zu derartigen Eskalationen, dass notfallmässige Hospitalisationen unumgänglich sind.

Der relativ hohe Anteil der ganztags erwerbstätigen und regelmässig teilzeitbeschäftigten Mütter spiegelt nicht den gesellschaftlichen Wandel der Frauenrolle wider. Es handelt sich hier, wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, um Unterschichtsfamilien, die auf einen zusätzlichen Verdienst der Mütter angewiesen sind. Dahin weist auch die Tatsache, dass nur wenige Väter im Haushalt tätig sind. Ein grosser Anteil der Väter sind ungelernete oder angelernte Arbeiter, ebenso haben ein grosser Teil der Mütter keine Berufsausbildung; diese Aussage bezieht sich auf den klinischen Erfahrungswert, da in dieser statistischen Erhebung die Berufe in rund einem Drittel der Fälle nicht erfragt werden konnten.

Tabelle 2: Klinisch-psychiatrische Syndrome

	Erste psychiatrische Diagnose		Zweite psychiatrische Diagnose	
	f	%	f	%
Psychische Verhaltensstörungen aufgrund des Gebrauchs von psychoaktiver Stoffe	1	1.1	-	-
Depressive Episode	1	1.1	1	1.1
Reaktion auf schwere Belastung/Anpassungsstörungen	9	9.7	-	-
Somatoforme Störungen	14	15.2	-	-
Essstörungen	18	19.6	2	2.2
Hyperkinetische Störung	1	1.1	2	2.2
Verhaltensstörung	2	2.2	-	-
Gemische Verhaltens- und Emotionsstörung	5	5.4	3	3.2
Emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit	1	1.1	-	-
Störungen sozialer Funktionen	2	2.2	-	-
Andere Verhaltens- oder emotionale Störungen	15	16.4	4	4.3

Übersichtsmässig sind in den folgenden Tabellen die Symptome der Kinder und Jugendlichen aufgelistet. Für die diagnostische Klassifikation wurde das multiaxiale Klassifikationsschema unter Einschluss von ICD 10-Diagnosen verwendet. Die in Tabelle 2 aufgelisteten Diagnosen wurden bei den Kindern gestellt, welche in der grossen Konsiliarsitzung gemeinsam besprochen wurden. Es zeigt sich, dass ein grosser Anteil der vorgestellten Kinder und Jugendlichen unter Essstörungen litten. Neben dissozialen und emotionalen Störungen traten somatoforme Störungen sowie Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen gehäuft auf. Dass diese Diagnosen im Vordergrund standen, ist leicht verständlich, da es sich um eine Klientel in einem somatischen Spital handelte, wo neben Essstörungen die psychosomatischen sowie psychoreaktiven Störungen einen grossen Anteil ausmachen.

Die beobachteten Entwicklungsstörungen sind in Tabelle 3 dargestellt. Insgesamt acht Kinder litten unter spezifischen Entwicklungsstörungen, wovon bei einem Kind die Diagnose eines kindlichen Autismus, bei einem andern die einer schizoiden Störung gestellt werden musste. Bei vier Kindern wurde eine geistige Behinderung diagnostiziert, wobei ein Kind bei schwerer zerebraler Schädigung einen IQ von unter 20 aufwies. Die grosse Mehrheit, nämlich 57 von 92 Kindern waren normal intelligent; bei 30 Kindern fehlten Informationen zur Intelligenz.

Tabelle 3: Entwicklungsstörungen (absolute Häufigkeiten)

Expressive Sprachstörung	2
Rezeptive Sprachstörung	2
Gemischte Störung schulischer Fertigkeiten	2
Gemischte spezifische Entwicklungsstörungen	4
Atypischer Autismus	1
Schizoide Störung der Kindheit	1

Bei 39 d.h. 42,4 % der vorgestellten Kinder lag ein somatisches Grundleiden vor (Tabelle 4). Die somatischen Diagnosen umfassten ein breites Spektrum. Neben traumatischen Ereignissen wie Bein- oder Armamputationen kamen Tumorleiden, Krankheiten des Nervensystems, der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie des Skeletts vor. Es zeigte sich aber keine Häufung von psychischen Auffälligkeiten bei einer spezifischen körperlichen Erkrankung.

Tabelle 4: Körperliche Symptomatik (Häufigkeiten)

Tumoren / Blutkrankheiten	4
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	7
Krankheiten des Herzkreislaufsystems	2
Krankheiten der Atmungsorgane	7
Krankheiten der Verdauungsorgane	9
Krankheiten des Skeletts	2
Verletzungen	9

Bei 84 d.h. 91,3 % der Kinder und Jugendlichen wurden Störungen im psychosozialen Umfeld gefunden (Tabelle 5). Dabei handelte es sich vorrangig um Auffälligkeiten in der unmittelbaren Umgebung (Alleinerziehende, Scheidungsprobleme), sowie um abnorme Erziehungsbedingungen. Häufig waren auch psychische Auffälligkeiten bei den Kindseltern wie z.B. Alkoholismus, Verwahrlosung oder Drogenabhängigkeit. 17 (18,5 %) der Kinder resp. Jugendlichen litten unter gesellschaftlichen Belastungsfaktoren wie Migration und soziale Verpflanzung.

Tabelle 5: Abnorme psychosoziale Umstände

	f	%
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	23	25.0
Psychische Störung / abweichendes Verhalten / Behinderung in der Familie	32	34.8
Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	19	20.7
Abnorme Erziehungsbedingungen	55	59.8
Abnorme unmittelbare Umgebung	56	60.9
Akute / belastende Lebensereignisse	5	5.4
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	17	18.5
Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule / Arbeit	1	1.1
Keine abnorme psychosoziale Umstände	8	8.7

Bei 35 der 92 Kinder und Jugendlichen war eine psychiatrische Betreuung in der Kinderklinik des Kantonsspital Winterthur notwendig. Diese wurde im Rahmen des vorher beschriebenen Modells durchgeführt. Tabelle 6 gibt eine Übersicht der dabei gestellten Diagnosen: Insgesamt wurden 17 Patienten mit schweren Essstörungen gesehen. Davon zeigten 8 eine Anorexia nervosa, 5 eine Bulimia nervosa und 4 eine extreme Adipositas mit Verhaltensstörungen. Diese Kinder und Jugendlichen wurden psychiatrisch abgeklärt und mit Hilfe von gemeinsam erarbeiteten Konzepten behandelt. 13 Patienten betreuten wir nach der Spitalentlassung gemeinsam ambulant weiter. Neben den Essstörungen traten gemischte Verhaltens- und Emotionsstörungen, somatoforme sowie reaktive Störungen gehäuft auf.

Tabelle 6: Klinisch-psychiatrische Diagnosen der durch den KJPD behandelten Kinder / Jugendlichen (absolute Häufigkeiten)

Depressive Episode	1
Anpassungsstörungen	3
Somatoforme Störungen	4
Essstörungen	17
Hyperkinetische Störung	1
Störungen des Sozialverhaltens	1
Gemischte Verhaltens- und Emotionsstörung	6
Emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit	1
Störungen sozialer Funktionen	2
Andere Verhaltens- oder emotionale Störungen	5

Schlussfolgerungen

Die ausgesprochen hohe Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Konsilien in der Kinderklinik des Kantonsspital Winterthur spiegelt deutlich die dringende Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinderpsychiatrie wider.

Einerseits standen die psychosozialen Probleme der Säuglinge und Kleinkinder im Vordergrund, was für den Kinder- und Jugendpsychiater eine wichtige Erweiterung seines Arbeitsfeldes darstellte. Andererseits nahmen die Essstörungen der Jugendlichen einen breiten Raum ein. Der Vorteil der Zusammenarbeit lag im gemeinsamen Behandlungssetting. Der Spitalaufenthalt dieser Patienten war Bestandteil eines umfassenden Behandlungskonzepts.

Aufgrund der guten Kooperation aller beteiligten Mitarbeiter des Spitals war es auch möglich, psychotische, schwerst verwehrlose oder suizidale Kinder und Jugendliche zu tragen. So konnten auch körperlich kranke Kinder und Jugendliche, welche für lange Zeit auf die Hilfe im Spital angewiesen waren, adäquat psychiatrisch und psychologisch betreut werden. Bei 91,3 % der uns vorgestellten Patienten lagen Störungen im psychosozialen Umfeld vor. Dieser Tatbestand machte eine umfassende Hilfeleistung für die ganze Familie notwendig. Doch nur allzu oft stiessen wir dabei an unsere Grenzen.

Die geschilderte Zusammenarbeit erwies sich insgesamt als äusserst anregend, interessant und vielseitig. Für die Pädiatrie sowie für die Kinderpsychiatrie ist ein solches Kooperationsmodell der integrativen Zusammenarbeit wertvoll, befruchtend und auch zukunftsweisend.

Erfahrungen und Gedanken zur Interdisziplinarität

Heinz Stefan Herzka

Die Herausforderung zur interdisziplinären Arbeit ist der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Wiege gelegt. Seit ihren Anfängen ist sie ein Arbeitsgebiet an den Grenzen zur Erwachsenenpsychiatrie, Pädiatrie und Neurologie, zur Heil- und Sonderpädagogik, aber auch zur Psychologie und philosophischen Anthropologie. Im Laufe ihrer Entwicklung haben sich nicht nur diese Bereiche weiterdifferenziert, sondern es sind auch immer mehr neue Nachbardisziplinen entstanden; die Sozial- und Gesellschaftswissenschaften und die Spezialgebiete der Förderung und Behandlung von Behinderungen, wie Logopädie und Psychomotorik sowie die Vielfalt der therapeutischen Schulen.

Es gehört zum Kern des Faches, Verbindungen zu schaffen und zu vermitteln (Richter, 1978; Spiel, 1988), nicht nur zwischen den Spezialbereichen, sondern auch zwischen ihnen und der Öffentlichkeit, den Laien, welche die Experten im Lebensalltag sind. *Koordination, Mediation und dadurch auch eine Tendenz zur Interdisziplinarität sind Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Identität.*

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher *Wissenschaftskulturen* (Holzhey, 1974; Kocka, 1987), die wir als Interdisziplinarität bezeichnen, hat manches mit der Multikulturalität der gegenwärtigen Völkerwanderung gemeinsam, das heisst, mit dem Zusammenleben unterschiedlicher *ethnischer Kulturen*. Im einen wie im anderen Fall ist die gelebte Wirklichkeit weiter vorangeschritten als die gedankliche Bewältigung, so dass wir oft - mehr oder weniger zweckmässig - vieles tun, ohne zu wissen, was wir tun, weil uns noch bestimmte Wahrnehmungen, Konzepte und definierte Strategien fehlen (Eilenberger, 1990; Luhmann, 1990; Morin, 1990; Niedersen & Pohlmann, 1990).

Interdisziplinarität und Multikulturalität sind auch bereits so häufig verwendete Begriffe, dass man eine inflationäre Abwertung zu Schlagworten befürchten muss, die zudecken, was zu erhellen wäre. Ein 70jähriges Jubiläum mag daher Anlass sein, um Erfahrungen und Gedanken über Bedingungen, Chancen und Risiken interdisziplinärer Teamarbeit zu formulieren.

Interdisziplinarität ist das dialogische (Herzka, 1989b; Herzka, 1992) Korrelat zur wissenschaftlichen Spezialisierung. Denn diese unterliegt der *Einschränkungsregel* (Herzka, 1986),

welche besagt:

Je genauer eine wissenschaftliche Beobachtung und Beschreibung,
 Je spezifischer ein fachlicher Standpunkt,
 Je präziser ein theoretisches Modell,
 desto kleiner der erforschte Teilbereich,
 desto einseitiger die Interpretation,
 desto spezieller die Gültigkeit.

Die moderne Differenzierung der Wissenschaft lässt weder einen universalen Kenntnisstand zu, noch erlaubt es die Spezifität jeder Betrachtungsweise, einen einzigen Standpunkt *pro toto* als repräsentativ zu betrachten. Daher versucht Interdisziplinarität eine Annäherung an die Wirklichkeit als ein Ganzes, durch das Zusammenwirken verschiedener Methoden und Standpunkte, zu erreichen (Lutz & Lux, 1979; Richter, 1978; UNESCO, 1986). Dieser Annäherungsprozess setzt allerdings im Sinne eines Apriori das Bewusstsein für das Ganze voraus, das bekanntlich mehr ist, als die Summe seiner Teile. Die gemeinsame Aufgabe, - für uns sind dies die Probleme des Kindes und seiner Familie - bilden Rahmen und Basis, das "Ganze", für die interdisziplinäre Arbeit. Wir verdanken die Herausforderung zur Interdisziplinarität den Patienten. Je weiter die Spezialisierung fortschreitet, umso weniger selbstverständlich wird aber die Wahrnehmung und das Bewusstsein für diese Ganzheit. Interdisziplinäre Praxis ist nicht zuletzt auch Schulung und Einübung ganzheitlichen Erkennens. Die dabei zu leistende geistige Bewegung ist eine zweifache und umfasst die *Dual-Entität von Abgrenzung und Verbundenheit*. Abgrenzung ist notwendig, um den eigenen und spezifischen Beitrag leisten zu können und um den anderen ihre spezifische Sichtweise und Methodik zuzugestehen. Verbundenheit ist notwendig, um den Teilbereichen einen Sinn zu geben und der übergreifenden Aufgabe gerecht zu werden. Zu den ursprünglichen Voraussetzungen dieses zweifachen Prozesses von Abgrenzung und Verbundenheit gehört nicht nur das spezifische Wissen und die fachspezifische Sprache, sondern auch die Bereitschaft zur "Übersetzung" und zum Verzicht auf Fachjargon zugunsten der gemeinsamen Verständigung, wann immer dies möglich ist. Man muss seine Fachsprache jedoch gut beherrschen, um auf sie verzichten zu können. Eine andere Grundlage ist die Akzeptanz, nicht nur der Andersartigkeit, sondern auch der Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung des anderen Fachgebietes. Das bedingt, dass sich kein Spezialgebiet dem anderen als hierarchisch überlegen oder untergeordnet versteht.

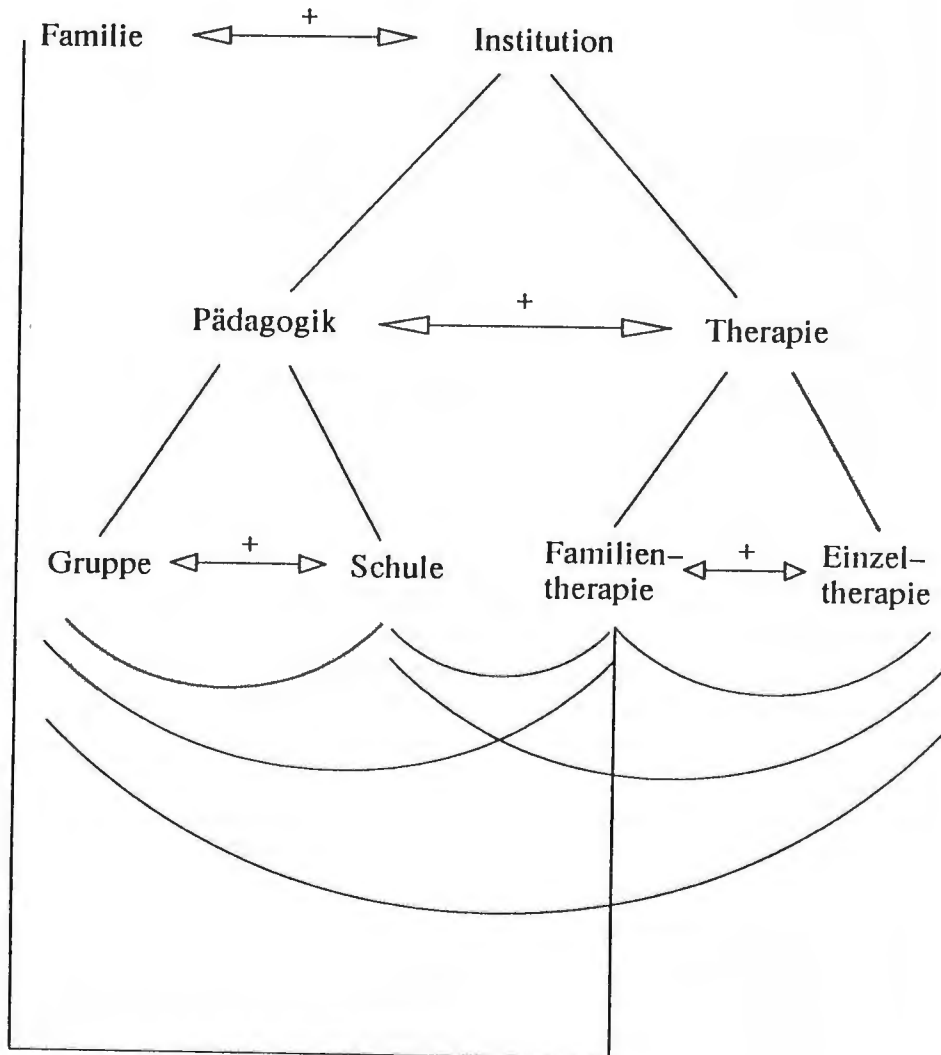
Die Mittel, eigentliche Träger von Interdisziplinarität, sind, wie J. Anderegg (1985, 1990) dies zutreffend erarbeitet hat, integrative Kommunikation und Führungsstil. Die nachfolgende Übersicht, die er vor allem im Hinblick auf Führungseffizienz im modernen Management der Wirtschaft erstellt hat, spricht für sich und braucht kaum einen Kommentar.

Tab. 1: Gegenüberstellung imperativer und integrativer Kommunikation (nach J. Anderegg)

1. Umstände der Kommunikation	
Imperative Kommunikation	Integrative Kommunikation
Ausgeschlossen:	Einbezogen:
Äussere Bedingungen	Äussere Bedingungen
Innere Bedingungen	Innere Bedingungen
Unbeteiligte Dritte	Unbeteiligte Dritte
2. Frage und Antwort	
Imperative Kommunikation	Integrative Kommunikation
Der Vorgesetzte stellt die Fragen	Die Gesprächspartner fragen und antworten
Der Untergebene antwortet	Der Vorgesetzte hört auf
- wenn er gefragt wird	- das Ungefragte
- auf das, was er gefragt wird	- das Ungesagte
Der Untergebene stellt Fragen	Der Mitarbeiter fragt aus
- wenn sie erlaubt sind	- eigener Initiative und
- wie sie erlaubt sind	- Verantwortung
Der Vorgesetzte muss in erster Linie befehlen können	Der Vorgesetzte muss in erster Linie zuhören können
3. Kommunikationsbeziehungen	
Imperative Kommunikation	Integrative Kommunikation
Hierarchische Struktur	Wechselnde Strukturen
Rolle festgelegt	Rolle entwickelt sich im Gespräch
Kommunikation bestätigt Hierarchie	Kommunikation bestätigt Glaubwürdigkeit (Risiko!)
Gehorsam	Konsens
Der Untergebene interessiert als "Empfänger"	Der Mitarbeiter interessiert als selbständige Persönlichkeit
4. Gegenstand der Kommunikation	
Imperative Kommunikation	Integrative Kommunikation
Thematisch festgelegt	Thematisch offen - aber nicht richtungslos
Problemlösung gefunden	Problemlösung gesucht

Abb. 1

THERAPEUTISCH – PAEDAGOGISCHE STRUKTUR DER TAGESKLINIK



5. Sprache

Imperative Kommunikation

Eine Sprache

Die Sprache bestimmt den Gegenstand

Das Entscheidende wird gesagt

Was nicht gesagt wird, ist nicht wichtig

Die Sprache ist durch Zeichen ersetzbar

Integrative Kommunikation

Viele Sprachen

Der Gegenstand bestimmt die Sprache

Entscheidendes wird oft nicht gesagt

Auch das Nicht-Gesagte muss
verstanden werden

Die Sprache ist nicht ersetzbar

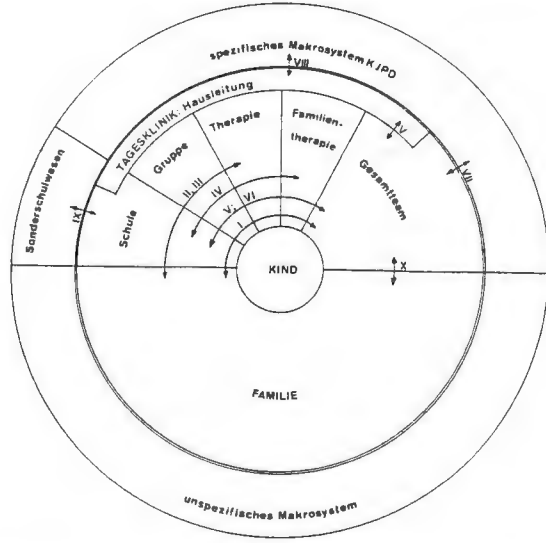
Integrative Kommunikation stellt sich nicht von selbst ein, sondern verlangt, wie jede Sprache, ein allmähliches Lernen und längerfristiges Üben, um schliesslich zu einer Teamkultur (Perle, 1972; Wolff & Göschel, 1987) zu führen. Für eine Institution wie die Tagesklinik (Herzka, 1987, 1989) ist diese integrative Kommunikation beispielsweise notwendig, um eine gemeinsame Sprache zwischen Familie und Institution, zwischen Pädagogik und Therapie, Gruppenerziehung und Schulpädagogik und zwischen Familien- und Einzeltherapie zu finden. Zwischen diesen Bereichen findet ein dauernder Prozess der Differenzierung und Abgrenzung einerseits, und des sich gegenseitigen Suchens und Findens andererseits statt. Abbildung 1 veranschaulicht graphisch diese gleichzeitig zusammengehörigen und abgrenzenden Bereiche.

Ist mit der integrativen Kommunikation ein wesentlicher qualitativer Aspekt des interdisziplinären Arbeitens umschrieben, so braucht es andererseits dazu auch spezifische Strukturen und ein adäquates Organisationsmodell (Belart-Gasser, 1991); dieses muss jedem Fachbereich seine Selbständigkeit und eigene Entwicklung ermöglichen und gleichzeitig das Zusammenwirken gewährleisten. Die Aufgabe ist ähnlich wie in einem Orchester.

Was dies konkret heissen kann, sei, im Sinne eines erlebten Beispiels, im folgenden Organigramm der von mir geleiteten Tagesklinik in Abb. 2 veranschaulicht. Es enthält die verschiedenen Arbeitsbereiche in einer zirkulären Anordnung, bezeichnet Verbindungswege und verschiedene Formen von interdisziplinären Besprechungen. Diese erfolgen teils in den Untergruppen der einzelnen Fachbereiche; für die Tagesklinik sind dies acht Berufsgruppen. Andererseits braucht es verbindliche Zeiten, Inhalte und Orte der Gemeinsamkeit für alle im Haus Tätigen.

Die nachfolgende Übersicht in Abb. 3 gibt dazu ergänzend den Wochenplan aller formellen Mitarbeiterbesprechungen wieder und zeigt, wie sie zusammengesetzt sind und zu welchen Zeiten sie erfolgen. Aus der Übersicht ist erkennbar, wie sich die unterschiedlichen Berufsvertreter in wechselnder Zusammensetzung treffen, wobei es sich abwechselnd um patientenzentrierte, berufscentrierte und teamzentrierte Konfigurationen handelt.

Abb. 2
ORGANIGRAMM



Nr.	Besprechung	Frequenz	Dauer	Teilnehmer	Inhalt
I	Standortgespräch	3x/Jahr	60min	Kind, Eltern alle beteiligten Fachkräfte	gemeinsam Ziele setzen, Konflikte besprechen
II	Elternabend gruppenweise	je 8x/Jahr	120min	Eltern der Gruppe Lehrer, Erzieher Therapeuten- vertreter	Schul- und Erziehungsfragen allgemein in der speziellen Gruppe
III	Kontakt Eltern - Gruppenleiter	grundsätzlich täglich am Übergang	offen	Elternteil, Gruppenleiter, ev. Kind	aktuelle Fragen, Informationen, Konflikte
IV	Patientenbesprechung gruppenweise	je 1x/Woche	90min	je alle beteiligten Fachkräfte	täglicher Verlauf der Behandlung von Kind+Familie
V	Teamsitzung	2x/Woche	75min	alle Mitarbeiter	ausführliche Be- sprechung eines Patienten (jeder 3x/Jahr), variable Teamthemen
VI	Kaffeepause	mehrmals täglich	10min	alle Mitarbeiter	Austausch aktuell- ster Begebenheiten bezüglich der Kinder und des Teams
VII	Chefvisite	2x/Monat	60min	alle beteiligten Fachkräfte	Information des Direktors
VIII	Rapport im Kinder- und Jugend- psychiatrischen Dienst	2x/Monat	90min	Leitender Arzt Oberärztin	Fachliche und organisatorische Koordination
IX	Besuch des Inspektors (Sonderschulwesen)	2x/Jahr	1/2 Tag	Lehrer	Fachliche Aufsicht
X	Hausanlässe	3x/Jahr	1/2 Tag	Kinder, Eltern alle Mitarbeiter	spontane Begegnungen

Abb. 3: Mitarbeiterbesprechungen

Zeit	Montag	Dienstag	Donnerstag	Freitag
8.00 - 9.00				
9.00 - 10.00	Patientenbesprechung Kleinkinder E,K,Sz,As,OA Hausärztin, Kinder und K,L,Sz,P,LPP,EI,As,OA, Erzieherbesprechung E,K,LPP			Praktikantenbesprechung Praktikanten, Sz
10.00 - 11.00				
11.00 - 12.00			Erzieherbesprechung E,K	
12.00 - 13.00				
13.00 - 14.00	Patientenbesprechung Kindergarten K,L,Sz,EI,As,OA		Therapeutenbesprechung Sz,P,LPP,EI,As,OA	Assistentenbesprechung mit Oberarzt, Leitendem Arzt
14.00 - 15.00		Lehrerbesprechung L (LPP 14-tägig)		
15.00 - 16.00	Patientenbesprechung Obere Schulgruppe E,L,P,LPP,EI,As,OA Information/Kaffee Teamsitzung: E, K, L, Sz, P, LPP,EI,As,OA,LA,S	Pädagogenbesprechung E,K,L,LPP Hauskommission E,P,LPP,OA,LA	Patientenbesprechung Untere Schulgruppe E,L,Sz,P,LPP,EI,As,OA Information/Kaffee Teamsitzung: E, K, L, Sz, P, LPP,EI,As,OA,LA,S	
16.00 - 17.00				
17.00 - 18.00				

Legende:

- E Erzieher (-praktikant)
- K Kindergärtnerin
- L Lehrer/-in
- Sz Sozialarbeiter
- P Psychologe/-in
- LPP Leitender Psychologe/
Pädagoge
- EI Ergotherapeutin
- As Assistenzarzt/-in
- OA Oberärztin
- LA Leitender Arzt
- S Sekretärinnen

Für die interdisziplinäre Arbeit spielen die gemeinsamen Projekte, die über das Jahr verteilt sind, eine wichtige Rolle, beispielsweise Feiern und andere Anlässe, themenorientierte Arbeitswochen ausserhalb des üblichen Tagesprogrammes und Therapielager. Die nachfolgende Übersicht in Abb. 4 zeigt am Beispiel eines einzelnen Kindes, wie sich solche Ereignisse über den Jahresablauf verteilen.

Aber auch qualitativ zweckmässige Kommunikation und interdisziplinär geplante Strukturen und Organisationsformen gewährleisten allein noch keine Interdisziplinarität. Eine weitere oft entscheidende Rolle spielen die Persönlichkeitsfaktoren der entsprechenden Teammitglieder. Solche Persönlichkeitsfaktoren sind aus der Therapieforschung bekannt (Herzka et al, 1986). Die nachfolgende Übersicht zählt einiges auf, auf das bei Neuanstellungen und in der Weiterbildung tendenziell zu achten ist. Es geht dabei nicht um Fähigkeiten oder Eigenschaften, die man abschliessend erwerben kann, sondern um Richtlinien für einen dauernden persönlichen Entwicklungsprozess, der manchmal gut und manchmal überhaupt nicht voranschreitet, der aber gepflegt und kultiviert werden kann.

Persönlichkeitsfaktoren

Allgemeine Einstellungen:

Interesse, Mitgefühl

Geduld, Wissenserweiterung

Zugang zu "Realem" und "Imaginärem"

Fachliche Grundfähigkeiten:

Empathie für Konflikte und Emotionen

Handhabung von Nähe und Distanz

begriffliche und bildhafte Sprache

Für die Arbeit mit Kindern:

"Wissen" und Handhaben von entwicklungs- und phasenbedingten Eigenheiten

(Ausdrucksverhalten, Sprache, Bedürfnisse und Konflikte)

eigene Stellung im Beziehungsdreieck mit Kind und Eltern

(z.B. keine Expertenautorität, kein Konkurrenzverhältnis, keine einseitigen Bündnisse)

Reflexion und Bearbeitung eigener Kindheitserfahrungen

Umgang mit Erwartungs- und Werthaltungen

Misslingt die Interdisziplinarität (Burisch, 1989; Enzmann & Kleiber, 1989), sei es, weil die strukturellen Voraussetzungen fehlen oder die integrative Kommunikation nicht zustande kommt, oder wesentliche Persönlichkeitsfaktoren nicht stimmen, so kann es zu Kommunikationsstörungen kommen, die psychotischen Prozessen ähnlich sind, und die folgende Symptomatik aufweisen (Herzka & Reukauf, 1985).

Symptomatik verzerrter Wahrnehmung und Kommunikation

Autistische, fixierte Denkschemata

Bildung von Subkulturen mit eingeschränkter Kommunikation u. Ausschluss Andersartiger

Selektive Wahrnehmung

Affektabspaltung

Verlust des Realitätsbezuges zur ganzen Wirklichkeit des Lebens

Übermässige und entwicklungshemmende Abwehrmechanismen

Narzisstische Kränkbarkeit

Im interdisziplinären Team können zudem alle Vorgänge auftreten, die wir dank dem psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeitsstörungen kennen, wie beispielsweise Übertragungsphänomene und verschiedene Formen von Abwehrmechanismen, wie Bagatelisierung, Projektion, Verschiebung, Überkompensation, Regression etc. Wie bei der individuellen Persönlichkeit gibt es auch fachspezifische Machtprobleme oder Minderwertigkeitsgefühle, Geltungswünsche und Kränkbarkeiten.

In dem bei Teams beliebten unbewussten Familienspiel tauchen auch die systemischen Phänomene auf, die aus der Familientherapie bekannt sind. Es kommt beispielsweise zu unausgesprochenen Delegationen und verdeckten aber fixierten Rollenzuschreibungen. Dann werden vom Team Figuren geschaffen, wie Teamdeuter, Systemzweifler, Traditionshüter, das Rollenfach "Schonungsbedürftigkeit" und der Teamretter, der immer allen und jederzeit zur Verfügung steht. Gewiss können Supervisionen mit von auswärts zugezogenen Überspezialisten solche Prozesse aufdecken und oft entkrampfen. Aber realistischerweise müssen auch die Teamstörungen als ein ständiges und normales Risiko der Interdisziplinarität wahrgenommen und akzeptiert werden. Denn diese Schwierigkeiten weisen besonders deutlich auf die Chancen von Interdisziplinarität hin, die darin bestehen, die Andersartigkeit anderer zu erfahren, dadurch auch sich selbst und den eigenen Standpunkt genauer wahrzunehmen und die Entwicklung der Autonomie des eigenen Standpunktes mit der Solidarität für die gemeinsame Aufgabe zu verbinden.

Zusammenfassung

Interdisziplinarität ist das notwendige dialogische Korrelat zur Spezialisierung der Wissenschaften. Sie erfordert eine zweifache geistige Bewegung der Abgrenzung (z.B. der eigenen Methodik und des eigenen Standpunktes) und der Verbundenheit (durch die übergreifende, gemeinsame Sache und Aufgabe). Ihr Träger ist einerseits eine integrative Kommunikation, andererseits ein auf Interdisziplinarität hin angelegtes Organisationsmodell und Betriebskonzept mit zirkulärem und kommunikationsförderndem Charakter. Dies wird am Beispiel der kinderpsychiatrischen Tagesklinik konkret erläutert. Des Weiteren sind die Persönlichkeitsfaktoren von Bedeutung, die aus der Therapieforchung bekannt sind. Entgleisungen der Interdisziplinarität manifestieren sich in Teamsymptomen, welche denjenigen der Psychopathologie der Patienten und ihrer Familien analog sind.

Literatur

- Anderegg, J. (1985). Sprache und Verwandlung: zur literarischen Ästhetik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Anderegg, J. (1990). Zu Führung und Kommunikation - Eine Skizze. Thema. Forschung und Wissenschaft an den Schweizer Hochschulen, 9, 5-6.
- Belart-Gasser, B. (1991). Einrichtungen zur Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz, in Deutschland und Oesterreich. Med. Diss., Universität Zürich.
- Burisch, M. (1989). Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Eilenberger, G. (1990). Komplexität. Ein neues Paradigma der Naturwissenschaften. In H. v. Ditzfurth & E.P. Fischer (Hrsg.), Mannheimer Forum 89/90. Ein Panorama der Naturwissenschaften (S. 71-134). München: Piper.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger.
- Herzka, H.S. (1986). Ueber einige Grundlagen der Kinderpsychopathologie. In: H.S. Herzka, Kinderpsychopathologie. (2. erg. Aufl.), (S. 17-37). Basel/Stuttgart: Schwabe.
- Herzka, H.S. (1987). System und Individuum in einer Tagesklinik. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 4, 134-138.
- Herzka, H.S. (1989a). The Day Hospital for Children in Zurich, Switzerland, and the Concept of Dialogics. International Journal of Partial Hospitalization, 5 (1), 49-59.
- Herzka, H.S. (1989b). The Dialogics of a Doctor-Patient Relationship. In W. von Raffler-Engel (Hrsg.), Doctor-Patient-Interaction. Amsterdam/Philadelphia: J. Benjamins Publ. Co.
- Herzka, H.S. (1992). Die Dialogik von Gesundheit - Krankheit (im Druck)

- Herzka, H.S., Fanconi, A., Leuenberger, M. & Girsperger, E. (1986). Das Kind in der Klinik. Folia psychopractica Roche, 29. Basel: Roche.
- Herzka, H.S. & Reukauf, W. (1985). Wissenschaftlichkeit, Dialogik und Psychose. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 136/2, 9-18.
- Holzhey, H. (Hrsg.). (1974). Interdisziplinär. Interdisziplinäre Arbeit und Wissenschaftstheorie. Basel: Schwabe.
- Kocka, J. (Hrsg.). (1987). Interdisziplinarität. Praxis - Herausforderung - Ideologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990). Beobachter: Konvergenz der Erkenntnistheorien. München: Fink.
- Lutz, M. & Lux, K. (1979). The challenge of humanistic economics. Menlo Park, California: The Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris: ESF éditeur.
- Niedersen, U. & Pohlmann, L. (Hrsg.). (1990). Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Bd. 1, Selbstorganisation und Determination. Berlin: Duncker & Humblot.
- Perle, U. (1972). Arbeiten im Team. (3. Aufl.). Tübingen: Katzmann.
- Richter, H.E. (1978). Von der Mitverantwortung der Therapeuten für die psychosozialen Krankheiten, die sie heilen sollen. In H.E. Richter, Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen. Reden, Aufsätze, Essays (S. 176-198). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Spiel, W. (1988). Die Schwierigkeiten einer gezielten multifaktoriellen Therapie im Kindes- und Jugendalter. In G. Nissen (Hrsg.), Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: psychotherapeut., heilpädagog., familientherapeut., verhaltenstherapeut., psychopharmakotherapeut., psychodynam., musiktherapeut., psychomotor. u. multifaktorielle Aspekte (S. 133-142). Bern; Stuttgart; Toronto: Huber.
- UNESCO (1986). La science face aux confins de la connaissance: le prologue de notre passé culturel. Colloque de Venise 3.-7.3.1986; Rapport final. Paris: UNESCO.
- Wolff, G. & Göschel, G. (1987). Mitarbeiterführung in Arztpraxis und Klinik. Berlin; Heidelberg: Springer.

Familienarbeit in der stationären Kinderpsychiatrie

Doris Gibbons, Walter Bruderer und Hans Leemann

Ein geschichtlicher Rückblick

Zur Einstimmung in das Thema "Familienarbeit in der stationären Kinderpsychiatrie", in unserem Falle im Kinderheim Brüsshalde, soll zunächst auf das Jahr 1969 zurückgeblendet werden. Damals war Professor Corboz Direktor des gesamten Dienstes geworden und die Erstautorin begann ihre Tätigkeit als Oberärztin in der Brüsshalde. Bei der Fragestellung "Wie war es zu jener Zeit und was hat sich seither verändert" sollen kurz die damaligen Gegebenheiten festgehalten werden. Es gab - wie heute - Platz für 29 Kinder, 21 in der Beobachtungsstation, dem Haupthaus, und 8 in der Therapiestation, einem Nebengebäude, das jetzt eine von vier Wohngruppen beherbergt. Im ärztlichen Bereich gab es den Chefarzt, die Oberärztin und zwei Assistenzärzte, aber noch keinen Psychologen und keine Sozialarbeiterin. Die Mitarbeiter standen unter einem ungeheuren Druck, möglichst viele Kinder stationär abzuklären, da es zu jener Zeit wenig Möglichkeiten für ambulante Abklärungen gab. Der damalige Gesundheitsdirektor pflegte bei seinen Besuchen jeweils streng nach der Länge der Warteliste zu fragen und war natürlich nicht zufrieden, wenn festgestellt werden musste, es seien immer noch oder schon wieder ca. 50 Kinder auf der Liste.

Im Jahr 1969 wurden 86 Kinder aufgenommen, neun davon mit behördlichen Gutachteraufträgen. Weit mehr als die Hälfte der Kinder wurden von Jugendämtern und Jugendsekretariaten zugewiesen, vor allem von denjenigen, in deren Bezirken noch keine kinderpsychiatrischen Zweigstellen waren. Es gab zu jener Zeit neben der Poliklinik in Zürich nur vier Zweigstellen, von denen zwei, Horgen und Rüti, noch neben der Brüsshalde von der Oberärztin der Brüsshalde betreut wurden.

Bei einer erneuten Lektüre der Krankengeschichten des Jahres 1969 ist Manches beeindruckend, während Anderes aber auch betroffen macht. Beeindruckend ist die Intensität der kindsbezogenen klinischen kinderpsychiatrischen Arbeit und auch die Sorgfalt der Berichterstattung. Betroffen macht, wie oft bei relativ wenig Elternkontakten anlässlich Aufnahme, monatlichen Besuchssonntagen und eventuell gelegentlichen Telefongesprächen die Milieuverhältnisse als unabänderlich ungünstig erachtet und als Lösung "Milieuwechsel", also Heimplatzierung, vorgeschlagen wurde. Da sich dieser Vorschlag oft nicht kurzfristig realisieren

liess, wurden die Kinder mit dem Vermerk "vorläufig" nach Hause entlassen. Gelegentlich wurden kinderpsychiatrische Nachbetreuungen vorgeschlagen, es blieb aber unklar, ob sie dann zustande kamen.

In den siebziger Jahren wurden im Rahmen von vier Dissertationen Nachuntersuchungen durchgeführt, je zwei von stationär behandelten und von stationär nur abgeklärten Kindern mit neurotischen Störungen. Die erste Arbeit (Dreifuss-Paucker, 1973) umfasst die Nachuntersuchung der ersten 25 Patienten der Therapiestation. Sie ergab zusammenfassend ein Verhältnis von nachweisbar bis sicherem Therapieerfolg zu keinem nachweisbaren therapeutischen Effekt von 2 zu 1.

In der zweiten analogen Arbeit über Nachuntersuchungen von ehemaligen Therapiestation-Patienten der Jahre 1964 bis 1968 (Ammann, 1976) wird darauf hingewiesen, dass für einen unglücklichen weiteren Verlauf auch bei unmittelbar gutem Therapieverlauf die Rückkehr in ein ungünstiges, krankes und krankmachendes Milieu sowie fehlende Betreuung nach dem Therapie-Aufenthalt ausschlaggebend waren. Daraus wurde die Forderung nach intensiver Einbeziehung der Eltern und der Familie in einen stationären Therapie-Aufenthalt und nach Entlassung in ein Milieu abgeleitet, das nicht durch Krankheit, emotionale Kargheit und Spannung gekennzeichnet sei, sowie nach weitergehender kinderpsychiatrischer Betreuung oder Beratung.

Zwei Arbeiten (Bigler, 1979; Grosz, 1979) umfassten die Nachuntersuchung von 25 Patienten mit ebenfalls neurotischen Störungen, die aber nicht in der Therapiestation behandelt, sondern nur zu einer stationären Abklärung in der Beobachtungsstation waren. In der zweiten Arbeit (Grosz, 1979) sind auch Kinder aus dem Jahre 1969 dabei. Wie zu erwarten, waren die weiteren Verläufe weniger günstig, was einen deutlichen Hinweis auf den anhaltenderen Erfolg einer stationären Psychotherapie ergab. Ausschlaggebend für einen unglücklichen weiteren Verlauf auch bei Besserung am Ende des Brüsshalde-Aufenthaltes sei eine Platzierung, ohne dass die der Störung zugrunde liegenden Konflikte verarbeitet wurden. "Deshalb lässt sich mit Recht fragen, ob nicht durch eine Verlängerung des Brüsshalde-Aufenthaltes, bei dem schon von Anfang an ein therapeutischer Zugang gewählt wird, auf die Dauer bessere und befriedigendere Resultate erzielt würden". (Grosz, 1979, S. 32). Und genau dies war ja aufgrund der früheren Umstände nicht möglich gewesen und liess sich erst realistisch diskutieren, als die Brüsshalde im Zusammenhang mit Geburtenrückgang einerseits und Zunahme von Abklärungsstellen andererseits vom Aufnahmepressur etwas entlastet waren.

Auf der Grundlage der erwähnten Erkenntnisse wurde dann im Rahmen intensiver Konzeptarbeit für die ganze Institution in den Jahren 1980 und 1981 das Brüsshalde-Konzept neu erarbeitet. Es lautete kurz zusammengefasst, dass mit der Zäsur des stationären Aufenthaltes der Kinder, welcher sich in eine Abklärungs- und eine Therapiephase gliedert, unter intensivem Einbezug von Eltern und Familie die Voraussetzungen geschaffen werden

sollten, die Kinder in veränderte, möglichst günstigere Verhältnisse zu entlassen und wieder einzugliedern.

Familienarbeit in der Gegenwart

Unsere Erfahrungen im Kinderheim Brüschhalde zeigen sehr deutlich, dass die *ersten Kontakte* mit den Eltern von grosser Bedeutung für eine optimale Zusammenarbeit sind. Häufig kommen Eltern (mit oder ohne Kind) zu einem unverbindlichen Besuch, noch bevor eine schriftliche Anmeldung vorliegt. Ziel dieses Besuches ist es, Vorurteile und Ängste abzubauen. Vorurteile gegen die Psychiatrie und gegen das Heim sind leider immer noch weit verbreitet. Dies hat zur Folge, dass oft kostbare Zeit vergeht, bis ein Kind - als letzte Lösung - angemeldet wird, frei nach dem Motto: "Die schlechteste Familie ist immer noch besser als das beste Heim!".

Bei der Schilderung unserer Arbeitsweise und beim anschliessenden Rundgang können leitende Ärztin und pädagogischer Leiter oft "Aha-Erlebnisse" vermitteln (kleine Wohneinheiten, viel individueller Spielraum, grosszügige Aussenanlagen, ausgewogene Ernährung, Integration im Dorf u.a.m.). In diesem Erstgespräch wird die Notwendigkeit einer intensiven Zusammenarbeit betont. Die Einrichtung versteht sich nicht als Reparaturwerkstätte für Kinder, die abgeschoben werden. Das Kind gehört weiterhin zur Familie und die Eltern müssen diese vorübergehende Separation bejahen können, sonst werden die Mitarbeiter schnell zum Spielball und öffnen dem Kind ein Agierfeld bei Konflikten. Natürlich wird auch über das primäre Ziel des Aufenthaltes gesprochen, das überlastete System mit eingeschliffenen Verhaltensmustern zu entflechten.

Sehr oft stammen die Kinder auch aus Familien mit geschiedenen Eltern - ein weiteres Agierfeld für das Kind. Es wird versucht, mit dem ausserhalb der Familie lebenden Elternteil - meistens mit dem Vater - Kontakte herzustellen, wenn nötig die Beziehung zum Kind wieder behutsam aufzubauen, und eine Verbindlichkeit der Besuchsregelung zu erarbeiten. Nicht selten stossen die Mitarbeiter dabei auf Widerstände des Inhabers der elterlichen Gewalt.

In der Brüschhalde werden *verschiedene Formen der Familienarbeit* realisiert. Eine bedeutende Funktion beim Aufbau einer erspriesslichen Zusammenarbeit mit der Familie haben die Sozialpädagoginnen. (Hier wird abwechslungsweise die weibliche oder die männliche Form verwendet, denn die Wohngruppenteams sind in der Regel paritätisch zusammengesetzt). Sie sollen vom Eintrittstag an den Eltern das Gefühl vermitteln, willkommen zu sein. Die Eltern sollen sich auf der Gruppe wohl fühlen. Wie gut tut eine Tasse Kaffee und ein Gespräch über Gott und die Welt; es müssen ja nicht immer Probleme gewälzt werden! Weitere Stichworte sind Offenheit und Vertrauen. Eine gute Kooperation zwischen Wohngruppe und Eltern ist die wesentliche Voraussetzung für eine intensive und erfolgreiche Familienarbeit.

Folgende Formen der Familienbegleitung werden im Kinderheim Brüschhalde praktiziert:

- a) der Assistenzarzt mit dem zuständigen Sozialpädagogen (bei psychisch auffälligen Eltern),
- b) die Kindergärtnerin als anleitende Vertrauensperson für die Kindsmutter,
- c) ein Familientherapeut zusammen mit der zuständigen Sozialpädagogin,
- d) der pädagogische Leiter zusammen mit dem Sozialpädagogen und
- e) das Familientherapeutenteam.

Bei den weiteren Ausführungen beschränken wir uns auf die mit Abstand häufigsten beiden Varianten, nämlich pädagogische Familienarbeit und Familientherapie.

Im folgenden werden einige *Indikationskriterien* für die beiden hauptsächlichsten Formen der Familienarbeit erläutert. Daraus sind aber keine Gesetzmässigkeiten abzuleiten, denn in der Praxis werden die Ausnahmen oft zur Regel. Familientherapeutisch wird gearbeitet bei in Scheidung stehenden Familien, bei zusammengesetzten Familien (Stief- / Pflege- oder Adoptivfamilien), bei Paarproblemen und wenn das Ziel einer Rückkehr des Kindes nach Hause als realistisch eingeschätzt wird. Eher mit pädagogischem Schwerpunkt wird gearbeitet bei Familien mit abgebrochener Familientherapie, bei ausgesprochen pädagogischen Problemen, bei Eltern, die zur Motivation für den Heimeintritt schon intensiv mit der pädagogischen Leitung in Kontakt gekommen sind, und wenn als Ziel eher eine Weiterplatzierung ins Auge gefasst wird.

Seit der Heimleiterära des gegenwärtigen Verwaltungsdirektors Kneringer (1978/79), wurde mit besonders schwierigen Familien auf pädagogischer Ebene der Zugang gesucht, z.B. wenn die Familie sich weigerte, der Sozialarbeiterin auch nur einen Hausbesuch zu gestatten. Das aktuelle Setting der *pädagogischen Familienarbeit* ist dadurch gekennzeichnet, dass der für das Kind zuständige Sozialpädagoge bei den Sitzungen beteiligt ist. Nebst den Eltern werden zeitweise das Problemkind und gelegentlich auch die Geschwister in die Gespräche einbezogen. Dabei werden keine technischen Hilfsmittel (Tonband, Video, Einweg-Spiegel) verwendet. Die Intervalle variieren von zweiwöchentlich bis zweimonatlich.

Es gibt *Besonderheiten* der pädagogischen Familienarbeit im Heim. Von zentraler Bedeutung ist der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Eltern und Sozialpädagoginnen. Das gewohnte "Strickmuster" der Verhaltensweisen von Eltern und Kind wird durch das in Frage gestellt, was unsere Sozialpädagogen im Alltag mit den Kindern erleben. So schildern Eltern sehr häufig folgende Probleme: massiver TV-Konsum, keine Mithilfe im Haushalt, heikle Esser, Schulaufgabenverweigerung u.s.w. Viele dieser Schwierigkeiten treten im Therapieheim weniger zutage, weil von den Erwachsenen anders reagiert wird und sicher auch dank des Vorbilds der andern Kinder in der Gruppe. Natürlich gibt es auch negative Verhaltensweisen, die von den Kindern neu in ihr Repertoire aufgenommen werden.

Mit dem Hauptziel vor Augen, den Eltern mehr Kompetenz für den Umgang mit ihren Kindern zukommen zu lassen, wird versucht, die positiven Erfahrungen in die Familie zu

übertragen. So werden mit den Eltern Vereinbarungen getroffen analog den Gruppenregeln, die zu Hause neu eingeführt werden sollen. Diese Abmachungen werden dem Kind von Vater oder Mutter bekannt gegeben, und zwar in Anwesenheit der pädagogischen Mitarbeiter. Dies erleichtert den Eltern die Durchsetzung. Denn Klarheit für das Kind und die ganze Familie ist gefragt.

Die Möglichkeit, Eltern bei Gruppenaktivitäten dabei zu haben, wird ebenfalls sehr geschätzt. So können sie ihr Kind im Umgang mit andern erleben und gleichzeitig der Sozialpädagogin über die Schulkinder schauen. Es erstaunt immer wieder, wie lernwillig die meisten Eltern sind. Es soll allerdings nicht der Eindruck erweckt werden, dass der Umgang mit allen Eltern und den schwierigen Kindern mühelos ist. Wenn Probleme auftreten, werden sie besprochen. Denn gegenseitige Offenheit ist ein wichtiges Anliegen. Für die Eltern wirkt es im Beratungsgespräch entspannend, wenn sie hören, dass auch die "Profis" nicht alles im Griff haben. Dies bringt häufig eine neue Dynamik ins Gespräch.

Eine Besonderheit besteht ferner darin, dass der Sozialpädagoge sich primär als Anwalt des Kindes versteht. In dieser Funktion wird er manchmal ungeduldig bezüglich Veränderungen in der Familie. In den Vorbereitungen muss deshalb geklärt werden, welche Veränderungen realistisch angestrebt werden können. In der Brüschhalde wird eifrig das Kunststück geübt, die Veränderungswünsche der Familie und die der Mitarbeiter zum Wohl von Kind und Familiengemeinschaft unter einen Hut zu bringen. Deshalb ist es wichtig, von den jeweils verschiedenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Familie auszugehen. Drei Gedanken sollten die Arbeit mit Familien leiten: (1) Ratschläge sind auch eine Form von Schlägen, (2) verändern können wir nie den andern - nur uns selber und (3) Beziehung ist wichtiger als Erziehung!

Familietherapie

Im Kinderheim Brüschhalde wird seit 17 Jahren von der Sozialarbeiterin Frau Ruf familientherapeutisch gearbeitet. Als Zweierteam arbeiten Frau Ruf und der Psychologe H. Leemann seit gut 10 Jahren im Sinne einer familienorientierten Systemtherapie zusammen. Sie benutzen dabei einen Familienraum, der mit Einwegscheibe und Videoanlage ausgestattet ist. Je nach Situation der Familie variieren Beginn, Frequenz und Anzahl der Gespräche. Dies gilt ebenso für die Anzahl der Teilnehmer, da z.T. weitere Teammitglieder (Arzt, Lehrer, Sozialpädagoge) zeitweise beigezogen werden.

Vom Inhalt her unterscheiden sich die Gespräche nicht wesentlich von solchen, die ambulant geführt werden. Für die Eltern ist erst einmal das Problemverhalten ihres Kindes wichtig. Häufig erwähnen Eltern auch bald einmal, dass sie mit Geschwistern des

Problemkindes ebenfalls Schwierigkeiten haben. Damit kommen - meistens zeitlich versetzt - auch Probleme auf der Eltern- und/oder Paarebene zur Sprache.

Die in der neuen Literatur (z.B. Rotthaus, 1990) beschriebenen speziellen Gesprächsthemen in Heimen und Kliniken sind auch in der Brüschhalde feststellbar:

- Eltern berichten häufig von ihren Schuldgefühlen und von Vorwürfen aus der Verwandtschaft, sie hätten ihr Kind ohne ersichtlichen Grund ins Heim abgeschoben.
- Immer wieder bringen Eltern den Wunsch vor, ihr Kind vorzeitig aus dem Heim zu nehmen, sei es, weil das Kind heftiges Heimweh äussert, sei es, weil sich die Eltern durch die eingetretene Entlastung wieder erholt haben. Es ist dann wichtig, mit den Eltern Vor- und Nachteile anzuschauen, und nicht einfach auf einem Verbleiben im Heim zu pochen. Der vor dem Eintritt getroffene Entscheid eines Abklärungsaufenthaltes kann sonst selbst zum Problem werden.
- In den Gesprächen werden auch regelmässig die Ziele des Aufenthalts für das Kind thematisiert. Inwieweit hat eine Annäherung an diese Ziele schon stattgefunden sowohl im Heim, aber auch zu Hause an den Besuchswochenenden oder in den Ferien?
- Gegen den Austrittstermin hin kommen vermehrt neben der Freude über die baldige Rückkehr des Kindes auch Bedenken zur Sprache, wie wohl der Alltag dann aussehen werde.

Wo die Situation der Familie nicht eine intensive und langdauernde Weiterbetreuung erfordert, die häufig durch die einweisenden Fachkräfte wieder übernommen wird, werden die Familien über den Austritt hinaus mit einer beschränkten Anzahl weiterer Gespräche begleitet, um die Reintegration des Kindes zu unterstützen.

Die therapeutische Arbeit mit Familien im Heim hat einige *Besonderheiten*. Mit der Frage, ob überhaupt sinnvolle Familienarbeit im Heim geleistet werden kann, sind einige generelle Gesichtspunkte verknüpft, die auch in der Literatur immer wieder hervorgehoben werden. Sie sind für jede Art von Familienarbeit in einem Heim zu berücksichtigen. Es sind dies: (1) Komplexität, (2) Konkurrenz, (3) Zielvorstellungen und (4) Motivation. Diese Aufstellung ist nicht vollständig. Es handelt sich wohl aber um zentrale Aspekte. Im folgenden wird etwas näher auf diese Gesichtspunkte eingegangen.

Komplexität

Erstens ist zu berücksichtigen, dass die Mitarbeiter im Heim und die Eltern mit ihrem Kind sämtlich Menschen mit einer unterschiedlichen Herkunft und eigenen Lebensgeschichte sind. Beharrt jeder auf seiner eigenen Sicht der Dinge als der einzigen wahren Realität, können Konflikte entstehen, die dann nicht einfach nur den Familien angelastet werden dürfen. Nötig

ist daher ein grosses Mass an Toleranz und ab und zu ein Infragestellen der eigenen Normen und Wertmassstäbe.

Zweitens treffen die Eltern im Heim auf verschiedene Ansprechpartner: zunächst einmal auf die Leitende Ärztin und den Pädagogischen Leiter, später auf den Assistenzarzt, den Lehrer, die Sozialpädagogen, die Sozialarbeiterin und den Psychologen. Für die Eltern kann dies verwirrend sein und die Gefahr des Ausspiels erhöhen. Klagen oder Wünsche werden möglicherweise beim falschen Mitarbeiter deponiert. Es ist daher wichtig, für die Eltern die Heimstruktur transparent zu machen. Bei den Mitarbeitern müssen die Verantwortungsbereiche geklärt und die Koordination gesichert sein. Die Familie muss wissen, wer welche Funktion inne hat (Vgl. Toronow, 1983, S. 404).

Drittens kann es innerhalb und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Heim zu unterschiedlichen Problemdefinitionen, Zielvorstellungen und Vorgehensweisen kommen. Verschiedene Vorgehensweisen können sich aber u.U. in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben. Ferner können Spannungen und Konflikte im Team entstehen und zu einer Verschlechterung im Verhalten des Kindes führen. Es ist daher sehr darauf zu achten, dass das Team sich untereinander und auch mit der Familie auf eine gemeinsam akzeptierte Wirklichkeit und zirkuläre Problemsicht einigen kann. Schweizer und Reuter (1991, S. 173) schreiben dazu: "Die interessante Frage für die praktische Arbeit ist dann nicht mehr 'stimmt das?', sondern 'wozu führt es, wenn man das so beschreibt?' und 'wozu würde es führen, wenn man es anders beschreiben würde?'"

Viertens sind die Probleme der Kinder im Heim und ihrer Familien selbst komplex. Häufig handelt es sich um Kombinationen. Zu nennen sind hier: Untragbarkeit zu Hause und/oder in der Schule aus den verschiedensten Gründen, negativer Einfluss der Umgebung, Beziehungsschwierigkeiten der Eltern als Paar, Alkoholprobleme oder Spielsucht eines Elternteils, psychosomatische Beschwerden der Kinder oder eine lebensbedrohende Krankheit des Kindes oder eines Elternteils. Dies alles macht die tägliche Arbeit sehr belastend. Überhöhte Ansprüche oder Resignation sind beim Team wie bei den Familien anzutreffen.

Es ist daher vordringlich, sich an den Ressourcen der Familienmitglieder zu orientieren. Unerreichbare Endziele müssen unterteilt werden in Teilziele. Kleine erfolgte Schritte in Richtung einer positiven Veränderung dürfen im Alltag nicht untergehen, da sie Anlass zu neuer Hoffnung geben.

Konkurrenz

Die Eltern leiden meistens unter grossen Schuldgefühlen und sehen sich als Versager. Sie haben auch Angst, das Kind emotional zu verlieren. Diese Gefühle verstärken sich, wenn das Kind im Heim keine oder deutlich weniger Probleme zeigt. Damit nimmt die Gefahr entweder

des Rückzugs der Eltern oder des Machtkampfs und der Rivalität der Eltern mit dem Team zu. Dieses wiederum erlebt die Eltern als sich einmischend und kritisierend. Entsprechend steht das Kind in einem Loyalitätskonflikt: bessert es sich, stellt es seine Eltern bloss; bessert es sich nicht, stellt es die Teammitglieder schlecht hin. Wie aber kann man sich bessern, ohne sich zu verändern? (Vgl. Brönneke, 1988, S. 221).

Ganz wichtig bei dieser Thematik ist es, die bisherigen Lösungsversuche der Eltern anzuerkennen, sie nicht zu beschuldigen und das Kind nicht nur als bedauernswertes Opfer zu sehen. Die Eltern sollen auch möglichst viel in das Heimgeschehen einbezogen werden, und ihnen soll möglichst wenig Verantwortung abgenommen werden. Sie sollen am Entscheiden mitbeteiligt sein. Spürt das Team den Widerstand der Eltern, heisst das, dass noch keine gemeinsame Sicht der Wirklichkeit gefunden worden ist.

Zielvorstellungen

Zielvorstellungen von Eltern und Team können divergieren. Die Eltern erwarten manchmal quasi eine Reparatur ihres Kindes im Heim, stellen sich z.B. vor, es erhalte hier die fehlende Basis im Rechnen und damit seien dann alle anderen Probleme gelöst. Das Team seinerseits ist der Ansicht, eine Rückkehr nach Hause sei nur erfolgreich, wenn auch die Familie sich rasch und positiv verändere. Um eine solche Polarisierung verbunden mit Sich-nicht-verstanden-fühlen zu vermeiden, müssen alle Beteiligten sich immer wieder vor Augen halten, dass weder das Kind noch die Familie allein zuständig für die Verursachung sämtlicher Probleme sind. Die Besonderheiten des Kindes sollen darum als mit seinem sozialen und familiären Kontext vernetzt gesehen werden.

Motivation

Mit der Aufnahme des Kindes ins Heim geht für viele Eltern erst einmal eine schwere Zeit zu Ende. Viele erfolglose Versuche, ihre Probleme zu lösen, haben sie zermürbt; Vorwürfe und gutgemeinte Ratschläge von aussen haben sie verunsichert. Nach dem Eintritt des Kindes fällt nun häufig erst einmal der Leidensdruck und damit auch die Motivation weg, an früher bestehenden Problemen im Hinblick auf eine Rückkehr des Kindes zu arbeiten. Frühere Schwierigkeiten werden vergessen oder bagatellisiert. Über das Besuchswochenende erleben die Eltern nur noch "Sonntagskinder" und die Eltern geben sich als "Sonntagseltern". Man sieht sich wenig und will es dann miteinander schön haben. Im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten sind daher häufige Besuche des Kindes zu Hause, bzw. der Eltern im Heim wichtig. Hinzu kommen Ferien zu Hause. Einige Wochen vor dem Austritt gehen die Kinder dann auch jedes Wochenende nach Hause.

Die oben gestellte Frage, ob sinnvolle Familienarbeit im Heim überhaupt möglich ist, ist sicher zu bejahen. Der Erfolg dieser Arbeit steht und fällt aber in dem Masse, wie gut diese Aspekte im Alltag von allen Teammitgliedern berücksichtigt werden können. Diese Berücksichtigung ist zudem immer nur in Annäherung möglich und muss in Gesprächen innerhalb des Teams und mit den Familien immer wieder neu errungen werden. Voraussetzungen dazu sind: eine gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung im Mitarbeiterteam, Toleranz gegenüber den Eltern und Vertrauen in ihre Ressourcen. Hinzu kommt der Verzicht auf die Meinung, dass die "eigene Version der Wirklichkeit die wirkliche Wirklichkeit" ist (Deissler, 1990, S. 238).

Anmerkung: Für den geschichtlichen Rückblick trägt D. Gibbons als Autorin Verantwortung. W. Bruderer schrieb den Abschnitt über Familienarbeit und H. Leemann den über Familientherapie.

Literatur

- Ammann, A. (1976), Zur Entwicklung von stationär behandelten Kindern mit neurotischen Störungen. Ein weiterer katamnestischer Beitrag, Med. Diss., Universität Zürich
- Bigler, H. (1979), Katamnestischer Beitrag zur Entwicklung von neurotischen Störungen, Med. Diss., Universität Zürich
- Deissler, K.G. (1990), Zur Konstruktion eines systemtherapeutischen Kontextes an einer psychiatrischen Landesklinik. Z. system. Ther. 8, 238-247
- Dreifuss-Paucker, M. (1974), Katamnestischer Beitrag zur Entwicklung von stationär behandelten Kindern und neurotischen Störungen, Acta Paedopsychiatrica 41, 2-29
- Grosz, C. (1979), Katamnestischer Beitrag zur Entwicklung von Kindern, die in den Jahren 1968 und 1969 in der kantonalen Beobachtungsstation Brüsshalde, Männedorf, weilten. Med. Diss., Universität Zürich
- Rothaus, W. (1990), Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Schweizer, J., Reuter, D. (1991), Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 40, 171-176
- Tornow, H. (1983), Familientherapie in stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. In: Schneider, K. (Hg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Junfermann-Verlag, Paderborn

Die Entwicklung ehemaliger Patienten des KJPD Zürich im Erwachsenenalter

Matthias Reitzle

Die einschlägige Forschungsliteratur deutet darauf hin, dass kinder- und jugendpsychiatrische Störungen in gewissem Umfang Prognosen auf Störungen im Erwachsenenalter zulassen (Sroufe & Rutter, 1984). Der Klassiker unter den Studien, die sich mit diesem Thema befassen, ist sicher jene von Lee Robins (1966), die bei mehr als 500 untersuchten ehemaligen Patienten einer "child guidance clinic" in St. Louis auch im Erwachsenenalter eine grössere psychopathologische Belastung fand als in einer ansonsten vergleichbaren Kontrollgruppe.

Die vorliegende Untersuchung, die sich auf eine klinische Stichprobe ehemaliger kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten des KJPD Zürich beschränkt, beschäftigte sich im wesentlichen mit folgenden Fragen: Bergen verschiedene kinder- und jugendpsychiatrische Störungen auch unterschiedliche Risiken für Fehlanpassungen im Erwachsenenalter? Gibt es eine Isomorphie zwischen Störungen in der Kindheit oder Jugend und solchen im Erwachsenenalter? Lassen sich andere Grössen als die Diagnosen, z.B. anamnestische Sachverhalte oder Merkmale des familiären Hintergrundes, identifizieren, die etwas über die Auftretenswahrscheinlichkeit späterer Störungen aussagen?

Nur relativ wenige Studien bieten die Möglichkeit, zu untersuchen, welche Bedeutung psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter für die weitere Entwicklung und Adaptation im Erwachsenenalter haben. Im vorliegenden Falle bot sich diese seltene Gelegenheit durch die Zusammenführung zweier unterschiedlicher Studien. Die grössere von beiden ist die prospektive Zürcher Längsschnittstudie, innerhalb derer Angst und seine Mitarbeiter 1971 Daten eines gesamten Geburtsjahrganges (1952) von N=6315 jungen Männern erhoben. Rund die Hälfte dieser Stichprobe wurde anonym befragt, die andere Hälfte jedoch namentlich, was die Grundlage für eine Längsschnittstudie bietet. Repräsentative Teilstichproben wurden 1974, 1983/84 und 1988/89 wiederbefragt.

Die Verbindung zu kinderpsychiatrischen Störungen liess sich durch den Umstand herstellen, dass ein, wenn auch zahlenmässig bescheidener, Anteil der nichtanonymisierten Stichprobe als Kinder oder Jugendliche die Dienste des KJPD in Anspruch genommen hatte. In unserem Archiv fanden sich Daten von insgesamt N=364 männlichen Patienten des Geburtsjahrganges 1952, von denen N=94 auch als Teilnehmer der Studie von Jules Angst

identifiziert werden konnten. Als Kinder oder Jugendliche kamen diese jungen Männer zwischen 1955 und 1970 zwecks Beratung oder Behandlung zum KJPD, d.h. im Alter zwischen 3 und 18 Jahren.

Die in ihrem Informationsgehalt recht unterschiedlichen Krankenakten wurden zunächst einmal in eine standardisierte Form gebracht. Neben soziodemographischen und anamnestischen Merkmalen wurden vor allem die psychiatrischen Befunde in das multiaxiale diagnostische Klassifikationssystem des ICD-10 überführt. Diese Aufgabe unternahmen unter der Leitung von H.-C. Steinhausen die Doktoranden A. Canziani, A. Drexler, J. Forster, D. Kaiser, J. Michel, C. Moretti und J. Schmid. Bei den Merkmalen des Erwachsenenalters konzentrierten wir uns auf Indikatoren, die im weitesten Sinne für Fehlanpassung stehen, psychiatrische Auffälligkeit und Delinquenz. Damit waren Inzidenzen zwischen der Erstuntersuchung 1971 und 1983/84 gemeint, Vorfälle also, die im Erwachsenenalter bis zum einschliesslich 32. Lebensjahr auftraten.

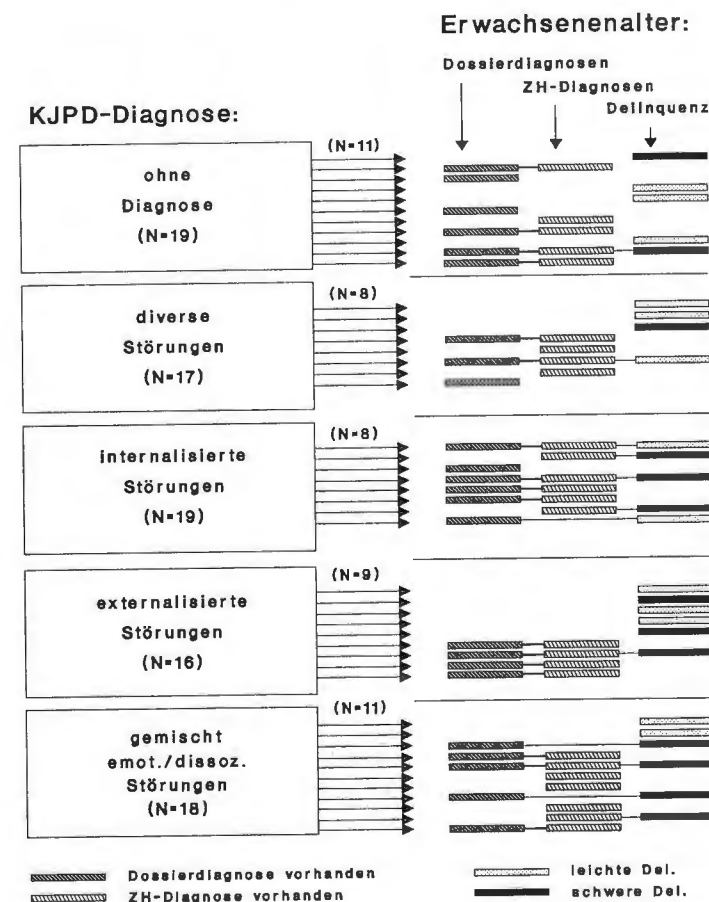
Erste Ergebnisse zum Langzeitverlauf

Vor dem Hintergrund unserer vergleichsweise kleinen Längsschnittstichprobe erschien es aus statistischen Gründen fragwürdig, einzelne Krankheitsbilder oder Diagnosen des Jugendalters mit ebenso feinkörnigen Diagnosen oder einzelnen Deliktarten im Erwachsenenalter in Beziehung zu setzen. Daher fassten wir zunächst einmal die kinder- und jugendpsychiatrischen Befunde zu fünf grösseren Gruppen im Sinne von sog. Schirmdiagnosen zusammen.

In die erste Gruppe wurden Patienten eingeordnet, die keine Diagnose bekommen hatten. Sie waren entweder wegen diverser Entwicklungsstörungen oder minimaler Verhaltensauffälligkeiten, die eine Diagnose nicht zuliessen, im KJPD vorgestellt worden. Diese Gruppe diente als Kontrollgruppe, als Hintergrund für die vier verbleibenden Gruppen. Die zweite Gruppe mit der Bezeichnung "Diverse Störungen" umfasste Patienten, die wir nicht in eine der folgenden drei Gruppen einordnen konnten. Es handelte sich in gewissem Sinne um eine Restgruppe, bei der als häufigste Diagnosen Enuresis und Tics vorkamen. Für die verbleibenden Gruppen hatten wir eindeutige Definitionskriterien entlang der beiden Dimensionen "internal" und "external" festgelegt. Mit "Internalisierten Störungen" waren Angststörungen, Phobien und die gemischte emotionale Störung gemeint. Depressive Störungen gehörten theoretisch auch zu dieser Gruppe, nur kamen sie in unserer Stichprobe nicht vor. Die "Externalisierten Störungen" umfassten das hyperkinetische Syndrom und Störungen des Sozialverhaltens, wobei letztere deutlich in der Überzahl waren (13 von 16 Patienten). "Gemischt emotional-dissoziale Störungen" letztlich bildeten eine eigene Kategorie in unserem an den ICD-10 angelehnten Erfassungsbogen, aber auch Patienten mit multiplen Diagnosen aus dem internalen und dem externalen Formenkreis wurden hier subsumiert. Insgesamt wurden

N=89 ehemalige Patienten unter einer der 5 Schirmdiagnosen eingeordnet; 5 Patienten, die ein hirnrorganisches Psychosyndrom und/oder ein sehr niedriges Intelligenzniveau (IQ < 70) aufwiesen, blieben für die Auswertung unberücksichtigt. Die späteren Auffälligkeiten der Patienten dieser fünf Gruppen sind in Abb. 1 dargestellt.

Abb. 1 : Spätere Auffälligkeit männlicher KJPD-Patienten (Geburtsjahr '52)



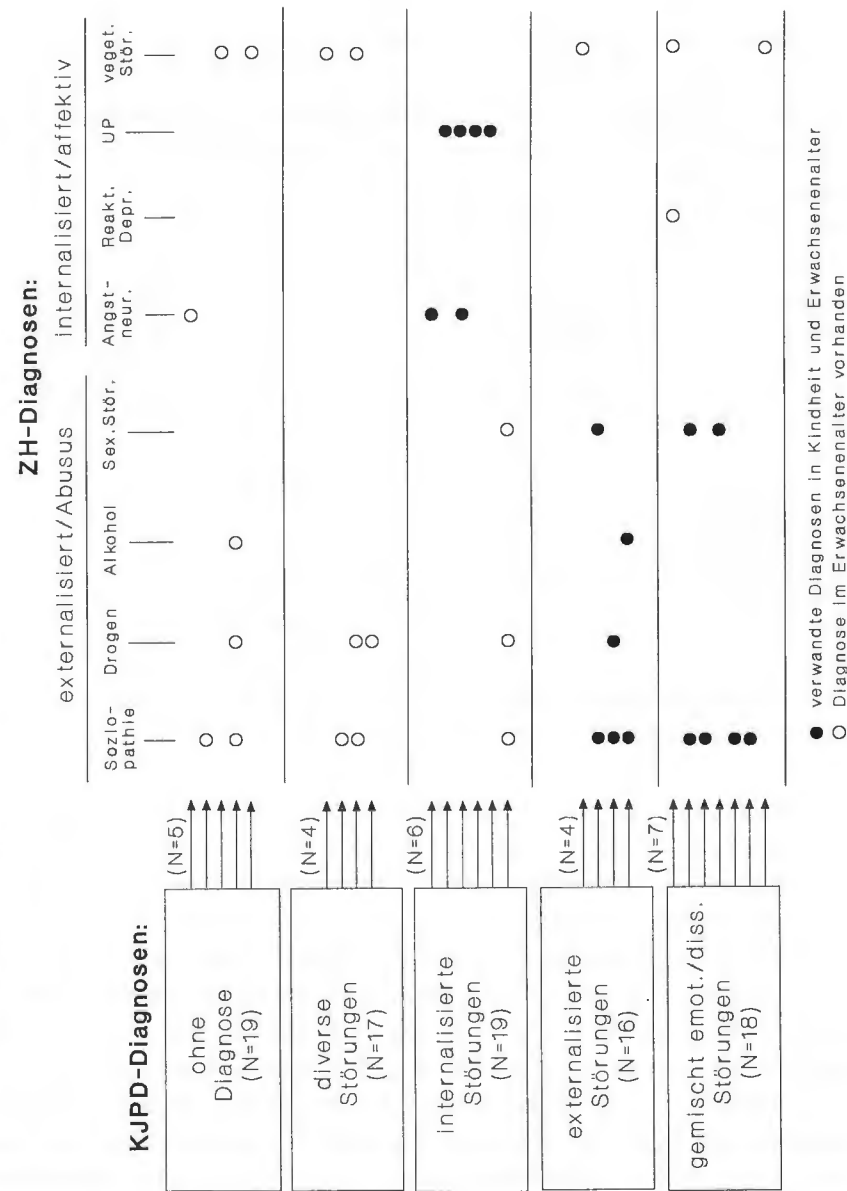
Die Prävalenz von Auffälligkeiten im Erwachsenenalter erschien in unserer Stichprobe als relativ hoch: 53% der ehemaligen Patienten waren als Erwachsene entweder wegen einer psychiatrischen Störung behandelt worden und/oder hatten ein Delikt begangen. Wenn man die Bagatelldelikte unberücksichtigt lässt, reduziert sich die Quote auf 42%. Bagatelldelikte schlossen wir aus den weiteren Analysen aus, da es sich zumeist um Verkehrsdelikte oder einmalige kleinere Verfehlungen handelte.

Unsere erste Frage nach einem unterschiedlichen Risiko für Auffälligkeiten in Abhängigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Störung musste verneint werden. Weder unterschieden sich die vier Gruppen von Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose statistisch bedeutsam von der Kontrollgruppe, noch unterschieden sie sich untereinander. Zum gleichen Ergebnis kamen wir auch bei getrennter Betrachtung von psychiatrischen Störungen und Delinquenz (gemeint ist Delinquenz eines gewissen Schweregrades). Die in der Literatur häufig berichtete Beobachtung, dass vorrangig Störungen des Sozialverhaltens persistieren, fand sich hier nicht bestätigt. Dabei ist jedoch unsere vergleichsweise kleine Stichprobe zu berücksichtigen. Tatsächlich war die Auffälligkeit im Erwachsenenalter in der Gruppe mit gemischt emotional-dissozialen Störungen am grössten. Zu einer statistischen Absicherung reichte der Unterschied zu den anderen Gruppen indessen nicht aus.

Die zweite Frage im Rahmen dieser Untersuchung war, ob Störungen im Kindes- und Jugendalter, wenn überhaupt, zu ähnlich gelagerten Störungen im Erwachsenenalter führen, oder weniger kausal formuliert, zu solchen in Zusammenhang stehen. Es bereitet Schwierigkeiten, zu definieren, was zu einer bestimmten Störung in der Kindheit oder Jugend ein genaues Analogon im Erwachsenenalter ist - man denke z.B. an die Enuresis. Forschungsergebnisse im Rahmen der Entwicklungspsychopathologie legen den Gedanken nahe, ähnlich wie bei normalen Entwicklungen auch bei pathologischen Entwicklungen von Veränderung auszugehen und nicht unbedingt phänomenologische Gleichheit zu erwarten.

Auf einer eher kasuistischen als statistischen Ebene zeigte sich in bestimmten Fällen unserer Studie dennoch eine gewisse Ähnlichkeit der Diagnosen zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, vor allem was die internalisierten Störungen anbelangt (vgl. Abb. 2). Alle unipolaren Depressionen des Erwachsenenalters und zwei der drei Angstneurosen fanden sich bei Männern, die auch als Kinder oder Jugendliche Störungen des internalisierten Typs aufgewiesen hatten. Bei den externalisierten Störungen verhielt es sich wie folgt: Soziopathien, Drogenkonsum und Alkoholabusus im Erwachsenenalter traten zwar nicht ausschliesslich in den Gruppen mit externalisierten oder gemischt emotional-dissozialen Störungen auf, dennoch entwickelten diese Kinder kaum Störungen des affektiven Formenkreises wie Ängste oder unipolare Depressionen. Es muss jedoch betont werden, dass dieser Teil der Studie einen eher ex-

Abb. 2: Verlauf psychiatrischer Störungen von der Kindheit zum Erwachsenenalter (N=89 männliche KJPD-Patienten)



plorativen Charakter hatte und generalisierte Aussagen über Gleichheit oder Wechsel der Symptomatik ebenso wenig zuließ wie kausale Deutungen.

Die letzte Frage innerhalb dieser Studie galt der Ermittlung von Prädiktoren, die - u.U. besser als die kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen - etwas über spätere Anpassung bzw. Fehlanpassung aussagen konnten. In Normalstichproben wie in retrospektiven klinischen Stichproben wurden immer wieder Risikofaktoren identifiziert, die mit der Entstehung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Jugenddelinquenz oder extremen Werten auf diversen psychologischen Skalen in Beziehung standen. Dazu zählten vor allem die sog. "broken home"-Situation, d.h. getrennte oder geschiedene Eltern, aber auch psychische Störungen und abweichendes Verhalten eines Elternteils. Was die Auswirkungen solcher familiären Bedingungen auf die Kinder angeht, argumentieren Rutter, Cox oder Wolkind (1985), dass die genannten Sachverhalte nicht direkt und nicht notwendigerweise zu Fehlanpassungen bei den Kindern führen, sondern dass vielmehr psychologische Korrelate derartige Situationen wie unzureichende elterliche Aufsicht, Mangel an affektiver Zuwendung, Spannungen innerhalb der Familie, inkonsistentes Erziehungsverhalten etc. den Ausschlag geben.

Die genannten Faktoren "broken home" oder die psychische Störung eines Elternteils mochten bereits an der Entstehung der kinder- und jugendpsychiatrischen Störung unserer Probanden beteiligt gewesen sein, was sich innerhalb einer rein klinischen Stichprobe jedoch in Ermangelung von Vergleichsmöglichkeiten nicht schlüssig belegen lässt. Daher lautete die Frage im vorliegenden Falle: Trennen diese familiären Hintergrundmerkmale selbst innerhalb einer Risikostichprobe im Hinblick auf Fehlanpassungen im Erwachsenenalter. Noch prägnanter könnte man formulieren, gibt es selbst innerhalb dieser durch kinderpsychiatrische Störungen vorbelasteten Stichprobe ein Risiko erster und zweiter Klasse je nachdem, ob ein Kind aus einer im genannten Sinne auffälligen Familie kam oder nicht?

Getrennte oder geschiedene Eltern wie auch psychische Störungen der Eltern kamen in der Kontrollgruppe (Kinder ohne psychiatrische Diagnose) kaum vor, was in gewisser Hinsicht für den Status dieser Gruppe als Kontrollgruppe sprach. Wegen der ausserordentlich niedrigen Prävalenz dieser Merkmale wurde die Kontrollgruppe in den folgenden Zusammenhangsanalysen zwischen familiärem Hintergrund und Auffälligkeiten im Erwachsenenalter nicht berücksichtigt. Als abhängiges Merkmal wurde ein kombinierter Indikator für die allgemeine Auffälligkeit im Erwachsenenalter verwendet. Ein Wert auf diesem Indikator bedeutet psychiatrische Auffälligkeit und/oder schwere Delinquenz.

Von 68 Kindern hatten 12 getrennte bzw. geschiedene Eltern oder Eltern, die nie zusammengelebt hatten. Da sich diese 12 Kinder relativ gleichmässig über die vier Diagnosegruppen verteilten, kann von einem spezifischen Zusammenhang zwischen einem "broken home" und einer bestimmten Art von kinderpsychiatrischer Störung keine Rede sein. Dass Kinder aus ei-

nem derartigen familiären Hintergrund auch langfristig ein erhöhtes Risiko tragen, wurde jedoch deutlich: Es betraf 10 der 12 Kinder (83%) im Vergleich zu 18 von 56 Kindern (32%), die aus kompletten Familien stammten (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Zusammenhang von 'Broken Home' und Störungen im Erwachsenenalter

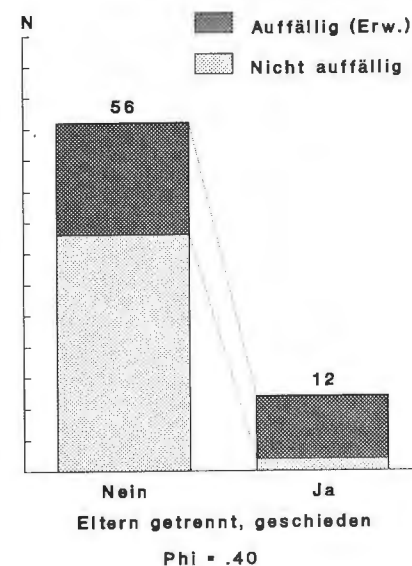
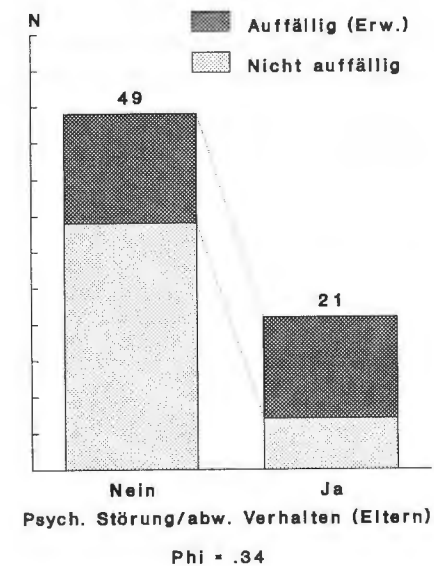


Abb. 4: Elterliche Psychopathologie und Störungen im Erwachsenenalter

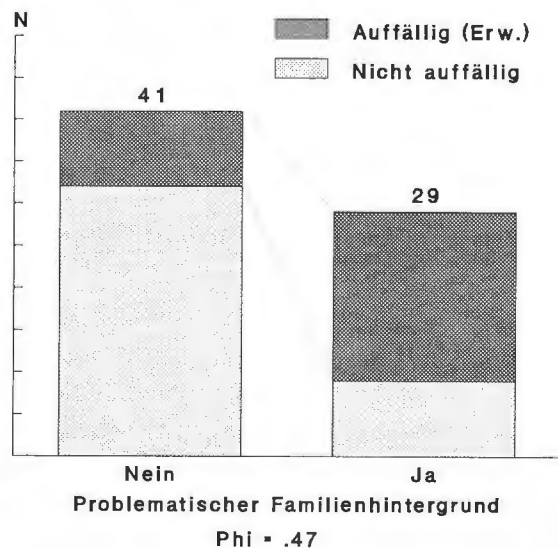


Ähnlich fielen die Ergebnisse aus, wenn psychische Störungen der Eltern als Prädiktor verwendet wurden. Diese familiäre Belastung kam insgesamt häufiger vor als Trennungen oder Scheidungen. 14 der 21 (67%) Kinder aus mit diesem Hintergrund wurden als Erwachsene wieder auffällig. Bei den in dieser Hinsicht unbelasteten Kindern sind es nur 15 von 49 (31%). Beide berichteten Zusammenhänge sind auf dem 1%-Niveau signifikant (vgl. Abb. 4). Zwischen den Prädiktoren "broken home" und "elterliche psychische Störung" gab es kaum Überschneidungen. Gemeinsam ist diesen Merkmalen eine funktionelle Äquivalenz in dem Sinne, dass beide familiären Hintergrundaspekte, wiewohl voneinander unabhängig, eine erhebliche Erhöhung des Risikos für das Auftreten von Störungen im Erwachsenenalter implizieren.

Wegen ihrer funktionellen Ähnlichkeit wurden die beiden Merkmale in einem weiteren Schritt zu einem Indikator des problematischen Familienhintergrundes kombiniert. Ein Wert auf diesem Indikator bedeutet, dass ein Kind entweder getrennte, geschiedene Eltern und/oder einen psychisch belasteten Elternteil hatte. Die Verteilung auf diesem dichotomen Indikator ist relativ symmetrisch. Prozentuale Vergleiche der Häufigkeiten von Störungen im Erwachsenenalter zwischen Kindern mit und ohne einem problematischen Familienhintergrund sind daher aussagekräftiger als es bei den vergleichsweise schief verteilten Einzelindikatoren für "broken home" und der psychischen Störung eines Elternteils der Fall war.

Das Ergebnis für den kombinierten Indikator stellte sich folgendermassen dar: 69% (20 von 29) der Kinder mit problematischem Familienhintergrund wurden als Erwachsene psychiatrisch auffällig und/oder begingen schwere Delikte. Fehlten solche familiären Belastungen, betrug die Quote lediglich 22% (9 von 41). Die Befunde sind in Abb. 5 grafisch dargestellt. Auch innerhalb einer klinischen Stichprobe, erwiesen sich jene Indikatoren, die häufig bereits an der Entstehung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen beteiligt sind, erneut als Risikofaktoren, diesmal jedoch für viel später auftretende Fehlanpassungen.

Abb. 5: Problematischer Familienhintergrund und Störungen im Erwachsenenalter

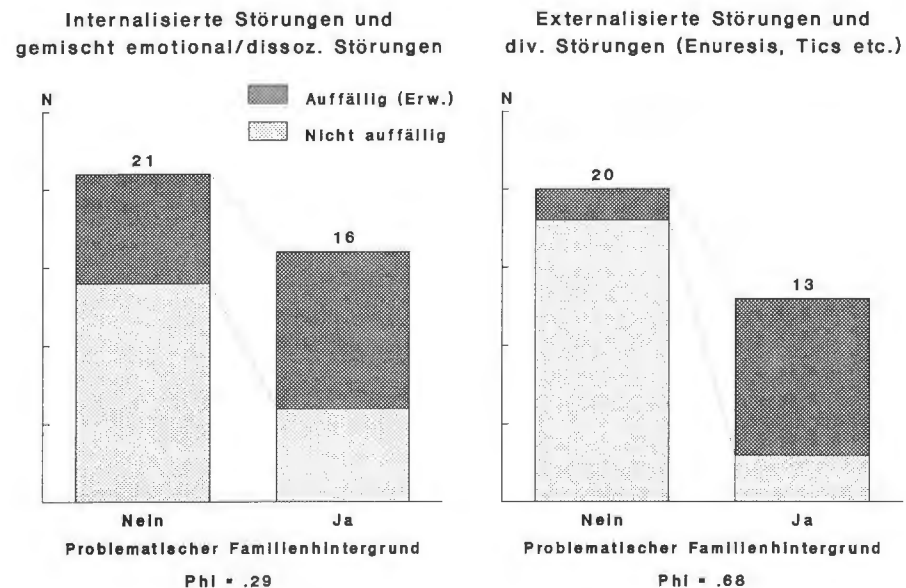


• 'Broken Home' und/oder elterliche Psychopathologie

Abschliessend sollte noch einmal die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose ins Spiel gebracht werden. An sie anknüpfend stellte sich die Frage, ob bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Störungen ein besonders grosses Risiko für negative Auswirkungen eines problematischen Familienhintergrundes auf die Entwicklung im Erwachsenenalter beinhalten. Falls ja, sollten sich folgende statistische Sachverhalte zeigen: eine ähnliche Häufigkeit problematischer Familien in den verschiedenen Diagnosegruppen, jedoch unterschiedlich starke Zusammenhänge zu Störungen im Erwachsenenalter. Genau dies war der Fall, wie Abb. 6 verdeutlicht.

Dabei zeichnete sich eine Zweiteilung zwischen den vier Gruppen ab, auf der einen Seite internalisierte Störungen und gemischt emotional-dissoziale Störungen, d.h. Diagnosen mit zumindest affektiven Anteilen, auf der anderen Seite externalisierte Störungen bzw. die als diverse Störungen benannte Gruppe, die überwiegend aus Enuretikern oder Kindern mit Tics bestand. Bei letzteren zeigte sich ein engerer Zusammenhang zwischen dem familiären Hintergrund und der späteren Auffälligkeit.

Abb. 6: Moderatoreffekt der Diagnose auf den Zusammenhang zwischen Familienhintergrund und Störung im Erwachsenenalter



Der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose kommt offensichtlich eine Moderatorfunktion zwischen Merkmalen des familiären Umfeldes und Fehlanpassungen im Erwachsenenalter zu. Nur bei bestimmten Störungen, nämlich solchen mit einer sichtbaren und / oder störenden Symptomatik wie Tics oder Enuresis, schlagen sich die aversiven Familienbedingungen noch im Erwachsenenalter in Form von psychiatrischer Auffälligkeit oder Delinquenz nieder. Diese Befunde mögen Ausdruck einer fatalen Kettenreaktion sein: Kommen Kinder aus einer belasteten Familie und entwickeln dann Störungen, die aufgrund ihrer prägnanten Symptomatik weitere Konflikte induzieren und negative sowie ablehnende Reaktionen bei den ohnehin schon stark beanspruchten Familienmitgliedern hervorrufen, sind die Bedingungen für die Umkehr einer langfristig problematischen Entwicklung sicher nicht ideal. Wolkind und Rutter (1985) interpretieren die vergleichsweise ungünstige Prognose prägnanter Verhaltensstörungen folgendermassen: Die Hartnäckigkeit dieser Störungen mag nicht an einer dauerhaften Schädigung liegen, die das Kind aufgrund früher Erfahrungen erlitten hat. Viel wahrscheinlicher sind diese Kinder in einem Teufelskreis gefangen. Gerade diejenigen Kinder, die mit einem massiv gestörten Verhalten reagieren und in besonderem Masse der Stabilität bedürften, finden in den seltensten Fällen ein stabiles Umfeld vor.

Ergebnisse, die wie unsere unter Verwendung relativ grober Indikatoren ermittelt wurden, lassen verschiedene Deutungen zu. Fragen nach den Bindegliedern, den vermittelnden Grössen in den angenommenen Risikoprozessen bleiben weitgehend unbeantwortet. Dennoch, liefert gerade der interaktive Effekt zwischen einem problematischen Familienhintergrund und der Art der kinderpsychiatrischen Symptomatik auf spätere Fehlanpassungen ein weiteres Indiz dafür, dass man wie bei normalen Entwicklungsverläufen auch beim Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen nicht von einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen ausgehen kann. Viel wahrscheinlicher sind komplexe Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt am Werk.

Literatur

- Robins, L. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rutter, M., & Cox, A. (1985). Other family influences. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Wolkind, S., & Rutter, M. (1985). Separation, loss and family relationships. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches*. London: Blackwell.

Ausbildungsprogramm

AUSBILDUNGSPROGRAMM

1 Interne Fortbildungs-Veranstaltungen (Stand: 1989)

1.1 Struktur

Das Fortbildungsprogramm besteht aus insgesamt vier verschiedenen Seminarien.

A Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium

Dieses Seminar ist als Curriculum konzipiert und auf vier Semester angelegt. Es wurde im SS 1988 begonnen und umfasst wöchentlich eine Einheit von 1,5 Zeitstunden während des Semesters. Auf jeweils zwei Einheiten eines themengebundenen Referates einschliesslich Kasuistik folgen eine Gastvorlesung und ein Journal Club. Die Referate werden jeweils von kleinen Arbeitsgruppen (zwei bis drei Mitarbeiter) unter der Anleitung des Ärztlichen Direktors erarbeitet.

B Psychotherapeutisches Seminar

Es werden gegenwärtig vier verschiedene Therapieformen in Seminarien angeboten, nämlich: Psychoanalyse, Familientherapie, klientenzentrierte Spieltherapie und Verhaltenstherapie. Mit Ausnahme des Seminars in klientenzentrierter Spieltherapie finden alle Seminare während des Semesters statt. Die Teilnahme an einem Seminar in den Semesterferien (z.B. gegenwärtig klientenzentrierte Spieltherapie) findet Anrechnung auf das externe Weiterbildungskontingent.

Grundsätzlich können Assistenzärzte aus der Kombination klientenzentrierte Spieltherapie/Verhaltenstherapie ein Seminar und ebenso aus der Kombination Psychoanalyse/Familientherapie ein Seminar über je zwei Semester wählen. Berufsanfänger sollten nach Möglichkeit mit einem Seminar in klientenzentriertere Spieltherapie oder Verhaltenstherapie beginnen.

Jedes Seminar umfasst in der Regel 1,5 Zeitstunden pro Woche während des Semesters. Zusätzlich werden 1,5 Zeitstunden Supervision durch die Dozenten des Seminars angeboten. Die Supervision erfolgt in der Regel im zweiten Semester des jeweiligen Seminars.

C Fallkonferenz

Zu den Fallkonferenzen treffen sich jeweils drei Teams aus der Poliklinik und den Zweigstellen. Die Fallkonferenzen finden im Semester jeweils einmal pro Monat statt. Somit nimmt jedes Team in der Regel zweimal pro Jahr an dieser Veranstaltung teil.

D Testpsychologische Kurse

Diese Veranstaltung wird nur für die Assistenzärzte in der Ausbildung angeboten. Sie umfasst insgesamt zwei Kurse.

1.2 Teilnehmer

Um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Fortbildungsnotwendigkeit, Zeitaufwand und Versorgungsleistungen zu erreichen, sind für die einzelnen Berufsgruppen unter Berücksichtigung der Anstellungsverhältnisse folgende Regeln erforderlich.

A Assistenzärzte im Vollamt

Pflicht zur Teilnahme an allen Veranstaltungen unter Einschluss von jeweils einem Therapieseminar pro Jahr und einmaligem Besuch der beiden Testpsychologie-Kurse.

B Assistenzärzte in Teilzeitbeschäftigung

Das Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquium muss kontinuierlich und vollständig über vier Semester, d.h. das ganze Curriculum einmal besucht werden. Die dabei anfallenden Zeiten werden zur Hälfte als Arbeitszeit anerkannt, die andere Hälfte müssen die Mitarbeiter aus ihrer Freizeit aufbringen.

C Psychologen und Sozialarbeiter im Vollamt

Pflicht zur Teilnahme am Kinder- und jugendpsychiatrischen Kolloquium sowie an den jeweiligen Fallkonferenzen. Die Teilnahme an Psychotherapie-Seminaren findet Anrechnung auf das externe Weiterbildungs-Kontingent.

D Psychologen und Sozialarbeiter in Teilzeitbeschäftigung

Pflicht zur beschränkten Teilnahme am Kolloquium, nämlich an der für die jeweilige Dienststelle zuständigen Fallkonferenz, dem Journal Club und den Gastvorträgen. Die Teilnahme an Psychotherapie-Seminaren findet Anrechnung auf das externe Weiterbildungs-Kontingent.

E Externe Ausbildungs-Kandidaten

Für diese Teilnehmer-Gruppe gelten jeweils mit dem Arbeitgeber abgestimmte Regeln.

1.3 Durchführungs-Regeln

Für sämtliche Seminare muss vor Semesterbeginn eine Einschreibung vorgenommen werden. Assistenzärzte müssen am Ende jedes Semesters für jede Fortbildungs-Veranstaltung ein Testat einholen.

1.4 Psychotherapie-Supervision

Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter können ihre laufenden Psychotherapien supervidieren lassen. Die Supervision wird von den psychotherapeutischen Mitarbeitern vorgenommen, die von der Ärztlichen Direktion zu diesem Zweck angestellt sind und von der Gesundheitsdirektion bezahlt werden. Eine Supervision durch andere Fachleute ausserhalb dieses Personenkreises ist nicht vorgesehen und bedarf im Ausnahmefall einer besonderen Genehmigung durch die Ärztliche Direktion.

2 Externe Fortbildungs-Veranstaltungen

Für den Besuch externer Fortbildungsveranstaltungen, Symposien und Kongresse kann bezahlter Urlaub gewährt werden, der sich an den Fortbildungsrichtlinien des Dienstes orientiert. Der Besuch von externen Psychotherapie-Ausbildungsveranstaltungen sollte nicht vor Abschluss der dienstinternen Psychotherapie-Seminare erfolgen. Sofern derartige Veranstaltungen während der Dienstzeit stattfinden, ist eine Abstimmung mit dem unmittelbaren Vorgesetzten und dem Ärztlichen Direktor erforderlich.

Gäste des KJPD
(ab 1988)

1988*Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium:*

Frau Dr. H. Amorosa (München)
 Prof. Dr. D. Bürgin (Basel)
 Prof. Dr. Magda Campbell (New York)
 Dr. J.-M. Fegert (Berlin)
 Prof. Dr. D. Hellhammer (Trier)
 Doz. Dr. H. Henning (Halle)
 Prof. Dr. G. Klosinski (Bern)
 Prof. Dr. M. Lewis (New Brunswick, USA)
 Prof. Dr. M. Müller-Küppers (Heidelberg)
 Dr. Lislott Ruf (Basel)
 Prof. Dr. Gail Wasserman (New York)

1989*Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium*

Prof. Dr. F. Baumgärtel (Bremen)
 Prof. Dr. K. Beller (Berlin)
 Dr. Doris Bischof-Köhler (Zürich)
 Prof. Dr. Da Silva Lippi (Belo Horizonte, Brasilien)
 Prof. Dr. K. Grossmann (Regensburg)
 Dr. Karin Grossmann (Regensburg)
 PD Dr. Ulrike Lehmkuhl (Heidelberg)
 Prof. Dr. Klaus Minde (Kingston, Canada)
 Prof. Dr. Dr. H. Papousek (München)
 Prof. Dr. M. Perrez (Fribourg)
 Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (Marburg)
 Prof. Dr. P. Strunk (Freiburg i.Br.)

*1. Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium:
Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen*

H. T. Albrecht (Giessen)
 R. Arquint (Bern)
 Dr. Barbara Buddeberg-Fischer (Zürich)
 Prof. Dr. D. Bürgin (Basel)
 Prof. Dr. H. Fend (Zürich)
 Prof. Dr. G. Klosinski (Bern)
 Prof. Dr. G. Lehmkuhl (Köln)
 Prof. Dr. R. Lempp (Tübingen)
 Prof. Dr. J. Martinius (München)
 Prof. Dr. G. Schütze (Kiel)
 Prof. Dr. R.K. Silbereisen (Giessen)
 Dr. phil. des. H. Tanner (Zürich)
 Prof. Dr. H. Tuggener (Zürich)
 Prof. Dr. A. Uchtenhagen (Zürich)
 Dr. Dagmar Zimmer Höfler (Zürich)

1990*Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium:*

Doz. Dr. H. Cammann (Rostock)
 Dr. L. de Sonnevile (Amsterdam)
 Dr. U. Schallberger (Zürich)
 Prof. Dr. R.K. Silbereisen (Giessen)

*2. Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium:
Neuere Erkenntnisse in der Familiendiagnostik- und Therapie.*

Dr. Barbara Buddeberg-Fischer (Zürich)
 PD Dr. M. Cierpka (Ulm)
 Prof. Dr. H.-P. Heekerens (München)
 Dr. T. Hubschmid (Bern)
 Dr. F. Mattejat (Marburg)
 Rosmarie Welter-Enderlin, M.S.W. (Meilen)
 Prof. Dr. J. Willi (Zürich)

*3. Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium:
Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen*

PD Dr. G. Deegener (Homburg)
 Dr. M. Döpfner (Köln)
 Dr. G. Esser (Mannheim)
 Prof. Dr. A. Kalverboer (Groningen, NL)
 Prof. Dr. G. Lehmkuhl (Köln)
 Prof. Dr. K.J. Neumärker (Berlin)
 Dr. G. Niebergall (Marburg)
 Dr. H. Nödl (Homburg)
 Prof. Dr. Dr. M. H. Schmidt (Mannheim)
 Prof. Dr. A. Warnke (Marburg)

1991*Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium:*

Prof. Dr. T. Achenbach (Burlington, USA)
 Prof. Dr. Sigrun H. Filipp (Trier)
 Prof. Dr. H.-J. Hoffmann-Nowotny (Zürich)
 Prof. Dr. K. Hurrelmann (Bielefeld)
 Dr. Gisela Lösche (Tübingen)
 Dozent Dr. M. Scholz (Leipzig)
 Prof. Dr. H. Steiner (Palo Alto, USA)
 Prof. Dr. J. Werry (Auckland, New Zealand)

*Fourth Invitational Meeting of the W.H.O. European Child Psychiatrists'
Research Group:*

Dr. H. Aro (Helsinki)
 Prof. Dr. M. Atchkova (Sofia)
 Prof. Dr. R. Cammann (Rostock)
 Prof. Dr. A.D. Cox (London)

Dr. E. Fombonne (Paris)
Dr. R. Frank (München)
Prof. Dr. M. E. Garralda (London)
Prof. Dr. C. Gillberg (Göteborg)
Prof. Dr. P. J. Graham (London)
Prof. Dr. I. Kolvin (London)
Prof. Dr. G. Lehmkuhl (Köln)
Prof. Dr. A. R. Nicol (Leicester, England)
Prof. Dr. F. Poustka (Frankfurt)
Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (Marburg)
Prof. Dr. A. Rothenberger (Mannheim)
Prof. Dr. M. Rutter (London)
Prof. Dr. D. Sauvage (Tours Cedex, Frankreich)
Prof. Dr. Dr. M. Schmidt (Mannheim)
Dr. D. Skuse (London)
Dr. A. Stein (Oxford)
Prof. Dr. H. van Engeland (Utrecht, NL)
Prof. Dr. F. C. Verhulst (Rotterdam)
Dr. A.L. von Knorring (Uppsala)

Forschungsbericht 1989 - 1991

PSYCHIATRISCHE UNIVERSITÄTS-POLIKLINIK FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

A. Schwerpunkte

Forschungsschwerpunkte sind die kinder- und jugendpsychiatrische Epidemiologie, die Evaluationsforschung und die Entwicklungspsychopathologie.

B. Projekte

Verlaufsstudie des Geburtsjahrgangs 1952

Inhalt

Die von Prof. Jules Angst longitudinal erhobenen Daten des Geburtsjahrgangs 1952 im Kanton Zürich wurden in einer Follow-back-Studie mit Daten der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme verbunden, um den prädiktiven Wert kinderpsychiatrischer Befunde zu bestimmen.

Zielsetzung

Ermittlung der Langzeitprognose kinderpsychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter.

Anwendung

- Medizin
- Verwaltung
- Politik

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen.

Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Forschungsdirektion: Prof. Dr. Dr. h.c. Jules Angst).

Laufzeit: 2.89-.

Literatur:

- Steinhausen, Hans-Christoph, Reitzle, Matthias, Angst, Jules. The Zurich longitudinal study of child psychiatric disorders. I. Childhood findings and outcome in adulthood (im Druck)
- Reitzle, Matthias, Steinhausen, Hans-Christoph, Angst, Jules. The Zurich longitudinal study of child psychiatric disorders. II. Childhood antecedents of adult outcome (im Druck)

Reliabilität und Kompatibilität der ICD-10

Inhalt

Die Zuverlässigkeit der für die 90er Jahre vorgesehenen Internationalen Klassifikation der Krankheiten (10. Revision) der WHO wurde hinsichtlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen überprüft. Es ergaben sich Hinweise, dass die Neukonzeption der ICD im Vergleich zu anderen Klassifikationssystemen die Reliabilität erhöht.

Ein systematischer Vergleich von Daten auf der Basis der ICD-9 bzw. ICD-10 ergab für eine kinderpsychiatrische Diagnose systematische Veränderungen, die von praktischer Bedeutung sind.

Zielsetzung

Überprüfung der Güte und Praktikabilität eines neuen diagnostischen Systems.

Anwendung

- Medizin
- Verwaltung

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen.

Laufzeit: 6.88 - 9.89.

Literatur:

- Steinhausen, Hans-Christoph, Erdin, Andreas. The interrater reliability of child and adolescent psychiatric disorders in the ICD-10, Journal of Child Psychology and Psychiatry, im Druck
- Steinhausen, Hans-Christoph, Erdin, Andreas. A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnosis of child and adolescent psychiatric disorders, Journal of Child Psychology and Psychiatry, im Druck

Die Entwicklung von Risikokindern

Inhalt

Die Daten von Kindern mit Belastung durch mütterliche Behandlung mit Antikonvulsiva während der Schwangerschaft aus Longitudinalstudien an der Freien Universität Berlin gelangten zur Endauswertung und haben eine Risikoeinschätzung ermöglicht.

Für ein zweites Projekt über die Auswirkungen der pränatalen Alkoholexposition ist die Endauswertung angelaufen.

Zielsetzung

Beurteilung der Entwicklungsrisiken durch Alkohol und Medikamente in der Schwangerschaft.

Anwendung

- Medizin
- Verwaltung
- Politik

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen.

Laufzeit: 5.89-.

Literatur:

Steinhausen, Hans-Christoph, Spohr, H.-L. Langzeitfolgen pränataler Alkoholexposition im Kindes- und Jugendalter, in: K.J. Neumärker (Hrsg.). Grenzgebiete zwischen Psychiatrie und Neurologie (Berlin-Heidelberg-New York: Springer,)

Schlussbericht über das Projekt "Entwicklungsbedingungen von Kindern anfallskranker Eltern" an die Deutsche Forschungsgemeinschaft

Hättig, H., Steinhausen, Hans-Christoph. Children of epileptic parents: A prospective developmental study, in: H. Rauh, H.-C. Steinhausen (Eds.). Psychobiology and early development (Amsterdam: Elsevier, 1987)

Spohr, H.-L., Steinhausen, Hans-Christoph. Follow-up studies of children with Fetal Alcohol Syndrome. *Neuropediatrics* 18, 1987, 13-17

Steinhausen, Hans-Christoph, Spohr, H.-L. Fetal Alcohol Syndrome, in: B.B. Lahey, A.E. Kazdin (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 9 (New York: Plenum Press, 1986)

Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa

Inhalt

Das Projekt verfolgt eine Analyse der Therapieeffekte im Rahmen ambulanter und stationärer Behandlungen von Jugendlichen mit einer Anorexia nervosa. Prognostische Merkmale werden im Langzeitverlauf erhoben.

Zielsetzung

Ermittlung der Langzeitprognose und Therapieevaluation bei der Anorexia nervosa.

Anwendung

- Medizin
- Verwaltung

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen, Dr. Margarete Vollrath.

Laufzeit: 3.89-.

Literatur:

Seidel, R., Steinhausen, Hans-Christoph. Essstörungen bei Jugendlichen: Bewertung von Therapie und Verlauf, in: H.-C. Steinhausen (Hrsg.). *Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen* (Bern: Huber, 1990)

Steinhausen, Hans-Christoph. Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa, in: C. Jacobi, T. Paul und J.C. Brengelmann (Hrsg.). *Verhaltenstherapie bei Essstörungen* (München: Röttger-Verlag, 1989)

Steinhausen, Hans-Christoph. The assessment of body image distortion using a semantic differential: A methodological study, in: H. Remschmidt, M.H. Schmidt (Eds.). *Anorexia nervosa, Child and Youth Psychiatry: European Perspectives* 1, (Toronto: Hogrefe and Huber, 1990) 95-102

Steinhausen, Hans-Christoph. Ergebnisse der Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa, in: C. Jacobi, H. Paul (Hrsg.). *Bulimia und Anorexia nervosa, Grundlagen, Therapie und Evaluation* (Heidelberg: Springer, im Druck)

Steinhausen, Hans-Christoph, Rauss-Mason, C., Seidel, R. Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, im Druck

Steinhausen, Hans-Christoph, Seidel, R. A prospective follow-up study in early-onset eating disorders, in: W. Herzog, H.-C. Deter, W. Vandereycken (Eds.). *The Course of Eating Disorders: Long-term Follow-up Studies of Anorexia and Bulimia Nervosa* (Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer, im Druck)

Steinhausen, Hans-Christoph, Vollrath, Margarete. Semantic differentials for the assessment of body-image and perception of personality in eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, im Druck

*Validierung des Familiensystemtest (FAST)***Inhalt**

Der FAST misst Kohäsion und Hierarchie in der Familie und deren Subsysteme. Die psychometrischen Eigenschaften dieses Verfahrens wurden in Kalifornien mit einer nicht-klinischen Stichprobe geprüft (Gehring, 1990).

Zielsetzung

Die Zürcher Studie dient dem Ziel, Unterschiede von FAST-Darstellungen zwischen kinderpsychiatrischen Patienten und nicht-klinischen Probanden nachzuweisen (Diskriminanzvalidität).

Anwendung

Der FAST kann individuell und mit der Familie als Gruppe angewendet werden. Er dient Klinikern und Forschern zur Beschreibung von Familienstrukturen und deren Veränderungen im therapeutischen Prozess.

Kontakt

Dr. Thomas M. Gehring.

Laufzeit: 2.89-.

Literatur:

- Gehring, Thomas M. The Family System Test (FAST), in: J. Touliatos, B.F. Perlmutter & M.A. Straus (eds.) Handbook of Family Measurement Techniques (Newbury Park: Sage Publications, 1990) 113-114
- Gehring, Thomas M., Marti, Daniel. Der Familiensystemtest: Typen familiärer Beziehungsstrukturen. Bulletin der Schweizer Psychologen, Bd. XI, 1990, 13-19
- Gehring, Thomas M., Marti, Daniel. The Family System Test: Differences in perception of family structures between nonclinical and clinical children (under review)
- Marti, D. Gehring, Thomas M. Do mental disorders influence constructs of ideal family relationships? (under review)

ABTEILUNG FÜR PSYCHOPATHOLOGIE DES KINDES- UND JUGENDALTERS

A. Schwerpunkte

Die der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche organisatorisch zugeordnete Abteilung befasst sich mit Kinderpsychotherapieforschung, audiovisueller Dokumentation, anthropologischen Grundlagen der Kinderpsychopathologie und dem Verlauf von Patienten mit tagesklinischer Behandlung.

B. Projekte*Vergleichende Kinderpsychotherapie-Forschung***Inhalt**

Untersuchungen über schulübergreifende Themen der Kinderpsychotherapie zu Fragen der Methodik, Indikation und Methodenkooperation.

Zielsetzung

Methodenkooperation

Anwendung

- Therapie und Beratung

Kontakt

Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Dr. Wolf Reukauf, Lizentianden und Dissertanten.

Laufzeit: 1983-.

Literatur:

- Graf-Nold, Angela. Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse. (München-Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1988)
- Herzka, H. S., von Schumacher, A., Tyrangiel, S. Die Kinder der Verfolgten. (Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1989)
- Herzka, H. S., Reukauf, W. Zur Methodenintegration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in: Klosinski, G. (Hrsg.). Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen (Bern: Hans Huber, 1988)

Audiovisuelle Dokumentation

Inhalt

Beispiele für Beobachtungsübungen

Zielsetzung

Erstellen von Videofilmen zur Dokumentation und zum Unterricht über Symptomatologie, Prophylaxe, Kinesic und Kommunikation im Umgang mit Patienten.

Anwendung

- Diagnostische Ausbildung

Kontakt

Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Dr. Marie-Lise Jeanrenaud.

Laufzeit: 1981-.

Anthropologische Grundlagen der Kinderpsychopathologie

Inhalt

Arbeiten über Begriffe, Einstellungen, Methoden und Beziehungsstrukturen unter Berücksichtigung von geistes- und sozialwissenschaftlichen Nachbardisziplinen.

Zielsetzung

Theoretische Fundierung auf der Grundlage der Konzepte Komplementarität und Dialogische Philosophie.

Anwendung

- Diagnostik
- Therapie
- Institutionskonzepte

Kontakt

Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Lizentianden und Dissertanten.

Laufzeit: 1986-.

Literatur:

Herzka, Heinz Stefan, Felder, W. Das Dialogische Konzept der Pathogenese und die Depression im Jugendalter, in: Friese, H.-J., Trott, G.-E. (Hrsg.). Depression in Kindheit und Jugend (Bern: Hans Huber, 1988)

Herzka, Heinz Stefan. Über Nutzen und Schaden prognostischen Denkens, in: Nissen, G. (Hrsg.) Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Bern: Hans Huber, 1987)

Herzka, Heinz Stefan. Die neue Kindheit. Dialogisches Konzept - autoritätskritische Erziehung (Basel: Schwabe, 1989)

*Nachuntersuchung von Tagesklinikpatienten***Inhalt**

Diese Nachuntersuchung bezieht sämtliche Patienten mehrerer Jahrgänge hospitalisierter Kinder und Jugendlicher der Tagesklinik ein und befasst sich mit der rückblickenden Beurteilung durch Patient und Angehörige, dem Verlauf seit der Entlassung und der diesbezüglichen Auswirkung der seinerzeitigen Hospitalisierung sowie mit der Entwicklung seinerzeit angemeldeter aber nicht aufgenommener Patienten.

Zielsetzung

Retrospektive Therapieevaluation von Patient und Institution

Anwendung

- Therapeutische Planung
- Institutionskonzept

Kontakt

Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Lizentianden und Dissertanten.

Laufzeit: 87-91.

Finanz. Unterstützung: NF 50%.

Literatur:

Hotz, Regula. Zur sozialen Entwicklung ehemaliger Tagesklinikpatienten in der Spätadoleszenz. (Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich), Zürich 1988.

Herzka, Heinz Stefan. Die Tagesklinik als dialogische Institution, in: Berden, G.F.M.G., Verhulst, F.C., de Witte, H.F.J. (Hrsg.). Over Kinderen gesproken. (Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1987)

Publikationen

(1929 - 1991)

1. Bücher, Monographien und Festschriften

- 1937 - Lutz, J.: Über die Schizophrenie im Kindesalter. Habilitationsschrift; Orell Füssli, Zürich 1937
- 1945 - Lutz, J.: Durchgangs- und Beobachtungsheime, Jubiläumsbuch 100 Jahre Schweiz. Anstaltswesen, 161-166, 1945
- 1958 - Corboz, R.J.: Die Psychiatrie der Hirntumoren bei Kindern und Jugendlichen; Acta Neurochir. Suppl. V., Springer, Wien 1958
Corboz, R.J.: Das Spiel als diagnostisches und therapeutisches Mittel im Dienste des schwererziehbaren Kindes. Das schwererziehbare Kind; August Bagel-Verlag, Düsseldorf 1958
- 1961 - Lutz, J.: Kinderpsychiatrie. Rotapfel-Verlag, Zürich und Stuttgart 1961, 4. Aufl. 1972, franz. Ausgabe 1968, span. Ausgabe 1968, ital. Ausgabe 1970
Walder, H.: Spezielle Psychotherapie: Beitrag in Lutz J. (Hg.) Kinderpsychiatrie; Rotapfel, Zürich, 312-338, 1961
- 1963 - Corboz, R.J.: Festschrift Prof. Jakob Lutz zum 60. Geburtstag; Schwabe, Basel und Stuttgart, 1963
- 1964 - Lutz, J.: Prof. Moritz Tramer 1882-1963. Schweiz. Med. Jahrbuch, 19-21, 1964
- 1965 - Herzka, H.S.: Das Gesicht des Säuglings. Schwabe, Basel 1965
Lutz, J.: Victor, das Wildkind vom Aveyron (Jean Itard). Übersetzung, Einleitung und Nachwort. Rotapfel-Verlag, Zürich und Stuttgart, 137-157, 1965
- 1966 - Corboz, R.J.: Les syndromes psycho-organiques de l'enfant et de l'adolescent. La Psychiatrie de l'Enfant 9, fasc. 1 1966
Herzka, H.S.: Spielsachen für das gesunde und das behinderte Kind. Schwabe Basel 1966, 3. Aufl. 1974, Japanische Ausgabe 1977
Meierhofer, M. u. Keller, W.: Frustration im frühen Kindesalter; Ergebnisse von Entwicklungsstudien in Säuglings- und Kleinkinderheimen. Huber, Bern 1966
- 1967 - Corboz, R.J.: Spätreife und bleibende Unreife, eine Untersuchung über den psychischen Infantilismus anhand von 80 Katamnesen. Springer, Berlin New York 1967

- 1968 - Herzka, H.S.: Das Kind im geistigen Klima. Ein Vergleich zwischen Bibel und Neuzeit aus ärztlicher Sicht. Francke, Bern 1968
- 1969 - Herzka, H.S. u. Steiner, H.: Do in den roten Stiefeln. Artemis, Zürich 1969
Wolfensberger, C.: L'éducation des enfants de 0 à 14 ans. Editions Paulines, Québec, Canada 1969
- 1970 - Herzka, H.S. u. Steiner, H.: Robin in red Boots, Harcourt, Brace & World, Inc., New York 1970
- 1971 - Weber, A.: Die persönliche Entwicklung hormonal behandelter hypophysärer Zwerge im Kindes- und Jugendalter. Suppl 3 zu Acta Paedopsychiat., Schwabe, Basel 1971
- 1972 - Herzka, H.S.: Das Kind von der Geburt bis zur Schule; Schwabe, Basel 1972, 4. Aufl. 1978
Wolfensberger, C.: Wider die "Aufklärung". Benziger/Flamberg, Zürich 1972
- 1973 - Herzka, H.S.: Het kind en zijn geestelijk klimaat. Het Medische Uitgeverhuis, Hemrik 1973
Meierhofer, M.: Frühe Prägung der Persönlichkeit, Psychohygiene im Kindesalter. Huber, Bern 1973, 4. Aufl. 1981
- 1974 - Corboz, R.J.: L'enfant devant la maladie et la mort. L'enfant dans la famille 2: (Mit-Herausgeber) Masson & Cie., Paris 1974
Herzka, H.S.: Uw kind van geboorte tot school. Elsevier, Amsterdam/Brüssel 1974
Herzka, H.S. u. Ammann, E.: Der Zauber jener Welt - Erste Kindheitserinnerungen. Artemis, Zürich 1974
Wolfensberger, C.: Verhaltensforschung im Kinderzimmer. Das erste Lebensjahr. Geleitwort von Prof. Dr. med. M. Bleuler. Goldmann, München 1974.
- 1978 - Herzka, H.S. u. Dreifuss, W.: Kindergesichter. Schwabe 1978
Herzka, H.S., Fulda, M., Reukauf, W. u. Weiss, A.L.: Kinderpsychiatrische Krankheitsbilder. Schwabe, Basel/Stuttgart 1978
- 1979 - Ackermann, U.: Schulungsmöglichkeiten für Kinder mit einem infantilen psychoorganischen Syndrom. Huber, 1979

- Herzka, H.S.: Gesicht und Sprache des Säuglings. Erweiterte Neuauflage. Schwabe, 1979
- Lutz, J.: Die Entwicklung des Wagerenhofes Uster aus der Sicht des Kinderpsychiaters. Festschrift der Stiftung Wagerenhof Uster 5-11 (1979)
- 1982 - Herzka, H.S.: Zur Sache des Kindes. Novalis, Schaffhausen 1982
- Herzka, H.S.: Kinderpsychopathologie. Ein Lehrgang. (Unter Mitarbeit von W. Reukauf). Schwabe, 1982
- Herzka, H.S. u. Dreifuss, W.: Antlitz des Alters. Schwabe, 1982
- Kiepenheuer, K.: Naturspiel "Stirb und Werde!". Selbstverlag, Zürich 1982
- Weber, A. u. Grisseman, H.: Spezielle Rechenstörungen, Ursachen und Therapie. Huber, Bern/Stuttgart 1982
- 1983 - Herzka, H.S., Hornung, R., Suppiger, R., Widmer, L. und Wissler, D.: Konflikte im Alltag; Schwabe, Basel, Stuttgart 1983
- 1984 - Reukauf, W.: Kinderpsychotherapien. Schulbildung, Schulstreit, Integration; Schwabe, Basel, Stuttgart 1984
- Wille, A.: Die Enkopresis im Kindes- und Jugendalter. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 35; Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984
- 1985 - Herzka, H.S. (Hg.): Jugendliche. Bilddokumente, informierende Texte, Bibliographie; Schwabe, Basel, Stuttgart 1985
- Herzka, H.S.: Das Kind von der Geburt bis zur Schule: Japanische Ausgabe. Tadashi Tsujii (Hg.); Jordan & Co., Osaka 1985
- 1986 - Herzka, H.S.: Kinderpsychopathologie. 2. erg. Aufl.; Schwabe, Basel 1986
- Herzka, H.S.: Die Untersuchung von Kindern. Ganzheitliche Erfassung und psychischer Befund. Ein Leitfaden für den Untersucher; Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986
- Herzka, H.S., Fanconi, A., Leuenberger, M. und Girsperger, E.: Das Kind in der Klinik; Editions "Roche", F. Hoffmann-La Roche & Co. AG, Basel 1986
- 1988 - Graf-Nold, A.: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse; Verlag Internationale Psychoanalyse, München und Wien 1988

- Otscheret, E.: Ambivalenz. Geschichte und Interpretation der menschlichen Zwiespältigkeit; Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1988
- Schwob, P.: Grosseltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung; Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1988
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Urban & Schwarzenberg, München 1988
- 1989 - Herzka, H.S.: Die neue Kindheit. Dialogische Entwicklung - autoritätskritische Erziehung; Schwabe, Basel 1989
- Herzka, H.S., von Schumacher, A. und Tyrangiel, S.: Die Kinder der Verfolgten; Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1989
- 1990 - Neuhäuser, G. und Steinhausen, H.-Ch.: Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation; Kohlhammer, Stuttgart 1990
- Steinhausen, H.-Ch.: Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen; Huber, Bern 1990

2. Handbuchbeiträge und Buchbeiträge

- 1937 - Lutz, J.: Der Schwachsinn und die organischen Gehirnstörungen mit Einschluss der Epilepsie. In: Benjamin B. (Hg.): Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters 15-124, Rotapfel, Zürich 1937
- 1958 - Lutz, J.: Psychologie und Psychopathologie im Kindesalter. In: Lehrbuch der Pädiatrie Fanconi-Wallgren, 5. Aufl., 40-68 Schwabe, 1958, 9. Aufl. 1972
- 1962 - Lutz, J.: Schwachsinn und Demenz. 2.internationaler Kongress über Entwicklungsstörungen im Kindesalter, Wien 1961, Bd. II. Karger, Basel 1962
- 1964 - Lutz, J.: Die Rolle der Süßigkeiten in den Beziehungen zwischen Eltern und Kind. In: Kariesprophylaxe in ärztlicher Sicht, 31-22. Huber, Bern/Stuttgart 1964
- 1966 - Meierhofer, M.: Ein Beitrag über Hospitalismus für das Enzyklopädische Handbuch der Sonderpädagogik. In: Heese, G. und Wegener, H. (Hg.) 1468-1471, Marhold, Berlin 1966
- 1967 - Meierhofer, M.: Verlassenheitssyndrome im frühen Kindesalter. Sammelband Einsamkeit 179-187, Klett, Stuttgart 1967
- 1969 - Lutz, J.: Gibt es im Kindesalter eine Prophylaxe der Schizophrenie? 4. int. Kongr. für Heilpädagogik, Wien und Klagenfurt 1969. Österreichischer Bundesverlag Wien, 329-334, 1969
- 1970 - Lutz, J.: Kinderpsychiatrischer Dienst. In: Jubiläumsschrift "Kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich 1870-1970", 73-78, 1970
- 1971 - Meierhofer, M.: Geleitwort zur deutschen Ausgabe von John Bowlby "Mutterliebe und kindliche Entwicklung". Ernst Reinhardt Verlag München-Basel 1971
- Lutz, J.: Zur Frage der Entstehung der Schizophrenie. In: Bleuler, M. und Angst, J. (Hg.) Die Entstehung der Schizophrenie. 11-20. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1971
- 1972 - Wolfensberger, C.: Wider die Aufklärung. Sexualpädagogik im Schulalter. Verlagsgemeinschaft Benziger-Flamberg, Zürich/Köln (1972).

- 1973 - Corboz, R.J.: Kinderpsychiatrie. In: Müller, Chr. (Hg.) Lexikon der Psychiatrie, 296-300. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973
- 1974 - Corboz, R.J.: Der Kinderpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich. Gegenwärtige Aufgaben und Ausgestaltung durch die geplante psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche in Zürich. In: Haefliger E. u. Elsasser, V. (Hg.) Krankenhausprobleme der Gegenwart, Band 8, 187-194. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1974
- Herzka, H.S.: Aus der Kinderpsychiatrischen Arbeit auf einer pädiatrischen Säuglingsstation. In: von Viemann, G. (Hg.) Jahrbuch der Psychohygiene, Bd. 2., 147-156. Reinhardt, München/Basel 1974
- Largo, S.: Entscheid und Fehlhandlung im Psychiatrischen Krankenhaus. In: Elsasser, V. u. Häfliger, E. (Hg.). Krankenhausprobleme der Gegenwart 6, 151-156. Huber, Bern 1974
- Meierhofer, M.: Entwicklungsprobleme bei sozial benachteiligten Kindern. In: Biermann, G. (Hg.) Jahrbuch der Psychohygiene, 2. Band, 197-206, München 1974
- Wolfensberger, C.: Über genetisch bedingte Angstbereitschaften im 1. Lebensjahr. (Eine ethologisch orientierte Betrachtung) In: Biermann, G. (Hg.) Jahrbuch der Psychohygiene, 2. Band, 61-69. Reinhardt, München/Basel 1974
- 1975 - Corboz, R.J. u. Herz, A.: Gruppentherapie mit Müttern psychoorganisch gestörter Kinder. In: Uchtenhagen, A., Battegay, R. u. Friedemann, A. (Hg.). Gruppentherapie und soziale Umwelt, 246-251. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1975
- Herzka, H.S. u. Teichmann, A.: Frühtherapie mit Kleinkindern. In: Uchtenhagen, A., Battegay, R. u. Friedemann, A. (Hg.). Gruppentherapie und soziale Umwelt, 252-255. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1975
- 1976 - Bachmann, P.: Wirkung von Methylphenidat (Ritalin) bei Knaben mit psychoorganisch bedingter hyperkinetischer Symptomatik. In: Poustka, F. u. Spiel, W. (Hg.). Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 293-304. Egermann, Wien 1976
- Corboz, R.J.: Somatotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Poustka, F. u. Spiel, W. (Hg.). Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 747-758. Egermann, Wien 1976
- Wolfensberger, C.: Gedanken zum biologischen und entwicklungspsychologischen Verständnis des POS im Einschulungsalter. In: Das psychoorganisch leistungsbehinderte Kind in Schule, Elternhaus und Erziehung. ELPOS Eigenverlag, Zürich/Thalwil 1976.
- 1978 - Buddeberg, B. u. Willi, J.: Paartherapie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band VIII: 1045-55. Kindler, Zürich 1978

- 1979 - Corboz, R.J.: Die Bedeutung des psychoorganischen Syndroms für die Delikte des Kindes und des Jugendlichen. Beitrag in: Die Beziehung des infantilen psychoorganischen Syndroms zur Kriminalität, 17-31. Rüegger, Diessenhofen 1979
- Lutz, J.: Kindergarten- und Schulunterricht im Kinderspital. In: Kobi, E.E., Nüesch, M. und Schreyvogel, K. (Hg.) Kinder zwischen Medizin und Pädagogik, 39-41, 1979
- Lutz, J.: Über die Schizophrenie im Kindesalter. In: Bleuler, M. (Hg.). Beiträge zur Schizophrenielehre der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli (1902-1971), 142-146. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1979
- 1980 - Constam, E. u. Corboz, R.J.: Kinderpsychiatrische Gutachten im Rahmen von Scheidungs- und Abänderungsprozessen. In: Duss-von Werdt, J. und Fuchs, A. (Hg.) Scheidung in der Schweiz, 231-255. Paul Haupt, Bern 1980
- Felder, W.: Scheidungskinder im Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich. In: Duss-von Werdt, J. und Fuchs, A. (Hg.) Scheidung in der Schweiz, 212-224. Paul Haupt, Bern 1980.
- Herzka, H.S.: Kinderpsychiatrische und therapeutische Aspekte bei geistig Behinderten. In: Hagmann, Th., (Hg.) Beiträge zur Pädagogik Geistigbehinderter. Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern (1980).
- Weber, A.: Adipositas. In: Pädiatrie in Praxis und Klinik, Bd. 3, 19.55-19.57. Gustav Fischer, Stuttgart und New York 1980
- Weber, A.: Ulcus ventriculi et duodeni. In: Pädiatrie in Praxis und Klinik, Bd. 3, 19.57-19.59. Gustav Fischer, Stuttgart und New York 1980
- Wolfensberger, C.: Genetisch bedingte Motivationen im Verhalten des Kindes. In: Spiel, W. (Hg.). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. IX, 37-56, Kindler, Zürich 1980
- 1981 - Buddeberg, B.: Spieltherapie. In: Möller, H.J. (Hg.). Kritische Stichworte Psychotherapie, 307-311. Fink, München 1981
- Buddeberg, B.: Katathymes Bilderleben. In: Möller, H.J. (Hg.). Kritische Stichworte Psychotherapie, 179-183. Fink, München 1981.
- Corboz, R.J. u. Schaub, Ch.: Behavior disturbances fostered by the twin situation. European Symposion of Human Genetics, Zürich, 26.-28.3.81. In: Schmid, W. and Nielsen, J. (eds.). Human Behavior and Genetics, 225-230. Elsevier-North Holland Biomedical Press, Amsterdam 1981
- Herzka, H.S., Corboz, R.J. u. Bircher, A.: Psychopathology and mental health in adopted children In: Schmid, W. and Nielsen, J. (eds.). Human Behavior and Genetics. Elsevier-North Holland Biomedical Press, Amsterdam 1981
- Herzka, H.S., Leuenberger, M. u.

- Fanconi, A.: "Winterthurer Modells". In: Biermann, E. (Hg.). Hb. der Kinderpsychotherapie IV. Reinhardt, München 1981
- Jeanrenaud, M.-L.: Die Erstbegegnung von Untersucher und Kind. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie 75, Bern 1981
- 1982 - Wille, A.: Family Therapy of Psychosomatic Disturbances in Children and Youth. In: W.F.M.H. Series Cross-Cultural Contributions To Child and Family Psychiatry. Edited by R. Krell and St. H. Fine 1982
- Wolfensberger, C.: Angstfaktoren-Analyse für das Säuglings- und frühe Kleinkindalter. In: Nissen, G. (Hg.). Psychiatrie des Säuglings- und frühen Kindesalters, 56-68. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1982
- 1983 - Corboz, R.J., Schmidt, M., Remschmidt, H., Schieber, P. und Goebel, D.: Multiaxiale Klassifikation in Berlin, Mannheim und Zürich, Gemeinsamkeiten und Differenzen der Inanspruchnahme dreier Kliniken: Artefakt oder Realität? In: Remschmidt, H. und Schmidt, M. (Hg.). Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1983
- Corboz, R.J.: Kindesmisshandlungen aus kinderpsychiatrischer Sicht. Kolloquium der Schweiz. Arbeitsgruppe für Kriminologie des Schweiz. Nationalkomitees für geistige Gesundheit, Interlaken, 1983. In: Haesler, W.T. (Hg.). Kindesmisshandlungen. Rüegger, Diessenhofen 1983
- 1984 - Corboz, R.J.: Psychische Störungen bei Hirntumoren. In: Remschmidt, H. und Schmidt, M.H. (Hg.). Hb. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band II. Thieme, Stuttgart, New York 1984
- Corboz, R.J.: Die Delinquenz im Kindes- und Jugendlichenalter. Genetische, konstitutionelle und Umweltfaktoren. In: Göppinger, H. und Vossen, R. (Hg.). Kriminologische Gegenwartsfragen, Heft 16. Enke, Stuttgart 1984
- Corboz, R.J. und Cuénod, M.: About biological correlations of ADD. Proc. First High Point Hospital Symposion on ADD, White Plains, N.Y., 1981. In: Bloomingdale, L. (ed.). Attention Deficit Disorder. SP Medical & Scientific Books, New York 1984
- Herzka, H.S.: Jugendbewegungen und Pubertät. In: Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) (Hg.). Adoleszenz. Orell Füssli, Zürich 1984
- Kiepenheuer, K.: Tod und Wandlung. Gedanken zur Begleitung Sterbender aus der Sicht der Analytischen Psychologie C.G. Jungs. In: Spiegel, Pezold (Hg.). Die Begleitung Sterbender. Junfermann, Paderborn 1984

- Wille, A. und Staub, P.: Möglichkeiten prophylaktischer Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kayser, M. (Hg.). Texte zur Früherziehung Behinderter. Verlag der Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern 1984
- 1985 - Wille, A.: Früherkennung und Frühbehandlung von Entwicklungsstörungen in der Kinderpsychiatrie. In: Tobler, R. und Grond, J. (Hg.). Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1985
- 1986 - Corboz, R.J. und Felder, W.: Erfahrungen mit Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen. In: Nissen, G. (Hg.). Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart - New York 1986
- Hoehne, D. und Wolf, M.: Stationäre Psychiatrie mit Jugendlichen. In: Laux, G. u. Reimer, F. (Hg.). Klinische Psychiatrie, Band II. Hippokrates, Stuttgart 1986
- Kiepenheuer, K.: Kinder verändern Eltern. In: Schultz, H.J. (Hg.). Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft. Kreuz Verlag, Stuttgart 1986
- Reukauf, W.: Kinderpsychotherapien. Anspruch und Wirklichkeit. (Ein Überblick über die Schulen) In: Imoberdorf, U. und Reichlin, U. (Hg.). Beratung, Diagnostik und Therapie in der anthropologischen Psychologie. Festschrift zum 60. Geburtstag von Detlev von Uslar. Hirzel, Stuttgart 1986
- Wolf, M.: Interaktionsforschung und Familientherapie. In: Nordmann, E. und Cierpka, M. (Hg.). Familienforschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin 1986
- 1987 - Herzka, H.S.: Die Tagesklinik als dialogische Institution. In: Berden, G. et al (Hg.). Over kinderen gesproken. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1987
- Herzka, H.S.: Über Nutzen und Schaden prognostischen Denkens. In: Nissen, G. (Hg.). Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1987
- Kiepenheuer, K.: Angst in der Pubertät. In: Schultz, H.J. (Hg.). Angst. Kreuz-Verlag, Stuttgart 1987
- 1988 - Herzka, H.S. und Reukauf, W.: Zur Methodenintegration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Klosinski, G. (Hg.). Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen. Hans Huber, Bern 1988
- Herzka, H.S. und Felder, W.: Das dialogische Konzept der Pathogenese und die Depression im Jugendalter - oder: Mephisto soll nicht recht behalten. In: Friese, H.-J. und Trott, G.-E. (Hg.). Depression in der Kindheit und Jugend. Hans Huber, Bern 1988

- Nestler, V. und Steinhausen, H.-Ch.: The Offspring of Alcoholic Mothers: Subsequent Development and Psychopathology of Children Suffering from Fetal Alcohol Syndrome. In: Anthony, E.J. and Chiland, C. (eds.). The Child in his Family, Vol. 8. Wiley, New York 1988
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychologische und psychopathologische Probleme des chronisch-kranken Kindes. In: Kisker, K.P. u.a. (Hg.). Psychiatrie der Gegenwart, Band 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin 1988
- Steinhausen, H.-Ch.: Chronische Krankheiten und Behinderungen bei Kindern. In: Koch, U. u.a. (Hg.). Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Springer, Berlin 1988
- Steinhausen, H.-Ch.: Comparative studies of psychosomatic and chronic diseases among children and adolescents. In: Anthony, E.J. and Chiland, C. (eds.). The Child in his Family, Vol. 8. Wiley, New York 1988.
- 1989 - Herzka, H.S.: The dialogics of a doctor-patient relationship. In: von Raffler-Engel, W. (ed.). Doctor-Patient Interaction. John Benjamins Publishing Co., Amsterdam 1989
- Herzka, H.S.: Seelische Gewalt gegen Kinder. In: Retzlaff, I. (Hg.). Gewalt gegen Kinder - Misshandlung und sexueller Missbrauch Minderjähriger. Jungjohann, Neckarsulm 1989
- Steinhausen, H.-Ch.: Kinderpsychiatrisch-psychologische Aspekte der Narkose und Operation im Kindesalter. In: Kretz, F.-J. und Eyrich, K. (Hg.). Kinderanästhesie-Symposium. Springer, Berlin 1989
- Steinhausen, H.-Ch.: Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa. In: Jacobi, C., Paul, T. und Brengelmann, J.C. (Hg.). Verhaltenstherapie bei Essstörungen. Röttger, München 1989
- Steinhausen, H.-Ch.: Das hyperkinetische Syndrom (HKS): Ein allergisches Syndrom? In: Nissen, G. (Hg.). Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. Hans Huber, Bern 1989.
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychosomatische Erkrankungen im Jugendalter und deren verhaltensmedizinische Behandlung. In: Wahl, R. und Hautzinger, M. (Hg.). Verhaltensmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989.
- 1990 - Herzka, H.S.: Elemente ganzheitlicher Behandlung. In: Brunsting, M., Keller, H.-J. und Steppacher, J. (Hg.). Teilleistungsschwächen. Prävention und Therapie. Edition SZH (Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik), Luzern 1990.
- Herzka, H.S.: Das dialogische Konzept der Psychopathologie in der Adoleszenz. In: Steinhausen, H.-Ch. (Hg.). Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen. Huber, Bern 1990.
- Neuhäuser, G. und Steinhausen, H.-Ch.: Klinische Diagnostik und Früherkennung. In: Neuhäuser, G. und Steinhausen, H.-Ch. (Hg.). Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart 1990.

- Reukauf, W. und Herzka, H.S.: Aspects of integrative and dialogical co-operation between therapeutic pedagogues and psychotherapists in working with the mentally retarded. In: Dosen, A., van Gennep, A. and Zwanikken, G.J. (Eds.). Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded. Proceedings of the International Congress, May 3rd & 4th, 1990, Amsterdam the Netherlands. Logon Publications, Leiden, the Netherlands.
- Seidel, R. und Steinhausen, H.-Ch.: Essstörungen bei Jugendlichen: Bewertung von Therapie und Verlauf. In: Steinhausen, H.-Ch. (Hg.). Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen. Huber, Bern 1990.
- Schütt-Baeschlin, A.: Das Adoptivkind. Entwicklung - Probleme - Hilfestellungen. Herzka, H.S. (Hg.). Pro Juventute, Zürich 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Allgemeine und spezielle Psychopathologie. In: Neuhäuser, G. und Steinhausen, H.-Ch. (Hg.). Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Palitzsch, D. (Hg.) Pädiatrie. Enke, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Intellektuelle und emotionale Entwicklung. In: Palitzsch, D. (Hg.). Pädiatrie. Enke, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Das Selbstbild Jugendlicher im transkulturellen Vergleich. In: Steinhausen, H.-Ch. (Hg.). Das Jugendalter: Entwicklungen - Probleme - Hilfen. Huber, Bern 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: The assessment of body image distortion using a semantic differential: a methodological study. In: Remschmidt, H. and Schmidt, M.H. (Eds.). Anorexia nervosa, Child and Youth Psychiatry, European Perspectives 1, 95-102. Hogrefe and Huber, Toronto 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Enuresis. In: Bachmann, K.D. u.a. (Hg.). Pädiatrie in Praxis und Klinik (Bd. IV). Fischer und Thieme, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Enkopresis. In: Bachmann, K.D. u.a. (Hg.). Pädiatrie in Praxis und Klinik (Bd. IV). Fischer und Thieme, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Asthma bronchiale. In: Bachmann, K.D. u.a. (Hg.). Pädiatrie in Praxis und Klinik (Bd. IV), Fischer und Thieme, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Adipositas. In: Bachmann, K.D. u.a. (Hg.). Pädiatrie in Praxis und Klinik (Bd. IV). Fischer und Thieme, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Ulcus ventriculi et duodeni. In: Bachmann, K.D. u.a. (Hg.). Pädiatrie in Praxis und Klinik (Bd. IV). Fischer und Thieme, Stuttgart 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Etiology of child and adolescent mental disorders. In: Kringelen, E., Larvik, N.G. and Torgersen, S. (Eds.). Etiology of Mental Disorders, Department of Psychiatry, University of Oslo, 1990.
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychosoziales Umfeld hämophiler Jugendlicher, Verhandlungsbericht: Darmstatter Gespräche, 6. Seminar zu psychosozialen Problemen Hämophiler, Berlin 30.11./1.12.90.

- Steinhausen, H.-Ch. und Seidel, R.: Therapie- und Verlaufsbewertung der Anorexia nervosa im Jugendalter. In: Baumann, U., Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D. und Woggon, B. (Hg.). Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie. Profil Verlag, München.
- 1991 - Herzka, H.S.: Förderung und Gefährdung der seelischen Gesundheit: das dialogische Konzept. In Luisi P. (Hg.). Treffpunkt Zukunft. Die Ganzheit des Lebens erfassen: Aspekte aus Naturwissenschaft, Philosophie, Medizin und Psychologie S. 52-79. München; Landsberg am Lech: Aktuell.
- Herzka, H.S.: Reiferitual zwischen Gott und Gesellschaft - Eine Interpretation der Bar Mizwah. In Klosinski G. (Hg.). Pubertätsriten, Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft. Bern, Hans Huber.
- Lösche, G., Steinhausen, H.-Ch., Koch, S. u. Helge, H.: Langzeitwirkung von Antikonvulsiva während der Schwangerschaft auf die kognitive und motorische Entwicklung von Kindern. In: Scheffner, D. (Hg.) Epilepsie 90. Einhorn-Press Verlag, S. 255-258.
- Steinhausen, H.-Ch.: Verhaltensmedizin im Kindes- und Jugendalter, in: Hellhammer, D. und Ehlert, U. (Hg.) Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Anwendung. Huber, Bern.
- Steinhausen, H.-Ch.: Langzeitfolgen pränataler Alkoholexposition im Kindes- und Jugendalter, in: Neumärker, K.J., Seidel, M., Janz, D. und Kölmel, H.W. (Hg.) Grenzgebiete zwischen Psychiatrie und Neurologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Steinhausen, H.-Ch.: Ergebnisse der Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa, in: Jacobi, C. u. Paul, H. (Hg.) Bulimia und Anorexia nervosa, Ursachen und Therapie. Springer, Berlin.
- Steinhausen, H.-Ch.: Helfen Diäten bei kinderpsychiatrischen Störungen? in: Lehmkuhl, U. (Hg.), Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin.
- Steinhausen, H.-Ch.: Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich (Schweiz). In: Daute, K.-H. (Hg.) Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, München, Zuckschwerdt, S. 71-74.
- Steinhausen, H.-Ch. u. Rauss-Mason, C.: Epilepsy and Anticonvulsive Drugs, in: Rutter, M. and Casaer, P. (Eds.) Biological risk factors for psychosocial disorders, Cambridge University Press, pp. 311-339.

3. Beiträge in wissenschaftlichen Zeitschriften

- 1929 - Lutz, J.: Über die Dauernarkosebehandlung in der Psychiatrie. Z. f. ges. Neurologie und Psychiatrie *123* (1), 91-122 (1929).
- 1934 - Lutz, J.: Über eine Insulationsencephalitis mit schizophrenem Zustandsbild. Z. f. Kinderpsychiatrie *1*, 1-3 (1934).
Lutz, J.: Zum Begriff der Zurechnungsfähigkeit bei Jugendlichen und Kindern. Z. f. Kinderpsychiatrie *4*, 1-5 (1934).
- 1936 - Lutz, J.: Le dépistage psychiatrique des enfants et adolescents anormaux à Zurich. (Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes) *1-4* (1936).
- 1937 - Meierhofer, M.: Atypische Psychosen in einer Chorea-Huntington-Familie. Med. Diss. (1937). Monatszeitschrift f. Psychiatrie und Neurologie, *97*, 1/2 (1937).
- 1938 - Lutz, J.: Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Beziehungen zwischen Psychiatrie und Pädiatrie. Z. f. Kinderpsychiatrie *V*, 1-4 (1938).
- 1939 - Meierhofer, M.: Enthemmtes Wachstum bei Idiotie. Journal für Psychologie und Neurologie *49* (3): 231-247 (1939)
- 1940 - Lutz, J.: Über die Entwicklung der Kinderpsychiatrie in Nordamerika. Z. für Kinderpsychiatrie *VII*, (2), 33-42 (1940).
- 1941 - Lutz, J.: Über die Organisation der Beobachtung jugendlicher Krimineller im Kanton Zürich. Z. für Kinderpsychiatrie *VII* (5) 1-6 (1941).
Lutz, J.: Über die Art der Patienten und die Erfassungsmethodik in einer psychiatrischen Kinder-Beobachtungsstation. Z. f. Kinderpsychiatrie *VIII* (3), 80-87 (1941)
- 1942 - Lutz, J.: Über die Aufgaben der Psychiatrie bei der Beobachtung, der Bestimmung und dem Vollzug der Massnahmen im Schweiz. Jugendstrafrecht (Patronat, Familien- und Anstaltsversorgung) Z. f. Kinderpsychiatrie *IX* (2): 34-44 (1942).
- 1945 - Lutz, J.: Einige Bemerkungen zur Frage der kindlichen Schizophrenie. Z. f. Kinderpsychiatrie *XI* (6). 161-166 (1945).

- 1946 - Corboz, R.J.: Psychische Fehlleistungen in der Rekrutenschule. Vierteljahresschrift für Schweiz. Sanitätsoffiziere *23*: 1-52 (1946).
- 1947 - Lutz, J.: Kombination einer Neurose bei Pubertätsmagersucht mit katonieartigem Zustandsbild. Z. f. Kinderpsychiatrie *XIV* (1-2), 68-76 (1947).
- 1949 - Lutz, J.: Zur psychischen Symptomatologie eines Schädelbruchs bei einem 1:1 alten Kinde. Z. f. Kinderpsychiatrie *XV* (6), 163-185 (1949).
Lutz, J.: Psychische Symptome und Rekonvaleszenz nach Contusio cerebri bei einem 6 Jahre alten Mädchen. Z. f. Kinderpsychiatrie *XVI* (4), 97-109 (1949)
Lutz, J.: Psychische Folgen des Schädelbruchs im Kindesalter. Z. Kinderpsychiatrie *XVI* (4 und 6)(1949) und *XVIII* (6) (1951).
- 1950 - Lutz, J.: Die Frage der psychischen Faktoren bei Pubertätsmagersucht. Z. f. Kinderpsychiatrie *XVII* (2), 51-56 (1950).
Lutz, J.: Über akute Begleitpsychosen körperlicher Erkrankungen und Schizophrenie im Kindesalter. Schweiz. med. Wochenschrift *80* (29), 774 (1950).
- 1951 - Lutz, J.: Über komplizierten posttraumatischen Verlauf nach Schädelbruch bei 24 Kindern. Z. f. Kinderpsychiatrie *18*, 189-205 (1951).
- 1952 - Corboz, R.J.: Ergebnisse: Kinder- und Jugendpsychiatrie 1939 - 1946. Zbl. ges. Neurol. *115*: 137-154 (1952).
Corboz, R.J.: Chronische Polyradiculo-Neuritis nach Mumps. Ther. Umsch. *9*: 96-98 (1952).
Corboz, R.J.: Beitrag zur Kenntnis der diffusen Hirnsklerosen. Z. Kinderpsychiat. *19*: 127-133 (1952).
Misch, A.: Elektiver Mutismus im Kindesalter. Z. Kinderpsychiat. *19*: 49 (1952).
- 1953 - Lutz, J.: Psychiatrische Probleme im Kinderspital. Annales Paediatrici *180*: 204-216 (1953)
Lutz, J. u. Meyer, Y.: Über die psychische Entwicklung eines 6 1/2 Jahre alten Mädchens mit konstitutioneller Pubertas praecox. Z. Kinderpsychiat. *20*: 161-166 (1953).
Lutz, J. u. Züblin, W.: Über einen Versuch mit Glutaminsäurebehandlung bei 16 resp. 30 schwachbegabten Schülern. Z. Kinderpsychiat. *20*: 38-44 (1953).

- 1954 - Lutz, J.: Entwicklungen in der Kinderpsychiatrie. Schweiz. Med. Wschr. 84: 1355-1359 (1953).
- 1955 - Corboz, R.J.: Zur Psychiatrie des Morbus Basedow im Kindesalter. Z. f. Kinderpsychiatrie 22: 23-28 (1955)
- Corboz, R.J. u. Karrer-Stierli, P.: Die Schwangerschaft bei jungen Mädchen. Mschr. Psychiat. 130: 430-440 (1955).
- Corboz, R.J.: Conceptions actuelles de la schizophrénie infantile. Criança Portuguesa XIV: 71-112 (1955).
- Gyhr-Kern, L.: Zur Frage der Persönlichkeit bei Megacolon congenitum. Katamnestiche Untersuchungen. Helv. Paediat. Acta 10: Fasc. 3 (1955)
- Lutz, J.: Zu H. Aspergers "Heilpädagogik". Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 75: Heft 1/2 (1955).
- Lutz, J.: Aus dem Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 1-2 (1955).
- Lutz, J.: Zur Frage der Zusammenarbeit des Heilpädagogen mit dem Kinderpsychiater in Erziehungsheimen. Criança Portuguesa XIV: 155-169 (1955).
- Meierhofer, M.: Les problèmes de santé mentale chez les enfants sans famille. Criança Portuguesa XIV (1954/55)
- Meierhofer, M.: Fehlentwicklung der Persönlichkeit bei Kindern in Fremdpflege. Schweiz. med. Wschr. 36: 862 (1955).
- 1956 - Corboz, R.J. u. Karrer-Stierli, P.: Schwangerschaft und Mutterschaft bei ganz jungen Müttern. Z. Präventivmed. 219-256 (1956).
- Lutz, J.: Psychische Schwierigkeiten im Schulalter. Schweiz. med. Wschr. 86: 279 (1956).
- Lutz, J.: Einschränkung der Sehschärfe als Folge seelischer Depression bei einem Kinde. Ophthalmologie, Sep. Bd. 131/6: 388-393 (1956).
- Meierhofer, M.: Les problèmes de la femme mariée travaillant hors de la maison et leurs effets sur le bien-être physique et mental du groupe familial. Publ. der Medical Women's Association Internat., 10-18 (1956).
- 1957 - Corboz, R.J.: Reaktive Störungen bei Kindern schizophrener Eltern. Congress Report of the IIInd International Congress for Psychiatry, Zürich III: 457-462 (1957)
- Corboz, R.J. u. Droz, G.: Zur Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale im Kindesalter. Schweiz. med. Wschr. 87: 116-119 (1957).
- Lutz, J.: Zur Frage der Mütterlichkeit. Bemerkungen zu Bowlbys Buch "Soins maternels et santé mentale". Z. f. Kinderpsychiat. 24: (1): 13-18 (1957).

- Lutz, J.: Psychic Damage in Early Childhood and its Consequences from the Point of View of the Child Psychiatrist. Lebanese Med. J. 10: 2-6 (1957).
- Meierhofer, M.: Der Einfluss von Säuglingsheimen und Krippen auf die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 80 (1-2) (1957) .
- 1958 - Corboz, R.J.: Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für stationäre Kinderpsychotherapie. Schweiz. med. Wschr. 88: 391 (1958).
- Corboz, R.J.: Gibt es Geisteskrankheiten im Kindesalter? Schweiz. med. Wschr. 88: 703 (1958).
- Corboz, R.J.: Besondere Aspekte der stationären Kinder-Psychotherapie. Aus dem Bericht über die 3. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für stationäre Kinder-Psychotherapie, Berlin, 24.-27. Mai 57, Praxis Kinderpsychol. 7: 29-31 (1958)
- Lutz, J.: Über einen Fall von Dementia infantilis Heller. Z. f. Kinderpsychiat. 25 (1-2): 113-117 (1958).
- Weber, A. u. Genton, N.: Zur Frage der Enuresis. Psychopathologische und neurologische Untersuchungen an einer grösseren Serie von Enuretikern. Helv. paediat. Acta 13: 275-291 (1958).
- 1959 - Corboz, R.J.: Die Aufgaben des Jugendpsychiaters in Erziehung, Unterricht und Heilerziehung. Methode und Weltanschauung. Bd. 16 der Arbeiten zur Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik, Universitätsverlag Freiburg, 197-210 (1959).
- Corboz, R.J.: Die berufliche Eingliederung geistig Abnormer. Arbeiten zur Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik, Bd. 17, Universitätsverlag Freiburg (1959).
- Corboz, R.J.: Psychopharmaca in der kinderärztlichen Praxis. Méd. et Hyg. 17: 593-594 (1959).
- Lutz, J.: Kontakt und Kontaktstörungen. Méd. et Hyg. 17: 595ff (1959).
- 1960 - Corboz, R.J.: La symptomatologie psychique des tumeurs cérébrales chez l'enfant. Confinia Neurologica (Basel) 20: 151-153 (1960).
- Luetjens, E. u. Corboz, R.J.: Die Diagnose der Intelligenz und die Prognose der intellektuellen Entwicklung in der kinderpsychiatrischen Praxis. Schweiz. Z. Psychol. 19: 223-240 (1960).
- Lutz, J.: Neuere Ergebnisse der Schwachsinnsforschung. Schweiz. med. Wschr. 90: 40ff (1960).
- Lutz, J.: Quelques considérations relatives à nos connaissances actuelles sur la démence infantile de Heller. Méd. et Hyg. 18: 733-734 (1960).
- Mensching, J.P.: Psychische Folgen der Meningitis tuberculosa im Kindesalter. Helv. paediat. Acta 15: 74-87 (1960).

- 1961 - Corboz, R.J.: L'ulcère gastro-duodéal chez l'enfant. 4. Colloque de médecine psycho-somatique de langue française, Lausanne 1961. *Revue méd. psycho-somat.* 3: 84 (1961).
- Corboz, R.J.: Le Centre pédopsychiatrique "Brüschhalde" à Männedorf/ZH, in "Problemi attuali pratico-organizzativi dell' assistenza al caratteriale ed all' insufficiente mentale nell' età evolutiva", 161-162, Università di Trieste (1961).
- 1962 - Corboz, R.J.: Propriétés et indications thérapeutiques du chlordiazépoxyde ("Librium") chez l'enfant et l'adolescent. *Méd. et Hyg.* 20: 190-191 (1962).
- Corboz, R.J.: La symptomatologie psychique des atteintes cérébrales chez l'enfant et l'adolescent. *Ann. paediat.* 199: 655-666 (1962).
- Corboz, R.J. u. Gysling, F.: Zur Pathologie der Hirnschussverletzungen im Kindesalter. *Wien. Z. für Nervenheilkunde* 19: 123-134 (1962).
- Herzka, H.S.: Photographische Studien über die Säuglingsmimik. Jahresversammlung der Schweiz. Gesellsch. f. Pädiatrie, Basel (1962).
- Lutz, J.: Psychische Entwicklung der Kinder. *Tipta Yenilikler* 7: 3-8 (1962). Nachdruck.
- 1963 - Corboz, R.J.: Beratung der Eltern durch den Arzt in der Kindererziehung. *Schweiz. med. Wschr.* 93, 49 (1963)
- Corboz, R.J., Gygax, B. u. Helfenstein, S.: Le dessin des trois arbres. *Criança Portuguesa* 21: 349-364 (1963)
- Herzka, H.S.: Das behinderte Kind in England. *Méd. et Hyg.* 21, 613, 893-896 (1963).
- Kochmann, R.: Über Diagnose und Prognose, besonders der Psychopathie, in der Kinderpsychiatrie. *Acta paedopsychiat.* 30 (1/2) (1963).
- Lutz, J.: Psychische, resp. charakterliche Veränderungen nach organischen Hirnstörungen. Estratto dal volume 1 degli Atti del Congresso - Relazione al II Congresso Europeo di Pedopsichiatria, Roma, 31.5.-4.6., 76-77 (1963)
- Lutz, J.: Therapie des Schwachsinn als Ganzes. *Päd. Fortbildungskurse*, 9: 1-10 (1963).
- Lutz, J.: Schwachsinn und Demenz. *Verh. 2. int. Kongr. psych. Ent-Stör. Kindes-Alt.*, Wien 1961; Part II, 212-218 (1963).
- Lutz, J.: Trauerfeier für Prof. Dr. Moritz Tramer. *Acta Paedopsychiat.* 30 (8): 263-266 (1963).
- Meierhofer, M.: Die Mutter-Kind-Beziehung bei einem Fall von Anorexia nervosa. *Schweiz. med. Wschr.* 93: 155-168 (1963).
- 1964 - Corboz, R.J.: The psychic symptomatology of brain damage in children and adolescents. *Psychiatry Digest (USA)* 42: 417 (1964).

- Corboz, R.J. u. Dejung, C.: Die Psychopathologie des Klinefelter-Syndroms im Kindesalter. *Praxis Kinderpsychol.* 13 (1), 1-6 (1964)
- 1965 - Corboz, R.J.: Klinische Erfahrungen mit Psychopharmaka im Kindesalter. *Series Paedopsychiatria*, Nr. 1 (Suppl. ad *Acta Paedopsychiat.*) 32: 24-39 (1965).
- Lutz, J.: Gedanken zur Psychopharmakotherapie im Kindesalter. *Series Paedopsychiatria*, Nr. 1 (Suppl. 1 ad *Acta Paedopsychiat.*) 32: 75-82 (1965).
- Lutz, J.: Psychohygiene im Kindesalter. *Praxis (Bern)* 54 (5): 134-136 (1965).
- Lutz, J.: Melleril bei charakterlich verschiedenartigen schwer Schwachsinnigen. *Series Paedopsychiatria*, Nr. 1 (Suppl. 1 ad *Acta Paedopsychiat.*) 32: 107-110 (1965).
- 1966 - Corboz, R.J.: Die Psychopathologie endokriner Erkrankungen im Kindesalter. *Schweiz. med. Wschr.* 96 (17), 551-556 (1966).
- Corboz, R.J.: Les psychoses endogènes de l'adolescent. 6ième Congr. internat. Psychiatrie Infantile, Symp.: "Syndromes psychiatriques spécifiques à l'adolescence" (1966).
- Corboz, R.J.: L'hygiène mentale de l'enfant et de l'adolescent. *Boll. dei Medici della Svizzera Italiana*, 8/9 (1966).
- Corboz, R.J.: Reifungsprobleme bei jungen Erwachsenen. *Kongr. Ber. des 4. Weltkongresses für Psychiatrie, 1646-1647, Madrid* (1966).
- Corboz, R.J.: Psychological aspects of retarded puberty. *Adolescence I*: 141-143 (1966).
- Lutz, J.: Über psychiatrische Untersuchungstechnik. Beobachten und Schauen. *Acta Paedopsychiat.* 33: 97-101 (1966).
- Lutz, J.: Psychische Störungen im Kindesalter. *Boll. dei Medici della Svizzera Italiana*, 8/9 (1966)
- Weber, A.: Psychoorganische Syndrome im Kindesalter. *Boll. dei Medici della Svizzera Italiana*, 8/9 (1966).
- Wolfensberger, C.: Theorie und Praxis der "sexuellen Aufklärung". *Helv. paediat. Acta.* 21: 514-530 (1966).
- Wolfensberger, C.: Lächeln und Weinen des Säuglings. Ein Beitrag zur psychologischen Grundlagenforschung. *Helv. paediat. Acta* 21: 197-233 (1966).
- 1967 - Corboz, R.J.: Jugendkriminalität und Jugendpsychiatrie. *Schweiz. Z. Psychol.* Beiheft Szondiana VII: 47-57 (1967).
- Herzka, H.S.: Die Selbstbegegnung im 1. Lebensjahr. Ein Beitrag zur Anthropologie des Kindes. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 16 (1): 15-18 (1967).

- Lutz, J.: Langfristig beobachtete Lebensläufe psychisch auffälliger Kinder. *Jb. f. Jugendpsychiat. und ihre Grenzgebiete* 5, 47-56 (1967).
- Weber, A.: Zur Entstehung und Behandlung der Enuresis. *Praxis* 56, 76-82 (1967).
- Weber, A.: Psychopathologische Untersuchungen bei vier Kindern mit kongenitaler Analgie (KA). *Helv. Paediat. Acta* 22: 119-133 (1967).
- Weber, A.: Geschlechtshormone und Psyche. *Ther. Umsch.* 24: 360-362 (1967).
- Wolfensberger, C.: Sexuelle Erziehung in Familie und Schule. *Praxis* 56: 1355-1363 (1967).
- Wolfensberger, C.: Über Ausdrucksphänomene im 1. Lebensjahr. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psych.* 99: 145-154 (1967).
- 1968 - Bodenheimer, A.R.: Doris. Die Entwicklung einer Beziehungsstörung und die Geschichte ihrer Behebung bei einem entstellten, taubstummen Mädchen. *Suppl. 2 zu Acta paedopsychiat. Schwabe Basel* (1968).
- Corboz, R.J.: La psychopathologie des tumeurs de cervelet et du IVe ventricule. XXI Congr. Ass. Pédiatr. Langue Française, Paris, 4, 5 et 6 juillet 1967. *Expansion Scientifique Française*, Paris, 45-47 (1968).
- Corboz, R.J.: Aspects biologiques et conséquences psychologiques d'une puberté tardive. *Acta paedopsychiat.* 35 (10): 282-285 (1968).
- Corboz, R.J.: La psychopharmacothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Expériences cliniques. In: *Concilium Paedopsychiatricum*, Verh. 3. Europ. Kongr. Pädopsychiat., Wiesbaden, 1967, 295-306. Karger Basel/New York (1968).
- Corboz, R.J.: Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung von Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Päd. Fortbildungskurs* 9, 2. Aufl., 95-108, Karger Basel/New York (1968).
- Corboz, R.J.: Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie bei verhaltensgestörten epileptischen Kindern. *Ber. des internat. Symp. der Österreichischen Liga gegen Epilepsie*, Wien (1968).
- Corboz, R.J.: Psychopharmaka im Kindesalter. *Der Landarzt (Stuttgart)* 44 (19): 922-928 (1968).
- Corboz, R.J.: Reifungsprobleme bei jungen Erwachsenen. *Proc. IVth World Congr. Psychiat. Madrid*, 5.-11.9.66, *Excerpta Medica Internat. Congr. Series No. 150*, Amsterdam, 1646/47 (1968).
- Corboz, R.J.: Endogenous Psychoses of the Adolescent. In: *Adolescence: Psychosocial Perspectives*, edit. by G. Caplan and S. Lebovici Basic Books, Inc., Publ., New York/London, 275-279 (1968).
- Herzka, H.S.: Einige Entwicklungsteste nach Illingworth-Gesell für das 2. bis 5. Lebensjahr. *Pädiat. Prax.* 7: 173-179 (1968). E. und H. Marseille Verlag München.

- Herzka, H.S.: Die ärztlichen Aufgaben bei der Rehabilitation schwer geistig behinderter Kinder im Ausbildungsheim. *Praxis (Bern)* 57: (39): 1338-1343 (1968).
- Lutz, J.: Kinderpsychotherapie im Überblick. In: *Concilium Paedopsychiatricum*, Verh. 3. Europ. Kongr. Pädopsychiat., Wiesbaden 1967, 139-150, Karger Basel/New York (1968).
- Lutz, J.: Autismus infantum. *Pädiatrie und Pädologie* 4: 106-108 (1968).
- Lutz, J.: Zum Verständnis des Autismus infantum als einer Ich-Bewusstseins-, Ich-Aktivitäts- und Ich-Einprägungsstörung. *Acta paedopsychiat.* 35: 161-177 (1968).
- Lutz, J.: Gesunde und abnorme Bahnen der Beziehungsentwicklung zwischen Kind und Eltern. 7. Kongr. "Das schwererziehbare Kind", Köln 1968, 36-45, Rheinland Düsseldorf (1968).
- Weber, A.: Die Entstehung und Behandlung der Enuresis. Nach einem Vortrag für den Fortbildungskurs der österreichischen Ärztesgesellschaft in Wien (1968).
- Weber, A.: Über einen Fall von extremem Medikamentenmissbrauch bei einem Mädchen in der Pubertät. *Helv. paediat. Acta* 23: 55-67 (1968).
- Weber, A.: Psyche und Geschlechtshormone in verschiedenen Altersstufen. *Concilium Paedopsychiatricum*, Verh. 3. Europ. Kongr. Paedopsychiat. Wiesbaden 1967, 56-63, Karger Basel/New York (1968).
- Weber, A.: Kindsmisshandlung. *Praxis* 57: 188-190 (1968).
- Weber, A.: Zur Physiologie und Psychologie des Schmerzes. *Schweiz. Med. Wschr.* 98: 342-344 (1968).
- Weber, A.: Depressive Zustandsbilder im Kindesalter und ihre Behandlung. *Ther. Umschau* 25: 685-689 (1968).
- Wolfensberger, C.: Kinderarzt und Neuroseprophylaxe. *Praxis d. Psychotherapie XIII*, Heft 1, 21-29 (1968).
- 1969 - Corboz, R.J.: Beitrag zur medikamentösen Therapie kindlicher Verhaltensstörungen.. 65. Tagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Wien 1967. *Wien. med. Wschr.* 119: 540-547 (1969).
- Corboz, R.J.: Möglichkeiten und Aufgaben der Kinderpsychiatrie in der Erziehungsberatung. *Praxis d. Kinderpsychol.* 18 (5): 178-183 (1969).
- Corboz, R.J.: Probleme der heutigen Jugend. *Jahrbuch d. Jugendpsychiat.*, Bd. VII, 21-38 (1969).
- Herzka, H.S.: Die Dialogik der Psychiatrie. Über die Bedeutung eines philosophischen Prinzipes für das ärztliche Denken. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 104 (1): 163-167 (1969).
- Herzka, H.S.: Die Bedeutung der Spielsachen für die psychische und körperliche Entwicklung des Kindes. *Praxis* 9: 276-277 (1969).

- Herzka, H.S.: Die Sprache des Säuglings. *Fortschr. Med.* 87 (32): 1336 (1969).
- Herzka, H.S.: Schlaf und Schlafstörungen im frühen Kindesalter. *Pädiatrie und Pädologie* 5: 157-168 (1969).
- Herzka, H.S.: Symptomatologie und Pharmakotherapie der Bewegungsunruhe erethischer Kinder. *Acta Paedopsychiat.* 3/4, 90-91 (1969).
- Lutz, J.: Psychiatrische Aspekte der kindlichen Epilepsie. *Päd. Fortbildungskurse* 26: 76-80, Karger Basel/New York (1969), 2. Aufl. (1972)
- Lutz, J.: Symbiotische Kinderpsychose. *Acta Paedopsychiat.* 36: 262-268 (1969).
- Meierhofer, M.: Entwicklungskrisen und Konfliktsituationen im Säuglings- und Kleinkindalter. *Praxis der Psychotherapie* Nr. 3: 266-274 (1969).
- Schmid, H. u. Corboz, R.J.: Die psychische Entwicklung von Kindern mit einer Kraniosynostose als Beispiel einer gestörten zentral-nervösen Integration. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 103 (2): 416-418 (1969).
- Wolfensberger, C.: Soziale Instinkte des Menschen und ihre Beziehung zum Autismus infantum Kanner. *Schweiz. med. Wschr.* 99: 360-367 (1969).
- Wolfensberger, C.: Über angeborene und erworbene Ängste im frühesten Kleinkindalter. *Praxis der Psychotherapie* XV (5): 225-235 (1969).
- 1970 - Corboz, R.J.: Les réactions psychiques au combat. *Praxis (Bern)* 59 (4), 127-129 (1970).
- Gibbons, D.: Kasuistisches und Theoretisches zum Suchtproblem anhand eines Falles von Benzininhalation. *Praxis Kinderpsychol.* 19: 81-84 (1970).
- Herzka, H.S.: Das Volksmärchen - ein Bestandteil der Psychohygiene des Kindes. *Ther. Umsch.* 27 (7): 460-463 (1970).
- Herzka, H.S.: Über die Bedeutung des dialogischen Prinzips für den Arzt und für die Kinderpsychiatrie. *Fortschr. Med.* 88 (16): 697-700 (1970).
- Herzka, H.S.: Ansätze zu einer dialogischen Anthropologie des Kindes. *Praxis Kinderpsychol.* 19 (1): 16-18 (1970)
- Herzka, H.S. u. Kalensky, J.: Zur Epilepsitherapie bei geistig behinderten Kindern: Neuro-psychiatrische Störungen durch Diphenylhydantoin. *Ther. Umsch.* 27 (7): 457-459 (1970).
- Lutz, J.: Kinder- und Jugendpsychiatrie im Überblick. Ihre heutige Wirksamkeit, ihre Herkunft und einige ihrer zukünftigen Aufgaben. *Schweiz. med. Wschr.* 100: 885-889 (1970).
- Meierhofer, M.: Psychosomatische Erscheinungen und Verstimmungen im frühen Kindesalter. *Münchener Medizinische Wochenschr.* 112 (16): 745-750 (1970).
- Weber, A.: Zur Psychologie des Schmerzes. *Ther. Umsch.* 27: 825-830 (1970).

- Wille, A.: Arbeitsausfall und Sportunfälle. *Schweiz. Z. f. Sportmedizin* 1 Nr. 1, 21-39 (1970).
- 1971 - Corboz, R.J.: Depressionen bei psychoorganisch gestörten Kindern. In: Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen. *Verh. 4. U.E.P. Kongress Stockholm* (1971), 239-249 (Almqvist & Wiksell, Stockholm).
- Corboz, R.J.: Psychoorganische Störungen beim Kleinkind. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 109 (1): 167-174 (1971).
- Herzka, H.S.: The Significance of Toys for the Child. In: *Occupational Therapy Today-Tomorrow. Proc. 5th Int. Congr. World Federation Occup. Therapists, Zürich* (1970), 183-185, S. Karger Basel (1971).
- Herzka, H.S.: Ansätze zu einer dialogischen Anthropologie des Kindes. *Praxis Kinderpsychol.* 20: 253-257 (1971).
- Herzka, H.S. u. Kalensky, J.: Pharmakotherapie bei schwer geistig behinderten Kindern - unter Berücksichtigung von Clozapine (Wander). 13. *Internat. Kongr. Pädiatrie, Wien, 29.8.-4.9.71*, 113-119, Verlag der Wiener Medizinischen Akademie (1971).
- Herzka, H.S. u. Nef, R.: Die Aufgaben ärztlicher Frühberatung - ein Beispiel: Schwer sehbehinderte Säuglinge und Kleinkinder. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 109: 180-187 (1971).
- Meierhofer, M.: Frustration im frühen Kindesalter. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 109: 141-146 (1971)
- Meierhofer, M.: Depressive Verstimmungen im frühen Kindesalter. *Verh. 4. U.E.P. Kongr. Stockholm* (1971). Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Weber, A.: Psychosomatische Störungen und ihre Behandlung in der Pubertät. *Psychosom. Med.* 3: 130-138 (1971).
- Wolfensberger, C.: Pädiatrische Ethologie - ein neuer Aspekt der Entwicklungspsychologie. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 109: 133-141 (1971)
- 1972 - Hagmann, P.: Das Auftreten sprachlicher Entwicklungsschritte im Säuglingsalter. Eine prospektive Verlaufsuntersuchung an 65 Kindern unter Einschluss von Zwillingspaaren. *Helv. paediat. Acta* 27: 71-84 (1972).
- Herzka, H.S.: A philosophical basis for child psychiatry. *Child Psychiat. Hum. Developm.* 2, 129-133 (1972).
- Herzka, H.S.: Sauberkeitsentwicklung und "psychogene" Enuresis. *Ther. Umsch.* 29: 730-734 (1972).
- Lutz, J.: Probleme des behinderten Kindes. Erste Neustifter Gespräche für Sozialpädiatrie, 35-44 (1972).
- Weber, A.: Epilepsie und organisches Psychosyndrom (POS). *Pädiatrie u. Pädologie, Suppl.* 1, 72-81 (1972).
- Weber, A.: Psychosomatische Störungen im Kindesalter. *Psychosomat. Med.* 4: 100-111 (1972).

- 1973 - Corboz, R.J.: Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie heute. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 112: 31-40 (1973).
- Herzka, H.S.: Ansätze zu einer dialogischen Anthropologie des Kindes, III. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 22: 250-253 (1973).
- Herzka, H.S., Teichmann, A., Wintsch, H. u. Venetianer, E.: Zur Psychotherapie bei schwer geistig behinderten Kindern. Acta Paedopsychiat. 39: 318-335 (1973).
- Weber, A.: Daseinsanalyse und psychosomatische Medizin. Fortbildk. schweiz. Ges. Psych. 6: 14-21 (1973).
- Weber, A.: Psychosozialer Zwergwuchs. Psychosom. Med. 5: 87-91 (1973).
- Weiss, A.L.: Die Bedeutung der mitmenschlichen Umgebung für depressive Reaktionen bei psycho-organisch gestörten Kindern. Acta Paedopsychiat. 40: 17-37 (1973).
- Wolfensberger, C.: Vom Zwang, sich vergleichen zu müssen. Ehe/Familie 5: 158-159 (1973).
- 1974 - Büchele, B.: Vergleichende Untersuchungen zwischen Dreibaum- und anderen Projektiven Tests. Praxis Kinderpsychol. 23: 166-181 (1974).
- Flury, H. u. Herzka, H.S.: Rumination als psychosomatische Krankheit des ersten Lebensjahres. Helv. paediat. Acta 29, 335-348 (1974).
- Herzka, H.S.: Plädoyer für das Philosophieren. Schweiz. med. Wschr. 104: 515-516 (1974).
- Largo-S.: Die psychischen und sozialen Auswirkungen der Hämophilie beim Kinde. Schweiz. Rsch. Med. 63: 51-55 (1974).
- Lutz, J.: Schizophrenie: eine Realitätsbezugsstörung Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 2 (1): 63-69 (1974).
- Weber, A.: Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Kindes. Ehe 11: 57-66 (1974).
- Weber, A.: Kind und Fernsehen. Pädiat. Fortbildk. Praxis 38: 155-161 (1974).
- 1975 - Corboz, R.J.: Der Einfluss von Hirnfunktionsstörungen auf die Entwicklung des Kindes. Soz.- u. Präv.-Med. 20: 230-231 (1975).
- Gloor, H.J.: Psychiatrische Gründe der Dienstverweigerung vor der Rekrutenschule. Schweiz.Z.Milit. u. Katastrophenmed. 2: 111-137 (1975).
- Lutz, J.: Späterer Lebenslauf psychisch kranker Kinder. Naturaverlag Arlesheim: 1-20 (1975).
- von Salis, Th.: Eine formale Analyse des Szenotests-Schlussbildes. Schweiz. Z. Psychol. 34: 68-69 (1975).
- Weber, A.: Pubertätskrisen. Schweiz. Rdsch. Med. 64 (13): 383-387 (1975).

- 1976 Corboz, R.J.: Psychiatrie der minimalen frühkindlichen Hirnschädigung. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 32: 75-90 (1976).
- Corboz, R.J., Wigdorovits, B. u. Ammann, A.: Les indications psychiatriques pour la stérilisation de l'adolescente. Volume des rapports proceedings. IIIe Symposium international sur la gynécologie de l'enfant et de l'adolescente, 303-310; Lausanne (1976).
- Egloff, M.: Verwahrloste Jugendliche. Jugendpsychiatrische Diagnose und Prognose im Spiegel langjähriger Katamnesen. Acta Paedopsychiat. 42: 151-166 (1976).
- Herzka, H.S.: Ansätze zu einer dialogischen Anthropologie des Kindes (V). Praxis Kinderpsychol. 1 (1976).
- Herzka, H.S.: Psychosoziale Faktoren in der Pädiatrie - Wissen und Tun. Helv.paediat.Acta 31: 3-7 (1976).
- Lutz, J.: Therapeutische Erfahrungen und neuere Überlegungen zum Verständnis des Autismus. Bern, Verlag Crummenerl, Lüdenschied, 19-28 (1976).
- Weber, A.: Das infantile psychoorganische Syndrom - eine Entwicklungsstörung? Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 32: 115-120 (1976).
- Weber, A.: Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. 124: 224-226 (1976).
- Weber, A.: Die daseinsanalytische Betrachtungsweise in der Psychosomatik. Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 4: 113-123 (1976).
- Wolfensberger, C.: Über angstneurotisches Verhalten in der frühen Kindheit. (Beitrag zu einer neuartigen Theorie der Neurose-Genese bei Kleinkindern). Z. f. Individualpsychol. 1: (1): 36-48 (1976).
- 1977 - Corboz, R.J.: Psychiatrische Aspekte des Stress beim Kind und beim Jugendlichen. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 121: 81-89 (1977).
- Corboz, R.J.: Psychopathologie und Therapie von Hirnfunktionsstörungen im Kindes- und Jugendlichenalter. Ther. Umsch. 34: 6-14 (1977).
- Corboz, R.J.: Die Bedeutung kindlicher und juveniler psychoorganischer Störungen für die heutige Medizin. Ther.Umsch. 34: 3-5 (1977).
- Corboz, R.J.: Redaktion Therapeut. Umschau, Themenheft: "Kinderpsychiatrie", Band 34: (1) (1977).
- Herzka, H.S., Tschumi, A., Leuenberger, M. u. Fanconi, A.: Psychosomatische und genetische Faktoren in der Pathogenese des Morbus Crohn. Referat Nr. 33, anlässlich der Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie (1977).
- Herzka, H.S.: Das Adoptionssyndrom - Plädoyer für ein Risiko. Helv. paediat. Acta 32: 103-106 (1977).
- Lutz, J.: Infantiles psychoorganisches Syndrom und kindlicher Autismus. Ther.Umsch. 34: 21-23 (1977).

- Lutz, J.: Der Rücktritt von Dr. D. Arn van Krevelen als Chefredaktor. *Acta paedopsychiat.* 43: 1-4 (1977)
- Weber, A.: Sonderschulung, Erziehungsberatung, Psychotherapie und medikamentöse Therapie beim leicht hirngeschädigten Kind. *Ther. Umsch.* 34: 24-28 (1977).
- 1978 - Blöchliger, A., Herzka, H.S. u. Leuenberger, M.: Psychosomatische Aspekte des Pseudokrups. *Helv. paediat. Acta* 33: 6 (1978).
- Buddeberg, B. u. Buddeberg, C.: Sexuelle Beziehungsstörungen Schizophrener. *Psychother. med. Psychol.* 28: 22-26 (1978).
- Corboz, R.J.: Neue Erfahrungen und Gedanken zur stationären Psychotherapie. *Acta paedopsychiat.* 43: 101-111 (1978).
- Corboz, R.J. u. Nüsse, H.: Psychopathologie und Schriftsprache. *Acta paedopsychiat.* 44: 39-45 (1978).
- Corboz, R.J. u. Borner, K.: Katamnestiche Erhebung nach psychomotorischer Therapie. *Acta paedopsychiat.* 44: 53-56 (1978).
- Herzka, H.S.: Editorial *Acta Paedopsychiatria* 43: 2/3 (1978)
Identität. *Acta Paedopsychiat.* 43: 4 (1978)
Johnny ma Hedgehog. *Acta Paedopsychiat.* 43: 5/6 (1978)
- Herzka, H.S.: Geleitwort zu Gutter A., Luban-Plozza, B.: Familie als Risiko und Chance. Antonius-Verlag, Solothurn (1978).
- Hess, Th.: Die Fremdplatzierung verhaltensgestörter Kinder. *Praxis Kinderpsychol.* 27: 300-308 (1978).
- Kiepenheuer, K.: Die innere Welt des sterbenden Kindes. *Familiendynamik* 3: (4) 284-298 (1978).
- Weber, A., Wenzel, U., Schneider, M., Zachmann, M., Knorr, G. u. Prader, A.: Intelligence of patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency, their parents and unaffected siblings. *Helv. paediat. Acta* 33: 11-16 (1978)
- 1979 - Buddeberg, B. u. Buddeberg, C.: Familientherapie bei Anorexia nervosa. *Praxis Kinderpsychol.* 28: 37-43 (1979).
- Corboz, R.J.: Editorial: Vergängliches und Beständiges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Acta Paedopsychiat.* 44: 243-246 (1979).
- Corboz, R.J.: Jugendkriminalität, welche Rolle spielt das psychoorganische Syndrom? "Medical Tribune" Ausgabe für Deutschland 14: 41 (1979); Ausgabe für Österreich 11: 25 (1979) u. Ausgabe für die Schweiz 12: 25 (1979).
- Corboz, R.J.: Laudatio H. Stutte, 70jährig. *Acta Paedopsychiat.* 45: 66 (1979).
- Corboz, R.J.: Psychosyndromes Seen in Juvenile Offenders. *Medical Tribune* 2: 2, New York (1979)

- Felder, W. u. Corboz, R.J.: Katamnese der prospektiven Dienstverweigerer in den Jahren 1971-1973. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 125: 319-325 (1979)
- Felder, W. u. Corboz, R.J.: Weitere Untersuchungen über die prospektiven Dienstverweigerer in den Jahren 1974-1976. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 125: 327-335 (1979).
- Herzka, H.S.: Editorials: Johann Heinrich Pestalozzi in memoriam. *Acta Paedopsychiat.* 44: Heft 3/4 (1979)
Year of the child - for whom? *Acta Paedopsychiat.* 45: Heft 1 (1979).
Psychotherapie und Pädagogik - eine Gegenüberstellung. *Acta Paedopsychiat.* 45: Heft 4 (1979).
"Nun sag, wie hast du's mit der Religion?" *Acta Paedopsychiat.* 45: Heft 6 (1979/80).
- Hess, Th.: Heim- und Internatsunterbringungen bei Schulkindern. Zusammenhänge zwischen Familiensituation und dem Resultat von Platzierungsvorschlägen. *Acta Paedopsychiat.* 44: 203-217 (1979).
- Weber, A.: Psychologische und psychiatrische Probleme bei der Eingliederung mehrfach behinderter Kinder. *Ther. Umsch.* 35: 113-117 (1979).
- Wille, A.: Anorexia nervosa: Systemtheoretische Ansätze. Jahresbericht des Psychologischen Clubs Zürich, 40-43 (1979/80).
- Wille, A.: Zur Therapie der Aggressivität bei Kindern. *Acta Paedopsychiat.* 44: 335-344 (1979).
- 1980 - Buddeberg, B.: Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. *Familiendynamik* 5: 125-139 (1980).
- Corboz, R.J.: Die stationäre Behandlung neurotischer Störungen im Kindesalter. Ergebnis von 100 Katamnesen. *Z. Kinder- und Jugendpsychiat.* 8: 377-394 (1980).
- Corboz, R.J.: In memoriam Prof. G. Fanconi. *Acta Paedopsychiat.* 46: 93 (1980).
- Corboz, R.J. u. Gnos, P.U.: Der Dreibaumtest in der Volksschule. *Acta Paedopsychiat.* 46: 83-92 (1980).
- Corboz, R.J., Schenker, R. u. Bachmann, P.: Psychologie, Psychopathologie und soziale Probleme bei Kindern mit zystischer Fibrose. *Helv. paediat. Acta* 35: 477-488 (1980).
- Herzka, H.S.: Kinderpsychiatrische und therapeutische Aspekte bei geistig Behinderten. In: "Beiträge zur Pädagogik Geistigbehinderter", Hagmann, Th., Hg., Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern (1980).
- Herzka, H.S., Leuenberger, M. u. Fanconi, A.: Zusammenarbeit von Pädiatrie und Kinderpsychiatrie in der Kinderklinik; Möglichkeiten und Grenzen. *Schweiz. med. Wschr.* 110 (1980).

- Herzka, H.S.: Editorials: Kompetenz und Verantwortung. *Acta Paedopsychiat.* 46: Heft 1/2 (1980).
Die Psychotherapie und die jüdische Bibel, Lerntradition und Philosophie. *Acta Paedopsychiat.* 46: Heft 3 (1980)
Statt eines Editorials: Selektion heutzutage? *Acta Paedopsychiat.* 46: Heft 4 (1980).
- Herzka, H.S.: Autoreferat: Mimik und Gestik beim Kind. *Acta Paedopsychiat.* 45: 301-306 (1980).
- Hess, Th.: Paradoxe Interventionen in systemischer Familientherapie. *Familiendynamik* 5: 47-72 (1980)
- Kiepenheuer, K.: Spontaneous Drawings of a Leukemic Child. An Aid for a More Comprehensive Care of Fatally Ill Children and their Families. *Psychosomatische Medizin, Band 9:* 28-38 (1980).
- Tobler, A. u. Weber, A.: Schlafstörungen in der kinderärztlichen Praxis. *Neurol. Psychiat.* 6: 11-14 (1980).
- Wille, A.: Die positive Symptomdeutung in der Familientherapie. VII int. Congress Group Psychiatry, University of Copenhagen 3.-8.8.1980; Abstract Book, 478 (1980).
- Wille, A.: Familientherapie bei psychosomatisch kranken Kindern. VII int. Congress Group Psychiatry, University of Copenhagen 3.-8.8.1980; Abstract Book, 477 (1980).
- Wohnlich, H.R.: Neurotische Eltempersönlichkeiten und auffällige Erziehungshaltung bei Kindern und Jugendlichen mit psychoreaktiven Störungen und Erkrankungen - eine empirische Untersuchung anhand einer kinder- und jugendpsychiatrischen Dokumentation. *Z. f. Kinder- u. Jugendpsychiat.* 8: 41-54 (1980).
- 1981 - Corboz, R.J.: Psychosoziale und psychoorganische Faktoren bei der Entstehung der Jugenddelinquenz. *Verh. VIII. Weltkongress der sozialen Psychiatrie, Zagreb, 16.-22.8.1981.*
- Corboz, R.J.: Psychiatry of minimal early childhood brain damage. *The Psychiatric Journ. of the Univ. of Ottawa* V: 307-314 (1981).
- Corboz, R.J.: MBD (Minimal brain dysfunction) around the world: biological correlations. *Proc. World Psychiatric Association Regional Meeting, October 30 - November 3, 1981, New York City.*
- Corboz, R.J.: Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Verh. XVII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, München (1981).*
- Corboz, R.J., Felder, W. u. Schaub, Ch.: Autoreferat: Psychologie und Psychopathologie von Zwillingen in einem Kinderpsychiatrischen Krankengut. *Acta Paedopsychiat.* 47: 223-226 (1981).
- Felder, W.: Aspekte der Psychopharmakotherapie im Kindesalter. *Schweiz. Rundschau Med. (Praxis)* 70: 752-756 (1981).
- Felder, W.: Psychopathologische Kasuistik. *Pädiat. Prax.* 24: 199-204 (1980) (1981), Hans Marseille Verlag München.

- Herzka, H.S.: Die Persönlichkeit und die Betreuung des geistig behinderten Kindes. *Ther. Umsch.* 38: (Heft 4), (1981).
- Herzka, H.S.: The significance of play and toys for the development of the child today. In: *Toy Library in Society. Proc. of the 2nd International Conference of Toy Libraries, Stockholm, Sweden, June 1-5 (1981).*
- Herka, H.S.: Editorials: Voyeurismus en vogue? *Acta Paedopsychiat.* 47: Heft 3 (1981).
Fehdehandschuh begraben! *Acta Paedopsychiat.* 47: Heft 4 (1981).
- Lutz, J.: Hans Asperger und Leo Kanner zum Gedenken. *Acta Paedopsychiat.* 47: 179-183 (1981).
- Merz, A. u. Leumann, E.P.: Psychological problems in children with chronic renal failure. *Dialysis & Transplantation* 10: 813-814 (1981).
- Wille, A.: Psychische Auffälligkeiten bei Rekruten. *Médecine et Hygiène, Schweiz. Z. Militäarmed.* 58: 137-146 (1981).
- Wille, A.: Psychosomatische Krankheiten bei Kindern: Ein familientherapeutischer Ansatz. *Familiendynamik* 6: 59-69 (1981).
- Wille, A.: Die Funktion des kranken Kindes in der Familie. *Schweiz. rundsch. für Medizin* 48 (1981).
- Wohnlich, H.R.: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich - Krankengut - Organisation - therapeutisches Konzept. *Praxis f. Kinderpsychol.* 8: 266-274 (1981).
- 1982 - Buddeberg, B.: Kombination von Einzel- und Familientherapie bei einer kindlichen Psychose. *Acta Paedopsychiat.* 48: 111-122 (1982).
- Buddeberg, B. u. Buddeberg, C.: Familienkonflikte als Kollusion - eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 31: 143-150 (1982).
- Corboz, R.J.: La psichiatria dell'infanzia e adolescenza in Svizzera. *Neuropsychiatria infantile* 246-247 (1982).
- Corboz, R.J.: Psychosen im Kindes- und Jugendlichenalter. 60 Jahre Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie (Editorial). *Acta Paedopsychiat.* 48: (2/3) 67-69 (1982).
- Corboz, R.J.: Kongressbericht aus den USA. First High Point Hospital Symposium on ADD, White Plains, N.Y., 30.10.81 und World Psychiatric Association Regional Meeting: "MBD around the world", New York City, USA, 31.10.81 In: *Acta Paedopsychiat.* 48: 55-58 (1982).
- Corboz, R.J. u. Constam, E.: Das kinderpsychiatrische Gutachten im Scheidungsprozess. *Schweiz. med. Wschr.* 112: 276-281 (1982).
- Corboz, R.J. u. Felder, W.: Psychosomatische Wechselbeziehungen in der pädiatrischen Ophthalmologie. In: *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 181: 266-269 (1982).

- Corboz, R.J. u. Rufini, C.: Enfants d'hier, parents d'aujourd'hui à la consultation psychiatrique. Etude comparée portant sur deux générations. 10 Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, Dublin, 25.-30.7.1982, Book of Abstracts.
- Herzka, H.S.: Editorials: Solidarität. *Acta Paedopsychiat.* 48: (1) (1982) Verhaltensgestört. *Acta Paedopsychiat.* 48: (4) 1982. Was ist wissenschaftlich? *Acta Paedopsychiat.* 48: 219-220 (1982).
- Lutz, J.: Hermann Stutte zum Gedenken (1909-1982). *Acta Paedopsychiat.* 48: 267-269 (1982).
- Lutz, J.: Das psychotische Kind zu Hause, im Heim und in der Klinik. *Acta Paedopsychiat.* 48: 99-110 (1982).
- Reck, H.: Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Daseinsanalyse. *Daseinsanalyt. Institut für Psychotherapie und Psychosomatik, Zürich, Wien* (1982).
- Wille, A.: Der Familienskulptur-Test. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. Nr. 4:* 150-154 (1982).
- 1983 - Buddeberg, B.: Kinder misshandelter Frauen - Struktur und Dynamik von Misshandlungsfamilien (Familiendynamische Erfahrungen aus einem Frauenhaus). *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 273-277 (1983).
- Corboz, R.J.: Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Kinder. *Verh. XVII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, München 1981. Z. Kinderpsychiat.* 11: 116-132 (1983).
- Corboz, R.J.: Proc. 29th Annual Meeting American Academy of Child Psychiatry, Washington, D.C., October 20-24, 1982. *Acta paedopsychiat.* 49: 83-85 (1983).
- Corboz, R.J. und Köhler, R.: Autoreferat: Zum Wesen und zu den Indikationen der Ergotherapie. - Eine Standortbestimmung. *Acta paedopsychiat.* 49: 247-250 (1983).
- Corboz, R.J. und Sieber, M.: Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 67-71 (1983).
- Corboz, R.J. und Wüthrich, C.: Klinische Aspekte depressiver Zustände. *Helv. paediat. Acta* 38: 425-437 (1983).
- Gehring, Th. M.: Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 218-224 (1983).
- Herzka, H.S.: Notizen für eine andere Schule. *Editorial Acta paedopsychiat.* 49: 5-7 (1983).
- Wille, A.: Vergleichende psychiatrische Untersuchungen bei Rekruten. *Psychiat. Praxis* 10: 128-134 (1983).

- 1984 - Corboz, R.J.: Psychologische Aspekte verschiedener Formen der Pubertät. Referat Fortbildungskurs der SGP und SGKJP, Zürich, 1983. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat.* 134: 219-228 (1984).
- Corboz, R.J., Sieber, M., Haas, J. et al.: Verschwinden die Beeinträchtigungen leicht hirngeschädigter Kinder? (Eine Längsschnittuntersuchung). *Z. Entw. Psychol. und pädag. Psychol.* XVI: 12-22 (1984).
- Herzka, H.S.: Kindheit - wozu? Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33: 3-8 (1984).
- Wille, A.: Die Regionalisierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. *Acta paedopsychiat.* 50: 265-268 (1984).
- Wille, A.: Einzelspsychotherapie - Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 52: 191-199 (Thieme, Stuttgart 1984).
- Kiepenheuer, K.: Stirb und Werde. Archetypische Betrachtung einer Pubertätskrise. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat.* 134: 203-213 (1984).
- 1985 - Gehring, Th. M.: Socio-Psychosomatic Dysfunctions: A Case Study. *Child Psychiatry and Human Development* 15: 270-280 (1985).
- Herzka, H.S. und Reukauf, W.: Wissenschaftlichkeit, Dialogik und Psychose. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat.* 136: 9-18 (1985).
- Wille, A.: Scheidungskinder. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat.* 136: 91-93 (1985).
- Wille, A.: Loyalitätskonflikte bei Scheidungskindern. *Helv. paediat. Acta* 40: 341-348 (1985).
- Wille, A. und Mühlemann, A.: Eine katamnestiche Untersuchung an 100 Wehrmännern. *Schweiz. Z. Milit.-Med.* 62: 79-81 (1985).
- Wolf, M.: Suizidalität bei Jugendlichen und familiendynamische Prozesse. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir., Psychiat.* 136: 79-80 (1985).
- 1986 - Binswanger, A. und Schreyer, M.: Die integrative Gruppentherapie. - Bericht über eine spezifische Therapieform für Kinder mit leichten frühkindlichen Hirnfunktionsstörungen. *Sonderpädagogik* 16: 25-31 (1986).
- Gehring, Th. M. und Wyler, I.L.: Family-SystemTest (FAST): A Three Dimensional Approach to Investigate Family Relationships. *Child Psychiatry and Human Development* 16: 235-236 (1986).
- Kiepenheuer, K.: Mort et Renaissance, Approche archétypique d'une crise pubertaire. *Cahiers de Psychologie Jungienne* Nr. 48. pp. 41-49 (1986).
- Lehmann, S., Bischofberger, P., Gundelfinger, R., Felder, W. und Corboz, R.J.: Sind psychoorganisch gestörte Kinder als Erwachsene unauffällig? - Eine Verlaufsstudie bei 125 Probanden. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 137: 61-83 (1986).

- Wille, A.: Die psychische Dienstfähigkeit - eine katamnestiche Untersuchung. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 137: 75-87 (1986).
- Wille, A.: Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Chance für die Eltern. *Prax. Psychother. Psychosom.* 31: 119-127 (1986).
- 1987 - Herzka, H.S.: System und Individuum in einer Tagesklinik. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 4/1987
- 1988 - Feldmann, S.S. und Gehring, Th. M.: Changing preceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child Development* 59: 1034-1035 (1988).
- Herzka, H.S.: The Day Hospital for Children in Zurich, Switzerland, and the Concept of Dialogics. *International Journal of Partial Hospitalization* 5: 49-59 (1988).
- Herzka, H.S.: Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*: 180-184 (1988).
- Steinhausen, H.-Ch. and Göbel, D.: The relative importance of himptory and symptoms in child psychiatric diagnosis. *Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci.* 27: 156-160 (1988).
- Steinhausen, H.-Ch., Offer, D., Ostrov, E. and Howard, K.L.: Transcultural comparisons of self-image in German and United States Adolescents. *J. of Youth and Adolescence* 17: 515-520 (1988)
- Wille, A. und Loser-Kalbermatten, I.: Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. *Z. Kinderpsychiat.* 16: 117-123 (1988).
- Zulauf, U. und Herzka, H.S.: Day-Hospital Programs for Children and Adolescents in Eight West German Cities and in Zurich, Switzerland. *International Journal of Partial Hospitalization* 5: 61-64 (1988).
- 1989 - Brumby, A. und Steinhausen, H.-Ch.: Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38: 2-5 (1989).
- Feldmann, S.S., Wentzel, K.R. and Gehring, Th. M.: A Comparison of the Views of Mothers, Fathers, and Pre-adolescents about Family Cohesion and Power. *Journal of Family Psychology* 3: 39-60 (1989).
- Gehring, Th.M., Funk, U. und Schneider, M.: Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38: 152-164 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch. and Göbel, D.: Enuresis in Child Psychiatric Clinic Patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 279-281 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch., von Aster, M., Pfeiffer, E. und Göbel, D.: Comparative Studies of Conversion Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30: 615-621 (1989).

- Herzka, H.S. und Nil, V.: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 38: 216-219 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychosomatik des Kindesalters. *Münchener med. Wochenschr.*: 836-840 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Zur Klassifikation und Epidemiologie "psychosomatischer" Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*38: 195-200 (1989).
- 1990 - von Aster, M.G.: Behavior therapy in practice: Evaluation of 633 case reports. *The German Journal of Psychology* 14: 1-12 (1990).
- von Aster, M.G. und Göbel, D.: Kinder mit umschriebener Rechenschwäche in einer Inanspruchnahmepopulation. *Z. Kinderpsychiat.* 18: 23-28 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Kritische Anmerkungen zur Arbeit: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder. Vergleichende Untersuchungen an 2229 HAWIK-Profilen von R. Lempp und B. Pietsch-Breitfeld (Leserbriefe). *Praxis Kinderpsychol.* 39: 233-234, 267 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Die psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit und Behinderung. *Mschr. Kinderheilkd.* 138: 646-650 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation. *Praxis Kinderpsychol.* 39: 255-260 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch., Edinsel, E., Fegert, J.M., Göbel, D., Reister, E. und Rentz, A.: Child psychiatric disorders and family dysfunction in migrant workers and military families. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 239: 257-262 (1990).
- Steinmüller, A. und Steinhausen, H.-Ch.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter. *Praxis Kinderpsychol.* 39: 74-79 (1990).
- 1991 Steinhausen, H.-Ch. and Erdin, A.: A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnosis of child and adolescent psychiatric disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 909-920.
- Steinhausen, H.-Ch. and Erdin, A.: The interrater reliability of child and adolescent psychiatric disorders in the ICD-10, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 921-928.
- Steinhausen, H.-Ch., Rauss-Mason, C. u. Seidel, R.: Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research, *Psychological Medicine* 21, 447-454.

4. Dissertationen, Lizentiatsarbeiten und Diplomarbeiten

- 1937 - Meierhofer, M.: Atypische Psychosen in einer Chorea-Huntington-Familie. - Med. Diss.. Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie Band 97, H. 1/2 (1937).
- 1946 - Corboz, R.J.: Psychische Fehlleistungen in der Rekrutenschule. - Med. Diss.
- 1949 - Probst, H.H.: Über psychische Folgen des Schädelbruchs im Kindesalter. - Med. Diss.
- 1955 - Geiger, K.: Ernährungsschwierigkeiten des Kindes bei emotionalen Störungen der Mutter. - Med. Diss.
- 1962 - Casparis, L.: Indikationsbereich von Chlordiazepoxyd (Librium) und einiger anderer Psychopharmaka im Kindes- und Jugendlichenalter. - Med. Diss.
- 1963 - Meili, Ch.: Zur Frage der Erholung hirntraumatisch geschädigter Kinder. - Med. Diss.
- Zöbeli, J.: Zur Frage der Brauchbarkeit des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests als diagnostisches Hilfsmittel bei Hirnschädigungen. - Med. Diss.
- 1964 - Hotz, S.: Psychische Störungen nach Hautverbrennungen und -verbrühungen im Kindesalter. - Med. Diss.
- 1965 - Faes, P.: Untersuchungen zum "gewöhnlichen", familiären, endokrino-logisch nicht erfassten Infantilismus. - Med. Diss.
- Wilhelm, E.: Kinder schizophrener Mütter. - Med. Diss.. Acta Paedopsychiat. Band 32, Heft 7/8, 203-222.
- 1966 - Greub, M.: Beitrag zur Kenntnis der Persönlichkeit zuckerkranker Kinder. - Med. Diss.
- Gysling, M.: Katamnestische Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen, die wegen eines Hirntumors operiert und röntgenbestrahlt wurden. - Med. Diss.
- Schnüriger, V.: Elektroenzephalographische Befunde bei organischen Psychosyndromen im Kindes- und Jugendlichenalter. - Med. Diss.
- 1967 - Herzka, H.S.: Die Sprache des Säuglings. Habilitation. Schwabe Verlag (1967).
- Lutz, J.: Zur Psychopathologie von 6 an Ulcus ventriculi resp. duodeni leidenden Kindern und Jugendlichen. - Med. Diss.

- 1969 - Schmid, H.: Kraniostenose beim Kind. Psychische Entwicklung und neurologische Befunde vor und nach Kraniostenose. - Med. Diss.
- 1970 - Dietrich, M.: Über die Erholung schädelhirnverletzter Kinder, besonders im Hinblick auf die Haftpflicht- und Unfallversicherung. - Med. Diss.
- 1972 - Büchele, B.: Vergleichende Untersuchungen zwischen Drei-Baum- und anderen projektiven Tests. - Med. Diss.
- De La Cruz, N.: Manisch-depressives Kranksein bei Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren. - Med. Diss. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. Band 110: 279-316 (1972).
- Weiss, A.: Die Bedeutung der mitmenschlichen Umgebung für depressive Reaktionen bei psychoorganisch gestörten Kindern. - Med. Diss.
- 1973 - Dreifuss, M.: Katamnestischer Beitrag zur Entwicklung von stationär behandelten Kindern mit neurotischen Störungen. - Med. Diss.
- Helfenstein, S.: Psychiatrische Längsschnittbeobachtungen von zehn cerebral gelähmten, hemisphärektomierten Kindern und Jugendlichen. Med. Diss.
- Witzig, K.: Entwicklung psychisch abnormer, besonders schizoid-psychopathischer und schizophreniegefährdeter Kinder anhand langfristiger Katamnesen. - Med. Diss.
- 1974 - Hagmann, P.: Das Auftreten sprachlicher Entwicklungsschritte im Säuglingsalter. - Med. Diss.
- 1975 - Egloff, M.: Verwaehrte Jugendliche - Jugendpsychiatrische Diagnose und Prognose im Spiegel langjähriger Katamnesen. - Med. Diss.
- Meystre, S.: Zeichnen zu Musik - eine Untersuchung bei unterschiedlich geförderten und psychisch kranken Kindern. - Med. Diss.
- Sommerhalder, R.: Stand der Forschung über die Anfänge der Sprachentwicklung. - Übersicht über die Literatur 1964-1974. - Med. Diss.
- Strebel, B.: Schlaf und Schlafstörungen im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung des Pavor nocturnus und ihrer Behandlung mit Clozapin. - Med. Diss.
- 1976 - Ammann, A.: Zur Entwicklung von stationär behandelten Kindern mit neurotischen Störungen. - Ein weiterer katamnestischer Beitrag. - Med. Diss.
- Gasser, M.: Psychiatrische Untersuchungen bei Schülern der zweiten Primarklasse. - Med. Diss.

- 1977 - Ackermann, U.: Schulungsmöglichkeiten für Kinder mit einem infantilen psychoorganischen Syndrom. - Med. Diss.
- Aeppli, M.: Mimik und Gestik beim Kind. Übersicht über die Literatur. - Med. Diss.
- Diener, R.: Soziosen im Kindes- und Jugendalter. - Med. Diss.
- Meier, G.: Spontanes Malen mit Eltern kinderpsychiatrischer Patienten. Theoretische Grundlagen und erste Erfahrungen. - Med. Diss.
- Savioz, M.: Kinderpsychiatrische Tageskliniken. Eine vergleichende Literaturstudie. - Med. Diss.
- Wohnlich, H.R.: Beziehungen zwischen der Persönlichkeit und Erziehungshaltung neurotischer Eltern und psychoreaktiven Störungen und Erkrankungen der Kinder. - Med. Diss.
- 1978 - Blöchliger, A.: Psychosomatische Aspekte bei der Erkrankung an Pseudokrapp. - Med. Diss.
- Borner, K.: Die Bedeutung der psychomotorischen Therapie. - Med. Diss.
- Gnos, P.: Der Dreibaumtest (ausgeführt in Schulklassen verschiedener Altersstufen). - Med. Diss.
- Grosz, C.: Katamnestic Beitrag zur Entwicklung von Kindern, die in den Jahren 1968 und 1969 in der kantonalen Beobachtungsstation Brüschhalde, Männedorf, weilten. - Med. Diss.
- Wälli, E.: Die Tagesbehandlung als kinderpsychiatrische Therapieform. - Med. Diss.
- 1979 - Bielinski, C.: Zur Psychohygiene in der Industrie. - Lic. Phil. I
- Bigler, H.: Katamnestic Beitrag zur Entwicklung von neurotischen Kindern. (Aufenthalt der Kinder in der Kantonalen Beobachtungsstation Brüschhalde, Männedorf, in den Jahren 1964-1967. - Med. Diss.
- Chiquet, C. u. Liechti, R.: Elternarbeit in der Ergotherapie an den Modellen Reha-bilitationskinderklinik Lastenlinna, Helsinki, Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zürich. Diplomarbeit Schule für Ergotherapie, Zürich (Leitung: P. Ruchti, Tagesklinik)
- Käser, R.: Psychoorganisches Syndrom und Delinquenz bei Minder-jährigen. - Med. Diss.
- Michel, A. u. Pfeiffer, M.: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung psychotherapeu-tischer Verfahren bei frühkindlich hirngeschädigten Kindern. - Lic. Phil. I
- Müller, U.: Gruppenerziehung in der Tagesklinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie - Aufgaben und Möglichkeiten. Schule für Ergo-therapie
- Rychener, B.: Die Psychohygiene der Mutter. Eine sozialpsychologische Be-trachtung. - Lic. Phil. I
- Stoll, S.: Die Kleinkindanorexie. - Med. Diss.
- Teichmann, A.: Psychotherapie mit Kindern im Vorschulalter. - Lic. Phil. I

- Walder, A.U.: Urbeziehung, Religion und Kinderpsychotherapie. - Lic. Phil. I
- Winizki, E.: Die Selbstbetrachtung als psychohygienische Dimension in der Schüler-Lehrer-Beziehung. - Lic. Phil. I
- 1980 - Constam, E.: Die Bedeutung kinderpsychiatrischer Gutachten in Schei-dungsprozessen. - Med. Diss.
- Graf, A.: Aus den Anfängen der Kinderpsychoanalyse zu Leben und Werk von Hermine von Hug-Hellmuth (1871-1924), 1. Teil, 1871-1913. - Lic. Phil. I
- Haas, J., Hain, P. u. Spirig, C.: Verlaufsaspekte der Syndromatik leicht hirngeschädigter Kinder. - Lic. Phil. I
- Schaub, Ch.: Zwillinge in der Kinderpsychiatrie. - Med. Diss.
- Schenker, R.: Die psychische und soziale Situation der an zystischer Fibrose leidenden Kinder. - Med. Diss.
- 1981 - Bircher, A.: Eine Vergleichsstudie von 80 Adoptivkindern mit 80 Nicht-adoptivkindern. - Med. Diss.
- Borbi, A.: Bibliothérapie. - Med. Diss.
- Fischbacher, R.: Der Ansatz der Gestalttherapie in der Kinderpsychotherapie.- Lic. Phil. I
- Jeanrenaud, M.-L.: Die Erstbegegnung von Untersucher und Kind. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie 75, Bern 1981.- Diss. Phil. I
- Liem-Loo, K.T.: Die spezifisch seelischen Faktoren beim Ekzemkind und seine Umwelt. - Med. Diss.
- Litschig, S.: Psychiatrie der Gastarbeiterkinder. - Med. Diss.
- Schoch, Y.: Zur Psychohygiene des Krankseins. - Med. Diss.
- Sonder, M.: Das Kind im Grenzbereich zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit. Diplomarbeit Seminar für angewandte Psychologie (Leitung: W. Felder, Poliklinik)
- Zulauf, E.: Die Darstellung des Kindes in der Schweizer Malerei des 19. Jahrhunderts. (Eine Betrachtung über das psychische und soziale Entwicklungsklima der Schweiz des 19. Jahrhunderts)- Lic.Phil.I
- 1982 - Brandenberger, G.: Einzelkind und Erstgeborenes. Eine vergleichende kinder-psychiatrische Untersuchung. - Med. Diss.
- Hierlemann, L.: Die Darstellung von Kindern und Jugendlichen in der Malerei des 20. Jahrhunderts in Deutschland bis 1933. - Lic. Phil. I
- Köhler, R.: Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. - Med. Diss.
- Müller, U.: Gruppenerziehung in der Tagesklinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie - Aufgaben und Möglichkeiten. Diplomarbeit Schule für Soziale Arbeit (Leitung: M. Fulda, Tagesklinik)

- Rufini, C.: Die Eltern waren es gestern - ihre Kinder sind es heute: Patienten des Kinderpsychiatrischen Dienstes. - Med. Diss.
- Wolff, P.: Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. - Med. Diss.
- 1983 - Fuchs, F.: Die Funktion der Kindheit als Träger von Wünschen, Fantasien und unbewussten Projektionen der Erwachsenen, dokumentiert an der Kinderphotographie des 19. Jahrhunderts. - Lic. Phil. I
- Giovanoli, G.A.: Familiendynamik bei Encopresis. Eine katamnestiche Studie. - Med. Diss.
- Gundelfinger, R.: Langzeitverlauf bei 15 Patientinnen mit einem infantilen psychoorganischen Syndrom. Nachuntersuchung 10 Jahre nach erfolgter Diagnosestellung. - Med. Diss.
- Ganz, C.: Die kulturhistorische Dimension im Kind - und Kindheitsbegriff der Psychologie und Psychopathologie - Eine Untersuchung aufgrund der Darstellung des Kindes in der bildenden Kunst des Mittelalters. - Lic. Phil. I
- Graf-Nold, A.: Hermine Hug-Hellmuth - Werk und Leben der ersten Kinderpsychoanalytikerin. - Diss. Phil. I
- Hutter-Frenzel, Y.: Kinderpsychopathologische Aspekte der sozialen Notlage - eine Darstellung des Werkes von Heinrich Zille in seiner Zeit (1896-1924). - Lic. Phil. I
- Iten, R.: Ansätze der Tanztherapie und ihre Anwendung bei Kindern und Jugendlichen. - Lic. Phil. I
- Otti, L.: Die Auswirkungen der Industrialisierung auf die psychische Entwicklung des Kindes: Veränderung der Lebenswelt, Gefährdungen und Störungen, aufgezeichnet am Beispiel Englands 1770-1851. - Lic. Phil. I
- Pully, C.: Das Kind und sein Leiden auf Revolutionsdarstellungen Francisco de Goyas. - Lic. Phil. I
- Schärli-Corradini, B.: Zur Veränderung der Erwartungen an die Kindheit, eine vergleichende historische Studie aus der Zeit der alten Eidgenossenschaft, mit Hilfe von Dokumenten aus Kunst und Literatur. - Lic. Phil. I
- 1984 - Bättig, J.: Zur "Auffälligkeit" des Kindes im 20. Jahrhundert. - Lic. Phil. I
- Bischofberger, P.: Langzeitverlauf bei 20 Patienten mit einem infantilen psychoorganischen Syndrom. - Med. Diss.
- Burkhardt, R.: Anfänge und Entwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Kind; Theorien und Modelle im 20. Jahrhundert. - Lic. Phil. I
- Gibbons, F.: Katamnestiche Untersuchung von depressiven Patienten im Kindes- und Jugendlichenalter. - Med. Diss.
- Schütt, A.: Aus den Anfängen der Kinderpsychotherapie: Ein Zeitdokument zur früheren Geschichte der Individualpsychologie - Das Tagebuch der E.F. (1925/26). - Lic. Phil. I

- Seiler, H.: Mutismus. - Lic. Phil. I
- Sprüngli, R.: Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn im Kindesalter. - Med. Diss.
- Vogel, M.: Das Selbst. - Lic. Phil. I
- Zortea, E.: Zum Bedeutungswandel von Kindheit. - Lic. Phil. I
- 1985 - Fankhauser, U.: Tagebuch einer Adoleszenten (E.F., 1921/22). - Lic. Phil. I
- Miller, M.: Zur Bedeutung D.W. Winnicott's und des Schnörkelspiels für die Kinderpsychotherapie. - Lic. Phil. I
- Müller, P.: Kind und Plakat. - Lic. Phil. I
- Scholer-Kim, P.: Zur Bedeutung des Vaters für das Kleinkind. - Lic. Phil. I
- Wintsch, H.: Über den Umgang mit den Eltern in der Kindertherapie. - Lic. Phil. I
- 1986 - Achermann, B.: Konzepte über "Jugend" im Spiegel der Presse im Raume Zürich. - Lic. Phil. I
- Althaus, U.: Zur Pathogenese einer schizoiden Persönlichkeit in der frühen Kindheit. Eine Darstellung auf Grund bioenergetischer und ich-psychologischer Gesichtspunkte. Lic. Phil. I
- Dubois, C.: Entwicklungsprobleme und psychosoziale Lage des Kindes im Frankreich des späten 19. Jahrhunderts. Ihre Widerspiegelung in der Malerei. - Lic. Phil. I
- Fenyö-Bonalumi, S.: Die neuere Entwicklung der Kinder- und Jugendkriminalität, unter besonderer Berücksichtigung des Kantons Zürich. - Lic. Phil. I
- Flotron, H.: Basiselemente und Grundprobleme der beruflichen Beziehung zum Kind in der "Latenzzeit" (Mittlere Kindheit). - Lic. Phil. I
- Fröhlich, F.: Die seelische Verarbeitung lebensbedrohlicher Krankheit im Jugendalter. Grundprobleme und Möglichkeiten einer stützenden Therapie. - Med. Diss.
- Germann, R.: Oskar Pfister (1873-1956). Pionier einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie bei Jugendlichen und Kindern. - Diss. Phil. I
- Kalbermatten, I.: Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. - Diplomarbeit am Institut für Angewandte Psychologie
- Schlaginhaufen, F.: Anwendung eines sprachlich modifizierten "Columbus-Test" bei sehbehinderten und blinden Kindern. - Med. Diss.
- Schmid, S.: Familiendynamik in den Grimmschen Märchen. - Lic. Phil. I
- Uehli, B.: Adoleszenten-Tagebücher einer Kinderpsychologin 1917-1921. - Lic. Phil. I
- von Uslar, B.: Das Bild des Kindes in den Comics. - Lic. Phil. I
- Waser, Ch. M.: Der Dreibaumtest: e. projektiver Zeichentest zur Beziehungsdiagnostik; Handanweisung. - Diss. Phil. I

- Zeevi, E.: Zur Interpretation und Entstehungsgeschichte des Ambivalenzbegriffes. - Lic. Phil. I
- 1987 - Baumberger, R.C.: Diagnostische Ergebnisse pädiatrisch-kinderpsychiatrischer Zusammenarbeit am Beispiel der Kinderklinik des Kantonsospitals Winterthur 1971-1980. - Med. Diss.
- Lemaire, G.: Das Kind im Spital (nonverbales Ausdrucks- und Beziehungsverhalten zweier Fünfjähriger). Videofilm für Lehrzwecke. - Med. Diss.
- Otscheret-Zeevi, E.: Ambivalenz als Chance. Geschichte und dialogische Interpretation der menschlichen Zwiespältigkeit. - Diss. Phil. I
- von Schumacher, A.: Flüchtlingskinder im Spannungsfeld zwischen Vergangenheit und Gegenwart - Beobachtungen chilenischer Kinder im schweizerischen Exil. - Lic. Phil. I
- Schwob, P.: Grosseltern und Enkelkinder - Welche Rolle spielt ihre Beziehung für die Familie und für die Entwicklung des Kindes? - Lic. Phil. I
- Shah, A.: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung: Selbstmedikation und andere Bewältigungsansätze. Pilotstudie am Staatsexamen 1984 in Zürich. - Med. Diss.
- Weber-Kupper, C.: Das Kind in der Wohlstands- und Leistungsgesellschaft. - Lic. Phil. I
- Wellauer, H.: Beiträge zu einem anthropologischen Modell von Entwicklung und Pathologie des Kindes. - Lic. Phil. I
- Wyler-Brem, I.: Familiensystem-Test (FAST). Vergleich von Darstellungen familialer Beziehungen aus der Sicht der Familie und ihres Therapeuten. - Med. Diss.
- 1988 - Elzi, M.: Virginität und Adoleszenz zwischen Normalität und Pathologie. - Lic. Phil. I
- Földényi, M.: Neuropsychologische Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen nach Schädelhirntraumen. - Lic. Phil. I
- Gerig-Keller, B.: Kinder mit zwei Familien. Aspekte der familialen Fremderziehung. - Lic. Phil. I
- Heiz-Rettig, P.: Katamnese studie zur Enkopresis im Kindes- und Jugendalter. - Diplomarbeit am Institut für Angewandte Psychologie.
- Hotz, R.: Zur sozialen Entwicklung ehemaliger Tagesklinikpatienten in der Spätadoleszenz. - Med. Diss.
- Hugentobler, C.: Overprotection versus Deprivation. - Lic. Phil. I
- Ilg, C.: Das Weltbild des blindgeborenen Kindes und seine gestalterische Darstellung. Literatur, Bericht über eine Längsschnittuntersuchung und Ergebnis einer eigenen, an 4 blindgeborenen Kindern durchgeführten Untersuchung. - Diss. Phil. I
- Jacquemart, E.: Das Eriksonsche Entwicklungsmodell und die Bedeutung der Metapher für die Rekonstruktion von Lebensgeschichte. - Lic. Phil. I

- Ketz, H.: Die Einzelfalldarstellung in Psychologie und Pädagogik. - Lic. Phil. I
- Koch, B.: Zur Konzeptbildung über die Sucht und Mittelbeschaffung Opiatabhängiger. - Lic. Phil. I
- Meier, R.: Phantasie und Realität in Kinderbüchern. - Lic. Phil. I
- Peter-Schlegel, V.M.: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung. Belastungsfaktoren und Strategien zur Spannungsbewältigung. Teilergebnisse von 29 Gesprächsprotokollen mit Absolventen des eidgenössischen Fachexamens für Ärzte 1985 in Zürich. - Med. Diss.
- Rickenbacher, C.: Mutterschaft zwischen Ideologie, Ambivalenz und Pathologie. - Lic. Phil. I
- Schärli, V.: Therapeutische und Pädagogische Aspekte des Malens - mit besonderer Berücksichtigung von Interventionstechniken zur Förderung der Selbstheilungskräfte im Malprozess. - Lic. Phil. I
- Schaub, P.: Foto und Kind. - Lic. Phil. I
- Schuurmanns-Stekhoven, J.: Zur Förderung des behinderten Kindes: Praxis und Paradigma der Heilpädagogik nach Rudolf Steiner. - Med. Diss.
- von Wartburg, M.: Sonderklasse B - Absolventen. Eine Folgeuntersuchung der "Winterthurer-Studie" zur schulischen, beruflichen und lebensgeschichtlichen Entwicklung. - Lic. Phil. I
- 1989 - Bär, R.: Unterschiedliche Bewältigung der Nicht-Aufnahme an der Kinderpsychiatrischen Tagesklinik durch die Familien. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung von 27 Kindern und Jugendlichen, die von der Kinderpsychiatrischen Tagesklinik in Zürich zur Behandlung abgelehnt wurden. - Lic. Phil. I
- Burla-Mpoulamatsi, A.: Zur öffentlichen Jugendpsychiatrischen Versorgung in Athen. - Lic. Phil. I
- Filli Böhringer, M.: Die Bedeutung der Sprache im Jugendalter. - Lic. Phil. I
- Flury Sorgo A.M.: Zur Krippenbetreuung in früher Kindheit. - Lic. Phil. I
- Häberlin, C.: Die zwischenmenschlichen Beziehungen ehemaliger Patienten der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine katamnestische Studie bei sieben-bis zwölfjährigen Kindern. - Lic. Phil. I
- Hofer, A.: Die Bedeutung der "gespürten Interaktionserfahrung" für die Entwicklung des gesunden und wahrnehmungsgestörten Kindes. Überlegungen zum Entwicklungsgeschehen anhand des Entwicklungs- und des Therapiemodells nach Affolter. - Lic. Phil. I
- Meier, M.: Sonderklasse B-Absolventen. Eine Folgeuntersuchung der "Winterthurer-Studie" zur schulischen, beruflichen und lebensgeschichtlichen Entwicklung. - Lic. Phil. I
- Orlow, E.: Psychische Aspekte der Ernährungssituation im Säuglingsalter. - Lic. Phil. I
- Pahud de Mortanges, C.: Zur Identitätsentwicklung der 2. Fremdarbeitergeneration. - Lic. Phil. I

- Rigamonti Largey, M. und Gianinazzi-Käser, R.: Zur Sprache des gemalten und gezeichneten Bildes. Zugänge und Anwendungen in Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen. - Lic. Phil. I
- Schär, A.: Konzepte der Hochbegabung. Fünf Modelle im Vergleich. - Lic. Phil. I
- Schärli-Corradini, B.M.: Bedrohter Morgen. Anregungen des Kindes zu einem kreativen Umgang mit Lebenskrise und Umweltkrise. - Diss. Phil. I
- Schütt-Baeschlin, A.: Das Adoptivkind. Entwicklung, Identitätsbildung, Psychopathologie, Prävention und Psychotherapie. Diss. Phil. I
- Stadler-Weber, M.: Autonomieentwicklung bei ehemaligen Tagesklinik-Patienten in der Frühadolescenz. Ergebnisse einer Katamnese - Untersuchung von 26 an der Kinderpsychiatrischen Tagesklinik Zürich behandelten Jugendlichen. - Lic. Phil. I
- Vetsch Padrutt, M.: Selbstreflexion im Tagebuch. Ein Interpretationsversuch. - Lic. Phil. I
- Walder, C.: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung: Spannungsbewältigung in Form von Selbstmedikation. Gespräche mit Absolventen des eidgenössischen Staatsexamens für Ärzte 1985 in Zürich. Teilergebnisse von 29 Gesprächsprotokollen. - Med. Diss.
- Wulkan, M.: Das Übergangsobjekt, theoretisch dargestellt und erläutert anhand von Märchen. - Lic. Phil. I
- 1990 - Colombo, R.: Pensiero, Azione e Altro. - Lic. Phil. I
- Elkin, P. J.: Spaltung als seelisches und kulturelles Phänomen. Erscheinungsformen und Umgangsweisen. - Diss. Phil. I
- Ganter-Bührer, G.: Wenn Kinder Nein zur Schule sagen. Störungen der Schulverweigerung - Entwicklungsverzögerung - Frage der Schule? - Diss. Phil. I
- Harder, G.: Sterben und Tod eines Geschwisters. - Lic. Phil. I
- Jäggi Aerne, M.: Die Erfahrungen von Therapeuten und Therapeutinnen mit dem Therapiemodell von Affolter. - Lic. Phil. I
- Keller, R.: Die Spielgruppe als Förderungsmöglichkeit für verhaltensauffällige Kleinkinder. - Lic. Phil. I
- Moret-Bichsel, B.: Soziale Stellung und Entwicklung des Kindes bei den alten Griechen, gezeigt an Kunstwerken. - Lic. Phil. I
- Plüss, S.: Zur Bedeutung und Interpretation des Sandspiels im Kindesalter. - Lic. Phil. I
- Reichmuth, R.: Die Situation der süditalienischen Arbeiterfamilie in der deutschsprachigen Schweiz und deren Bedeutung für den Beratungsprozess. - Lic. Phil. I
- Schürch-Josen, R.: Familienbeziehung im Wandel? - Lic. Phil. I
- Seitz-Bossi, Ch.: Sabina Spielrein (1885-1941)
- Solèr, Ch.: Tagebuchschriften im Jugendalter. - Lic. Phil. I
- Weber, M.: Pathologisierende Aspekte des Viktorianischen Zeitalters auf die Adoleszenz der Frau. - Lic. Phil. I

- 1991 - Belart-Gasser, B.: Einrichtungen zur Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz, in Deutschland und Österreich. - Med. Diss.
- Egli-Alge, M.: Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen. - Eine Erhebung bei den zuständigen Stellen im Kanton Thurgau 1989. - Lic. Phil. I
- Hug-Müller, M.: Zur Behandlung der Pubertätsmagersucht. - Lic. Phil. I
- Kaiser-Kohler, D.: Zur Entwicklung der stationären Klientel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. - Med. Diss.
- Keller, D.: Katamnesen und Zufriedenheitsuntersuchungen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Tageskliniken im Vergleich mit einer Zürcher Studie. - Med. Diss.
- Koehler-Stichter, R.: Prophylaktische Beratung von Eltern mit Kleinkindern unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelt heutiger Familien. - Lic. Phil. I
- Nanzer, P.: Ein Beitrag zur Kritik der Systemtherapie. - Liz. Phil. I
- Rousselot, A. M.: Die Bedeutung des freien Spiels in den analytischen Kinderpsychotherapien. - Lic. Phil. I
- Schmieder-Roelly, H.: Nachuntersuchung der Kleinkindtherapiegruppe der Kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Zürich: Zur heutigen Situation von Kindern und Jugendlichen, die im Kleinkindalter therapiebedürftig waren. - Liz. Phil. I

5. Beiträge zu Informationsschriften

- 1929 - Lutz, J.: Das kantonale Kinderhaus Stephansburg Zürich 8. Jahresbericht Zürcher Hilfsverein für Geisteskranke (1929).
- 1935 - Lutz, J.: Über die psychiatrische Beobachtung bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. Jahresbericht Zürcher Hilfsverein für Geisteskranke, 13-28 (1935).
- 1936 - Lutz, J.: Pubertät und Berufsreife. Zeitschrift für Berufsberatung und Berufsbildung (1936).
- 1938 - Lutz, J.: Die Ehescheidungen vom Standpunkt des Kinderpsychiaters aus. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit, 49-51 (1938).
Lutz, J.: Über kinderpsychiatrische Organisationen in der Schweiz. Die Irrenpflege (1938).
Lutz, J.: Der Anteil der Psychiatrie in der Hilfe für schwererziehbare Kinder. Schweiz. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit, 230-231 (1938).
- 1940 - Lutz, J.: Die Bedeutung der geistigen Gesundheit im Beruf. Jahresbericht Zürcher Hilfsverein für Geisteskranke, 1-16 (1940).
- 1945 - Stolba, R.: Über die "neue Stephansburg". 70. Jahresbericht des Zürcher Hilfsvereins für Geisteskranke für das Jahr 1945, 11-20.
- 1946 - Lutz, J.: Über die ärztliche Behandlung des Schwachsinn. Pro Infirmis 3, 77-78 (1946)
- 1947 - Lutz, J.: Psychische Hygiene des Kindesalters. Schweiz. Z. für Gemeinnützigkeit 86, 5: 115-116 (1947)
- 1949 - Lutz, J.: Entwicklungsschwierigkeiten im Kindesalter und Geisteskrankheiten bei Erwachsenen. Gesundheit und Wohlfahrt 12, 563-573 (1949).
Meierhofer, M.: La participation de la Suisse à l'aide internationale aux enfants victime de la guerre. Revue Suisse d'hygiène Fasc. 8, 359-364 (1949).
- 1951 - Meierhofer, M.: Neurovegetative Phänomene in der normalen und pathologischen psychischen Entwicklung des Kindes. Gesundheit und Wohlfahrt Heft 8 (1951).

- 1952 - Lutz, J.: Schwachsinnbehandlung mit Glutaminsäure. Pro Infirmis 2, 34-38 (1952).
Meierhofer, M.: Vorsorgliche Evakuierung von Kindern im Kriegsfall. Schweiz. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit, Januar/Februar, 5-11 (1952).
- 1953 - Meierhofer, M.: Bericht über den Cours de Pédiatrie sociale 1952. Gesundheit und Wohlfahrt Heft 7, 341-363 (1953)
- 1954 - Herzka, H.S.: Erziehung in Freiheit - Leo N. Tolstois pädagogisches Werk. Schweiz. Erziehungs-rundschau 27, 65-67 (1954).
Meierhofer, M.: Vorschläge zur Errichtung eines Institutes zur Förderung einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern. Gesundheit und Wohlfahrt Heft 3, 131-138 (1954).
- 1955 - Corboz, R.J.: Die Eltern in der forensischen Jugendpsychiatrie. Gesundheit und Wohlfahrt 35: 383 (1955).
Corboz, R.J.: Trotzerscheinungen im Kindesalter. Die Familie 42: 252 (1955).
Lutz, J.: Erfahrungen mit Glutaminsäure bei Geistesschwachen. Eltern Zeitschrift 33, 3: 42-43 (1955).
Meierhofer, M.: Die Bedeutung der Mutterliebe für das erste Kindesalter. Pro Juventute Nr. 7/8, 3-8 (1955).
Meierhofer, M.: Psychohygienische Probleme bei schwachsinnigen Kindern. Schweiz. Lehrerzeitung (1955).
- 1956 - Corboz, R.J.: Erzieherische Probleme des ersten Schulalters. Schweizer Erziehungs-Rundschau 29: 1-5 (1956).
Lutz, J.: Schwachsinn im Lichte der neueren Forschung. Aus dem Soziologischen Seminar des Institutes für Psychohygiene, Biel, I: 3-14 (1956).
- 1957 - Corboz, R.J.: Psychohygienische Aufgaben des Militärarztes. Vjschr. schweiz. San.Off. 34, 241-246 (1957).
Corboz, R.J.: Schuldgefühle als Lebenshemmungen in psychiatrischer Betrachtungsweise. Pro Juventute 38: 256 und 287 (1957)
Lutz, J.: Jugendrichter und Kinderpsychiater. Pro Juventute 38, Heft II/III, 1-3 (1957).
Meierhofer, M.: Mein Kind soll sich gesund und froh entwickeln. Schriftenreihe der Schweiz. Vereinigung Schule und Elternhaus, Nr. 2, (1957).
Meierhofer, M.: L'influence des crèches et pouponnières sur le développement de l'enfant au cours de ses premières années. Les Cahiers Médico-Sociaux 2me année, Nr. 1, 22-26 (1957)

- 1958 - Herzka, H.S.: Gedanken eines Teilnehmers zur Tagung "Gefährdete Jugend". Pro Juventute 39: 413-415 (1958) und Hospitalis 2, 53-54 (1958).
- Lutz, J.: Erfahrungen in der Psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation. Pro Juventute 2-3: 59-61 (1958).
- Wolfensberger, C.: Liebe junge Mutter. (Das 1. Lebensjahr). Schweizerspiegel-Verlag Zürich, 2. Aufl. 1958
- 1959 - Corboz, R.J.: Echter oder scheinbarer Schwachsinn? Schweiz. Erziehungs-Rundschau, 1-8 (1959).
- Corboz, R.J.: Die Praxis der Psychohygiene. Schweiz. Ärztezeitung 40 (1959).
- Wolfensberger, C.: Wenn Dein Kind trotz. Das Trotzalter. Schweizerspiegel-Verlag Zürich, 2. Aufl. (1959).
- 1961 - Corboz, R.J.: Psychohygiene im Kindesalter. Schweiz. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit 100: 10-11 (1961).
- Lutz, J.: Psychohygiene im Kindesalter. Schweiz. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit 100: 3-15 (1961).
- Meierhofer, M.: Nervöse Störungen und Erziehungsschwierigkeiten im Kindesalter: ihre Symptomatik, Entstehung und Verhütung. Pro Infirmis Nr. 1, 1-4 (1961/62)
- 1962 - Meierhofer, M.: Unsere Kleinsten - Ein Film zum Verständnis des Kleinkindes. Pro Juventute 7/8: 322-326 (1962).
- Meierhofer, M.: Die Psychohygiene im Kindesalter und die Mütterberatung. Pro Juventute 1/2, 24-27 (1962).
- Meierhofer, M.: Schulversagen bei normal begabten Kindern. Schweiz. Lehrerzeitung Nr. 15/16, 435-437 (1962).
- 1963 - Lutz, J.: Therapie des Schwachsinn als Ganzes. Vierteljahresschrift "Lebenshilfe" 4, 145-151 (1963).
- Wolfensberger, C.: Gedanken eines Kinderarztes zum Kindergartenproblem. Der schweiz. Kindergarten. Hrsg. Schweiz. Kindergartenverein, 53. Jahrg., Heft 10 (1963).
- 1964 - Herzka, H.S.: Film: Spielsachen für das gesunde und das behinderte Kind. Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie, Winterthur (1964).
- Herzka, H.S.: Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes. Lehrgang für die Schülerinnen der Schule für Kinder- und Krankenpflege, Kantonsspital und Kinderklinik, Aarau (1964).
- Herzka, H.S.: Spiel und Spielsachen. Bulletin der Schweiz. Vereinigung zugunsten cerebral gelähmter Kinder, 23 (1964).

- Lutz, J. u. Kobi, E.E.: Kontroverse über "Wolfskinder"? Heilpädagogische Werkblätter 5, 228-232 (1964).
- Wolfensberger, C.: Antworten auf unbequeme Kinderfragen. Sexualpädagogik im Vorschulalter. Schweizerspiegel-Verlag Zürich, 2. Aufl. (1964).
- 1966 - Corboz, R.J.: Der essentielle psychische Infantilismus und seine Grenzgebiete. Z. für die Ausgleichskassen der AHV- und IV-Kommissionen 12: 584-597 (1966).
- Herzka, H.S.: Mimik beim Säugling - ihre Bedeutung für die Entwicklungsuntersuchung. Sandorama III (1966).
- Weber, A. u. Prader, A.: Probleme des Krankenhausaufenthaltes bei Kindern. VESKA 30, 1383ff (1966).
- 1967 - Herzka, H.S.: Spielsachen - Ein Aufgabenbereich der Psychohygiene des Kindes. "Volkshochschule" 1, 1: 28-33 (1967).
- Herzka, H.S.: Das geeignete Spielzeug und die Aufgaben der Psychohygiene und Psychotherapie beim körperbehinderten Kind. "Beschäftigungstherapie", 2, 1-5 (1967).
- Lutz, J.: Krankhafte psychische Entwicklungen im Kindes- und Jugendlichenalter. Universitas 22/1, 67-79 (1967).
- 1968 - Corboz, R.J.: Beitrag zur Psychologie des jugendlichen Sexualdelinquenten. Jahresversammlung der Schweizerischen Vereinigung für Jugendstrafrechtspflege, Zürich (1968).
- 1969 - Corboz, R.J.: Contribution à l'étude de la psychologie du jeune soldat. Der Feldprediger 28, 19-21 (1969).
- Herzka, H.S.: Les problèmes de l'arriération mentale. Office fédéral des assurances sociales 8/9, 11 (1969).
- Herzka, H.S.: The significance of toys in the child's maturation. International child welfare review, August 1969, 3-7.
- 1970 - Corboz, R.J.: Beeinflussbarkeit junger Wehrmänner. Die Sanität 52, Juli (1970).
- Herzka, H.S.: Die Bedeutung der Spielsachen für die Reifung des Kindes. Bull. Union Internat. Protection de l'Enfance, Genf 1969, Nr. 3, Nachdruck in: Heilpädagogische Merkblätter 39/5, 225-231 (1970).
- Herzka, H.S.: Spielsachen für behinderte Kinder. Pro Juventute 51, 336/7 (1970).
- Herzka, H.S. u. Kalensky, J.: Die medizinische Diagnostik von 90 geistig schwer behinderten Kindern. Schweiz. Ärztezeitung 51/48, 1384-1386 (1970).
- Lutz, J.: Geisteskrankheiten im Kindesalter. Zusammenfassung eines Referates vor der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kt. Zürich, 1-5 (1970).

- Weber, A.: Sollen unsere Kinder fernsehen? Schweiz. Ärztezeitung 51: 977-981 (1970).
- Weber, A.: Nos enfants et la télévision. Schweiz. Ärztezeitung 51: 1113-1116 (1970).
- Wolfensberger, C.: Theorie und Praxis der sexuellen Aufklärung. Schweiz. Erziehungsrundschau 5, 121-133 (1970).
- Wolfensberger, C.: Nicht Sexualkunde - sondern Lebenskundeunterricht. Evangelisches Schulblatt 5, 131-138 (1970).
- Wolfensberger, C.: Künstlicher Himmel? (zum Drogenproblem). DER BOTE für die evangel. Frau. Heft 10, S. 9 (1970).
- 1971 - Corboz, R.J.: Der Wehrpsychologische Dienst der Armee. Der Schweizer Soldat 46/5, 64-65 (1971).
- Herzka, H.S.: Spielzeug-Thesen über die Wirkung der Dinge auf das Kind. Pro-Juventute Verlag, Zürich (1971).
- Herzka, H.S.: Sull'importanza dei giocattoli per lo sviluppo psico-fisico e la riabilitazione del bambino. Maternità e Infanzia 1, 97-100 (1971).
- Herzka, H.S.: Spielen und lernen in den ersten Lebensjahren. Krippenbericht (Schweiz. Krippenverein) 65/6, 9: 15-19 (1971).
- Reukauf, W. u. Wettstein, P.: Erfahrungen mit der "Testbatterie für geistig behinderte Kinder" bei geistig Schwerstbehinderten. Schweiz. Erziehungs-Rdsch. 44, 263-265 (1971).
- Wolfensberger, C.: Antiautoritäre Erziehung? Kirchenbote f.d.Kt. Zürich 57: 1-2 (1971).
- 1972 - Corboz, R.J.: Der Kinderpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich. Gegenwärtige Aufgaben und Ausgestaltung durch die geplante psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche in Zürich. VESKA1, 19-22 (1972).
- Lutz, J.: Heilpädagogik. Ex Libris 27, 3: 19 (1972).
- Meierhofer, M.: Stimulation und Entwicklungsförderung in früher Kindheit. Internationale Lehrertagung Kinderdorf Pestalozzi (1972).
- Meierhofer, M.: Entwicklungsprobleme von Säuglingen und Kleinkindern in Fremdpflege. The Royal Society of Health, London, 33-34 (1972).
- Meierhofer, M.: Institutional Care of Children. In: International Health Conference, Isle of Man, 4.-8.9. (1972), Conference Paper S.61-62 und The Royal Society of Health Journal 93/1: 29-30 (1973).
- Wolfensberger, C.: Erziehung zum sozialen Verantwortungsbewusstsein. Verbandsblatt des Schweiz. evang. Verbandes Frauenhilfe, 122, 8-12 (1972).
- Wolfensberger, C.: Sexuelle Erziehung in Elternhaus und Schule. Zeitschrift für Sozialberatung, 3/4, 1-30 (1972) und Schweiz. Lehrerzeitung 9, 319-323 (1973).
- Wolfensberger, C.: Über eine besondere Form von Schulschwierigkeiten. Schweiz. Apothekerzeitung 5, 162-164 (1972).

- 1973 - Corboz, R.J. u. Stoll, W.A.: Wehrpsychologischer Dienst der Armee 1960-1972. Schweiz. Z. Militärmed. 50: 7-17 (1973).
- Herzka, H.S.: Der rechtliche Kinderschutz aus kinderpsychiatrischer Sicht. Z. Vormundschaftswesen 28, 136-143 (1973).
- Wille, A.: Psychomotorische Störungen. Der Schweiz. Kindergarten. Monatsschrift für Erziehung im vorschulpflichtigen Alter, 7/8, 369-370 (1973).
- Wolfensberger, C.: Vermeidbare Kinderängste durch systematisches vorbereiten-des Puppenspiel. Wir Eltern Juli 17-20 (1973).
- Wolfensberger, C.: Die seelische Vorbereitung kleiner Kinder auf Operationen. Helvetia (offiz. Mitgliederzeitung der schweiz. Krankenkasse Helvetia), Heft 8/9, 16-18 (1973).
- Wolfensberger, C.: Das Urgelächter. Ärztliche Praxis XXIV Jahrg., Nr. 89, 2-6 (1973).
- 1974 - Herzka, H.S.: Was erwartet das Kind vom Spielplatz. Schweiz. Lehrerzeitung 119, 721 (1974).
- Lutz, J.: Über den frühkindlichen Autismus. Schweiz. Zeitschrift für Gemeinnützigkeit 5 (1974).
- Lutz, J.: Leitlinien für die heilpädagogisch-kinderpsychiatrische Arbeit als Ergebnis langjähriger Patientenbeobachtung. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik 43, 4: 407-417 (1974).
- 1975 - Corboz, R.J. u. Gloor, H.J.: Die Dienstverweigerung des Stellungspflichtigen - eine wehrpsychologische Studie. Allg. Schweiz. Milit. Z. 141, 215-216 (1975).
- Wolfensberger, C.: Ohne Angst ins Spital. Berner Jugend-Berner Schule, 8-10 (1975).
- 1976 - Corboz, R.J.: Ambulante Krankenpflege. Schweiz. Ärztezeitung 57, 443 (1976).
- Corboz, R.J.: Colloquium Paedopsychiatricum Europaeicum. UNI 76, 7 Nr. 6 (1976).
- Gloor, H.J. u. Corboz, R.J.: Sind Dienstverweigerer psychisch abnorm? UNI 76, Nr. 4 (1976).
- Kiepenheuer, K. u. Hitzig, W.H.: Das Kind und der Tod. Gedanken zur Beziehung zwischen Pädiater und totkrankem Kind. Hexagon "Roche", 4, Heft 7, 1-10 (1976).
- Lutz, J.: Zur Eröffnung der Therapiestation Ennetbaden. Bulletin II der Therapiestation, 2-7 (1976).
- 1977 - Corboz, R.J.: Das psychoorganische Syndrom im Kindes- und Jugendlichenalter. - Geschichtliches und heutige Bedeutung. Referat anlässlich der ELPOS Tagung, Zürich. Eigenverlag Zürich/Thalwil (1977).

- Corboz, R.J.: Psychische Störungen bei jungen Primarschülern. UNI 78, Nr. 6 (1977).
- Herzka, H.S.: "Unser" Pestalozzi (zum 150. Todestag am 17.2.1977). Schweiz. Ärztezeitung Nr. 6, 201-202 (1977).
- Herzka, H.S.: Über die Wirkung der Umwelt auf das spielende Kind. Pro Juventute Nr. 11/12 (1977).
- Herzka, H.S. u. Steiner, T.: Sehgeschädigte, mehrfachbehinderte Kinder im deutschsprachigen Raum der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung Nr. 8, 289-290 (1977).
- Wolfensberger, C.: Zum Plan einer "Schweiz. Stiftung für das psychoorganisch lernbehinderte Kind". Ther. Umschau 34: 37-43 (1977).
- Wolfensberger, C.: Die "persistierende kleinkindliche Aufmerksamkeitsform" hindysfunktionell behinderter Kinder. Ther. Umschau 34: 15-20 (1977).
- 1978 - Corboz, R.J.: Abriss der Wehrpsychologie. ASMZ 144, Nr. 2, 60-69 (1978).
- Corboz, R.J.: Les syndromes psychoorganiques de l'enfant et de l'adolescent. Mitteilungsblatt des Schweiz. Bundes der Therapeuten cerebraler Bewegungsstörungen, Nr. 19, 16-17 (1978).
- Herzka, H.S.: Kinderpsychiatrische Früherfassung gefährdeter Kinder. Pro Juventute Nr. 1/2/3 (1978) und Zeitschrift für Vormundschafswesen Nr. 2 (1978).
- Lutz, J.: Grundlegung der Freiheitsfähigkeit im Entwicklungsalter des Menschen. Schweiz. Gesellschaft für Bildungs- und Erziehungsfragen, Langanu ZH, 1-16 (1978).
- Meierhofer, M. u. Nufer, H.: Psychohygiene im Kindesalter. Pro Juventute 58: 1-16 (1978).
- Wille, A.: Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fachzeitschrift des Verbandes Schweiz. Ergotherapeuten, Nr. 1, 2-5 (1978).
- 1979 - Corboz, R.J.: Verstimmungen im Kindesalter und in der Pubertät. Documenta Geigy 3-4 (1979).
- Corboz, R.J.: Ich-Stärke fördern. Schweiz. Lehrerzeitung 124: 13 (1979).
- Felder, W. u. Corboz, R.J.: Dienstverweigerung und weiteres Schicksal von Stellungspflichtigen. ASMZ 145: Nr. 9 466 (1979) und Die Sanität 61: 5-7, Heft 11 (1979).
- Herzka, H.S.: Psychotherapie und Pädagogik - eine Gegenüberstellung. Pro Infirmis Nr. 1, 2-5 (1979).
- Herzka, H.S.: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Früherfassung. Der Schweiz. Kindergarten, Basel 9 (1979).
- Weber, A.: Psychosoziale Aspekte der Kindsmisshandlung. Schweiz. Ärztezeitung 14, 677-679 (1979).

- 1980 - Corboz, R.J.: Das Kind und seine psychische Gesundheit. Schweiz. Ärztezeitung 60: 671-674 (1979); Schweizer Schule 66: 388-392 (1979); Zeitschrift für Vormundschafswesen 35: 6-12 (1980).
- Felder, W. u. Thommen, M.: Film und Videobänder: HAWIK, Bender, verzauberte Familie, CAT (1980).
- Herzka, H.S.: Die infantilen organischen Psychosyndrome. Schulblatt des Kantons Zürich 95: Nr. 11 (1980).
- Herzka, H.S.: Identität, Kreativität, Autorität in der Krise. Pro Juventute Info. Zürich (1980).
- Herzka, H.S.: Was können wir für die seelische Gesundheit tun? Pro Juventute 61: 3/4 (1980).
- Weber, A.: Kinderträume. Hexagon "Roche" 8, 1-9 (1980)
- Wolfensberger, C.: Überwindung der Beziehungslosigkeit - die Suche der Jugend nach Gemeinschaft. Schweiz. Lehrerzeitung 37, 1385-1392 (1980).
- Wolfensberger, C.: Das sogenannte POS-Kind. Mitteilungsblatt des Schweiz. Hortnerinnenvereins. In: Schweiz. Lehrerinnenzeitung 3, 19-22 (1980).
- 1981 - Buddeberg, B.: Familiendynamische und familientherapeutische Aspekte in ihrer Bedeutung für die Arbeit des Lehrers und Heilpädagogen. Jschr. f. Heilpädagogik 50: 180-188, Heft 3 (1981).
- Corboz, R.J. u. Constam, E.: Poliklinische und stationäre Glaubwürdigkeitsgutachten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kriminologisches Bulletin 7, 1/2: 40-47 (1981).
- Herzka, H.S.: Der Widerspruch der Jugend und unsere seelische Gesundheit. Schweiz. Ärztezeitung 62: Heft 51 (1981).
- Herzka, H.S.: Die Bedeutung von Spiel und Spielzeug für die Entwicklung des Kindes. Pro Juventute Nr. 10/11/12 (1981).
- Herzka, H.S.: Kind und Krankenhaus: Vorbereitung, Begleitung, Verarbeitung. Schweiz. Kindergarten 1 (1981).
- Herzka, H.S.: Die Zürcher Unruhe 1980 - Episode der Kulturreformation. Psychosozial 1/81, Rororo Sachbuch 7209, Reinbeck b. Hamburg (1981).
- Herzka, H.S., Fancioni, A., Wille, A., Leuenberger, M. u. Flury, L.: Besuchszeitenregelung im Beziehungsdreieck Patient-Familie-Personal der Pädiatrischen Klinik. Schweiz. Ärztezeitung 62: 3211-3215 (1981).
- Wille, A.: Indikation zur Einzel- oder Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schweiz. Ärztezeitung 62: 1609-1616 (1981).
- Wille, A.: Familiengerechte Einzeltherapie - individuumgerechte Familientherapie. Schweiz. Ärztezeitung 27: 2035 (1981).
- Wille, A.: Psychische Störungen bei Rekruten. Allg. Schweiz. Militärzeitschrift Nr. 7/8, 457 (1981).
- 1982 - Herzka, H.S.: Sorgenkind Schule. Primarschule Magazin 3 (1982).

- Herzka, H.S.: Widersprüche und Konflikte in der Pubertät als Aufgabe und Chance. Zeitschrift für Vormundchaftswesen, I. Quartal I, (1982).
- Wohnlich, H.R.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Schweiz. Ärztezeitung 37, 1798-1800 (1982).
- Wolfensberger, C.: Ärzte sehen die Schule. Das unruhige Kind in der Grundschule. Akademie für pädagogische Entwicklung und Bildungsreform, Tagungsbericht Augsburg., S. 63-75 (1982). In: "Die schulische Betreuung der I. POS-Kinder in der Schweiz."
- 1983 - Corboz, R.J.: Psychosen beim Kind und beim Jugendlichen. Schizophrenie - frühkindlicher Autismus - endogene Depressionen. SWISS MED 5: 36-45 (1983).
- Corboz, R.J.: Child psychiatric expert opinion in divorce cases. Psychiatry Digest, April: 3-4 (1983).
- Corboz, R.J.: Zur neueren Forschungsgeschichte des infantilen psychoorganischen Syndromes. Referat anlässlich der ELPOS-Tagung, 19.3.1983, in Zürich. Heilpäd. Rundsch. 6: 125-127 (1983).
- Corboz, R.J.: Him- und Persönlichkeitsentwicklung. Eine intakte Hirnfunktion als wichtige Voraussetzung für eine harmonische Persönlichkeitsentwicklung. Hirnfunktionsstörungen haben mannigfaltige Auswirkungen. Der informierte Arzt 10: 16-24 (1983).
- Felder, W.: Vernehmung: Das Anhören des Kindes. Kriminalistik, Heft 6: 330-332 (1983).
- Felder, W. und Gibbons, F.: Depression im Kindes- und Jugendlichenalter. Ther. Umsch. 40: 769-773 (1983).
- Wille, A. und Staub, P.: Möglichkeiten prophylaktischer Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Frühförderung interdisziplinär 2: 175-180 (1983).
- 1984 - Buddeberg, B.: Jugend und Krankheit. In: "Modelle künftiger Zusammenarbeit. - Jugend, Allgemeinpraxis, Beratungsstellen". GDI-Schriften 11: 9-20 (1984).
- Felder, W.: Besuchsrecht kontra Besuchspflicht. Sozialarbeit 16: 29-34 (1984).
- Herzka, H.S.: Schule im Widerspruch. Referat. In: Schule einst und jetzt, S. 71-85; Lehrmittelverlag des Kantons Thurgau, 1984.
- Herzka, H.S.: Bereitschaft zur Veränderung. Pro Juventute 65: 2-5 (1984).
- Herzka, H.S.: Dialogische Medizin. Hexagon 12: 11-17 (1984).
- Herzka, H.S.: Ergotherapie in kinderpsychiatrischer Sicht. Ergotherapie 3: 3-9 (1984).
- 1985 - Kiepenheuer, K.: Das Hexenhäuschen - ist Kindheit nur noch therapeutisch herstellbar? In: Schritte ins Offene 15: 22-25 (1985).

- Reukauf, W.: Zur Praxis der Kooperation zwischen Psychotherapeuten und Heilpädagogen aus psychologischer Sicht. Schweiz. Heilpäd. Rdsch. 7: 265-268 (1985).
- Wille, A.: Familienarbeit: Das Heim, das Kind und dessen Familie. Schweiz. Heilpäd. Rdsch. 4: 79-84 (1985).
- 1986 - Herzka, H.S.: Bildung zwischen Familie, Freizeit und Schule. SLZ Schweizerische Lehrerzeitung 1, 9. Jan. 1986.
- Herzka, H.S.: Geistig zurückgebliebene Kinder: emotionale Konflikte und Psychotherapie. Arbeitsheft "Kinderpsychoanalyse" 5/6, Juni 1986.
- Reukauf, W.: Die Kindheit als frühes Übungsfeld für den Umgang mit Beziehungen. Aspekte 17, S. 45-54 (1986) (Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern).
- Wille, A.: Ambulante psychiatrische Hilfen bei Störungen im Kindes- und Jugendalter. Z. für Vormundchaftswesen 41: 41-50 (1986).
- Wille, A.: Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Kindes. Schweiz. Ärzetzg. 67: 2213-2218 (1986).
- 1987 - Herzka, H.S.: Leben im Widerspruch - Erziehung zum Umgang mit der Angst. Österreichische Pädagogische Zeitschrift "Erziehung und Unterricht" Nr. 4 (1987).
- Herzka, H.S.: Nachwuchsförderung und "Methodenzwang" in der Wissenschaft. Schweiz. Ärztezeitung Nr. 37 (1987).
- Herzka, H.S. und Shah, A.: Selbstmedikation und Belastungsbewältigung angehender Ärzte im Staatsexamen. Schweiz. Ärztezeitung Nr. 11(1987).
- Wille, A.: Familienarbeit im Heim: Das Kind im Spannungsfeld zwischen der Institution und seiner Familie. Pädagogischer Rundbrief (Landesverband kath. Einrichtungen der Heime und Heilpädagogik in Bayern), Nr. 5/6 (1987).
- Wille, A.: Die Rolle der Väter. Wir Eltern, Zeitschrift für Erziehung, Schule und Familie Nr. 3, S. 12-15 (1987).
- 1988 - Herzka, H.S. und Peter-Schlegel, V.M.: Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten am Staatsexamen. Schweiz. Ärzetzg. Nr. 29, 1227-1255 (1988).
- Steinhausen, H.-Ch.: Kinderpsychiatrische Aspekte der Epilepsie. TW Neurologie, Psychiatrie. Sonderheft 1, 33-36 (1988).
- Steinhausen, H.-Ch.: Schlafstörungen im Kindesalter. Der Kinderarzt: Nr. 19, 803-807 (1988).
- 1989 - Herzka, H.S.: Das Kind, ein schöpferisches Wesen. In: NOK, Nordostschweizerische Kraftwerke AG (Hg.), Kreativität, Frauenfeld, Huber 36ff.(1989).

- Herzka, H.S.: Der Arzt als Therapeut der Medizin. Festvortrag vom 60. Geburtstag von Prof. A. Fanconi. Schweiz. Ärzetzg. Nr. 10, 393 ff (1989).
- Herzka, H.S. und Amacher, V.: Zur Bedeutung der Sucht. Schweiz. Rundschau für Medizin und Praxis, 78 (27/28), 762-765 (1989).
- Herzka, H.S., Jeanrenaud, M.-L. et Nil, V.: Comparaison des structures en psychothérapie et kinésithérapie. La Revue internationale du Corps en Thérapie. Somatothérapies et Somatologie, 3, 31-33 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Leichte frühkindliche Hirnfunktionsstörungen. Ztschr. f. Allgemeinmedizin, 65, 675-678 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Folgen nach Leukämiebehandlung. Pädiatrische Praxis, 38, 214 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Das hyperkinetische Syndrom. Der informierte Arzt 4, 327-330 (1989).
- Steinhausen, H.-Ch.: Notfallsituationen bei Kindern und Jugendlichen. Hospitalis 9, 7-10 (1989).
- Walder, Ch., Hornung, R. und Herzka, H.S.: Medizinstudenten unter Prüfungsbelastung. Spannungsbewältigung durch Selbstmedikation? Schweiz. Ärzetzg. 70: 1903-1906 (1989).
- 1990 - Gehring, Th. M.: Begutachtung von Scheidungskindern als systemischer Problemlösungsprozess. BSP Bulletin der Schweizer Psychologen 11:10, 7-10 (1990).
- Gehring, Th. M. und Marti, D.: Der Familiensystemtest: Typen familiärer Beziehungsstrukturen. BSP Bulletin Schweizer Psychologen 7/13-19 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Die Phosphathypothese. Sonderpädagogik 20: 209-210 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Hyperkinetische Kinder brauchen kompetente ärztliche Hilfen. Schweiz. Ärzetzg. 71: 1554-1556 (1990).
- Steinhausen, H.-Ch.: Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung - eine Notwendigkeit. PMS Aktuell, Psychiatrieszene Schweiz, Heft 3, 4-5 (1990).
- 1991 Ganter-Bührer, G.: Wenn Kinder Nein zur Schule sagen. (Hg. von H.S. Herzka in der Informationsreihe Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche - kennen und verstehen). Zürich, Pro Juventute.
- Harder, G.M.: Sterben und Tod eines Geschwisters. (Hg. von H.S. Herzka in der Informationsreihe Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche - kennen und verstehen). Zürich, Pro Juventute.
- Keller, R.J.: Die Spielgruppe. Sanfte Hilfe bei Entwicklungsproblemen des Kleinkindes. (Hg. von H.S. Herzka in der Informationsreihe Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche - kennen und verstehen). Zürich: Pro Juventute.
- Schär, A.: Was ist Hochbegabung? (Hg. von H.S. Herzka in der Informationsreihe Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche - kennen und verstehen). Zürich: Pro Juventute.

- Schärli-Corradini, B.M.: Bedrohter Morgen. Kind, Umwelt und Kultur. (Hg. von H.S. Herzka in der Informationsreihe Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche - kennen und verstehen). Zürich: Pro Juventute.
- Steinhausen, H.-Ch.: Risiken für die psychische Entwicklung von Kindern durch Krankenhausaufenthalte, uni zürich 3, 19-20.

6. Kurze Mitteilungen, Tagespresse

- 1962 - Lutz, J.: Krankhafte psychische Entwicklungen im Kindes- und Jugendlichenalter. Aula-Vortrag gehalten als Extraordinarius für Kinderpsychiatrie. NZZ Nr. 3078/83.
- 1983 - Wille, A.: Direkte Interventionen in der Familientherapie. Co-Therapie, Homeostase, positive Deutungen. 7. Int. Kongr. der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lausanne, 4. - 8. Juli 1983, Abstract S. 76.
- Wille, A.: Aggressionen bei enkopretischen Kindern. 7. Int. Kongr. der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lausanne, 4. - 8. Juli 1983, Abstract S. 101-102.
- 1984 - Wille, A.: Comparative psychiatric studies on recruits /DRIC TRANSLATION, pp. 17, ref. 3). HMSO, London 1984.
- Wille, A. und Lechmann, B.: Familientherapie mit Co-Therapeuten und Video-Kontrolle. Referat anl. der 8. Jahrestagung des Internationalen Arbeitskreises für Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie, Bern, 5. - 7. Mai 1983; Bericht IAAP. Aebi, E., Hartwich, P., Stille, D. (Hg.), S. 208-218, 1984.
- 1985 - Reukauf, W. und Herzka, H.S.: Problems of integration of different approaches in child psychotherapy (abstract). *Mediterr. J. Soc. Psychiat* 6: 1982 (1985).
- 1986 - Wille, A.: Child disorders - a chance for the parents. 11th International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Paris, July 21-25, 1986 - Abstract 15.4.1.5.
- Wille, A.: Die Enkopresis im Kindes- und Jugendalter. Autoreferat in: Jahresbericht Psychologischer Club Zürich, S. 18-19, 1985/86.
- 1987 - Herzka, H.S.: Jugendkrisen als Wachstumsprozesse? 35. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Alete Wissenschaftlicher Dienst 87.
- Herzka, H.S.: Zum Andenken an Professor R.J. Corboz. *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 150, S. 50, 2. Juli 1987.
- Kalbermatten, I. und Wille, A.: Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. Europäisches Symposium für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lausanne, 27./28.3.1987 - Abstract 92, 93.
- Wille, A.: Die Rolle des Vaters in der Familie. *Krippenbericht*, Schweiz. Krippenverband Nr. 2, S. 5-12, 1987.

- Wille, A.: Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Kindes. Jahresbericht 1986/87, Psychologischer Club Zürich, S. 19-20 (Autoreferat).
- Wille, A. und Wolf, M.: Familientherapie bei Anorexia nervosa (mit besonderer Berücksichtigung des Rolle des Vaters). Europäisches Symposium für Kinder- und Jugendpsychiatrie 27./28.3.1987, Lausanne - Abstract 164/165.
- 1989 - Herzka, H.S.: Aufwachsen im Widerspruch. Grenzgängertum als Belastung und Chance. *Neue Zürcher Zeitung*, S. 73, 26. Januar 1989.
- Herzka, H.S.: Lernen vom spielenden Kind. Eine ganzheitliche Lebensform. *Neue Zürcher Zeitung*, S. 65, 18. Oktober 1989.
- Steinhausen, H.-Ch.: Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit und Behinderung (Abstract). *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 137, 519, 1989.
- Steinhausen, H.-Ch.: Risiken für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 81, 8./9.4.1989, S. 25.