

Bauers, Walter

Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 8, S. 298-304

urn:nbn:de:bsz-psydok-33003

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366
- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124
- Buchbesprechungen*
- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Aus der Abteilung für Kinder und Jugendliche im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn (Fachklinik für psychogene und psychosomatische Erkrankungen, Abteilungsleiterin Dr. med. A. Streeck-Fischer)

Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Von Walter Bauers

Zusammenfassung

Bezüglich der Erfahrungen mit Indikationen zur offenen stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hat sich ein definierter therapeutischer Rahmen im Zusammenhang mit dem therapeutischen Arbeitsbündnis bewährt. Innerhalb dieses Rahmens und der Begrenztheit der Arbeitsbündnisfähigkeit bestimmter Kinder und Jugendlicher gibt es Grenzen für deren Behandlung. Aus der Beobachtung im Umgang mit diesen Patienten, die man als präödiipale Störungen zusammenfassen kann, haben sich zwei Typen herausgestellt, die anhand von Fallbeispielen dargestellt und exemplifiziert werden. Das eine ist „der Oppositionelle“ und der andere „der Sich-selbst-schädigende“. Besonders „der Oppositionelle“ ist ein Grenzfall im Blick auf die Indikation zur stationären Psychotherapie, da er aufgrund seiner Bereitschaft zur Spaltung und Projektion den therapeutischen Rahmen des stationären Settings überschreitet. Dies ereignet sich recht schnell, wenn Patienten dieser Problematik zusammen sind oder eine regressive Gruppendynamik besteht, die sich für seine strukturellen Bedürfnisse anbietet. Deshalb ist für ihn bei der Indikationsstellung die Situation und Zusammensetzung der Stationsgruppe zu berücksichtigen, um seine Behandlung zu ermöglichen. Bei dem „Sich-selbst-schädigenden“ ist die Stationsgruppe von geringerer Bedeutung. Er erfüllt sich seine strukturellen Bedürfnisse in der Beziehung zu sich selbst. Bei Indikationsstellung zu dieser Art von Störungen ist vor allem das Ausmaß der selbstschädigenden Neigung zu sehen und ob es möglich ist, im Rahmen der offenen Station ausreichend Schutz zu bieten. Bei diesen Patienten ist die Anbindung an die zur Verfügung stehenden Betreuer entscheidend, die eine steuernde und schützende Funktion über die Beziehung zum Patienten wahrnehmen können. Diese Ergänzungen und Modifikationen sind notwendig, um den therapeutischen Rahmen und die Arbeitsbündnisfähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen zu erhalten, so daß sie eine ihnen angemessene Behandlung erfahren können.

1 Der Rahmen stationärer Psychotherapie

Die folgenden Gedanken zur Indikationsstellung bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind das Ergebnis mehrjähriger Erfahrungen und Beobachtungen auf der Kinder- und Jugendlichenstation unserer Psychotherapieklinik. Gegenstand der Betrachtung sollen jene Indikationsstellungen sein, die im Grenzbereich der Möglichkeiten der offenen psychotherapeutisch geführten Kinder- und Jugendlichenabteilung des Landeskrankenhauses Tiefenbrunn anzusiedeln sind. Der Rahmen und die Arbeitsweise der Kinder- und Jugendlichenabteilung (im folgenden Station genannt) sollen kurz dargestellt werden.

In den beiden offen geführten Stationen werden Patienten, Kinder und Jugendliche getrennt, mit psychogenen und psychosomatischen Erkrankungen behandelt, bei denen ambulante Psychotherapie nicht ausreichend war. Das therapeutische Angebot umfaßt neben analytisch orientierter Einzel- und Gruppenpsychotherapie, familientherapeutische Arbeit, sowie eine individuell abgestimmte tiefenpsychologisch orientierte Sozialtherapie, Körpertherapie und verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Die Therapie erfolgt durch analytisch ausgebildete Psychotherapeuten, die als Mitarbeiter „den Therapieraum“ vertreten. Im Gegensatz dazu sind im „Realraum“ der Station Erzieher, Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter und Lehrer tätig. Der Stationsarzt sorgt für die Integration dieser beiden Behandlungsräume. Das Behandlungsangebot „des Realraums“ ist sozialtherapeutisch bei tiefenpsychologischer Fundierung ausgerichtet. Die Behandlungsarrangements für die Kinder und Jugendlichen werden unter Leitung der Oberärztin in Fallbesprechungen unter anschließender Einbeziehung des Patienten erstellt. Das Behandlungsarrangement wird in 4–6wöchigen Abständen überprüft und, wenn nötig, verändert und neu zusammengestellt.

Entscheidend für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen ist eine gewisse Bereitschaft, für sich etwas verändern zu wollen. Ein Leidensdruck wäre wünschenswert, ist meistens aber nur bei den Eltern oder Lehrern vorhanden, die unter dem Verhalten des Patienten leiden. Der Leidensdruck der Eltern und die Bereitschaft

des jungen Patienten mitzumachen im Rahmen der Behandlung, erweisen sich als tragend für das Behandlungsarrangement (vgl. *Streeck-Fischer* 1986). Es handelt sich dabei um eine minimale Ich-Fähigkeit zu einem Arbeitsbündnis. Das Team hat entscheidend darauf zu achten, daß im Rahmen der Behandlung die Fähigkeit zum Arbeitsbündnis erhalten bleibt, damit es nicht zu einer Überforderung der Ich-Fähigkeit des Patienten kommt. Mit dieser Ich-Fähigkeit gelingt es dem Patienten, die Regression, die im Dienste des Ich steht, beizubehalten. Reichen die Fähigkeiten des jungen Patienten zu einem Arbeitsbündnis nicht aus, so ist eine Behandlung nur möglich, wenn die prognostische Einschätzung dahin geht, daß unter modifizierten äußeren Rahmenbedingungen ein ausreichender Schutz möglich und sich entsprechende Ich-Fähigkeiten entwickeln lassen, die eine Behandlung ermöglichen können (vgl. *Streeck-Fischer* 1986).

Jeder, der mit Kindern und Jugendlichen in klinischen Einrichtungen zu tun hat, weiß, daß in Konfliktsituationen die Grenzen der steuernden Ich-Fähigkeiten überschritten werden können. Das Ausmaß der Fähigkeit des Ich, sich zu steuern, und die Fähigkeit zum Arbeitsbündnis ist immer relativ. Die Notwendigkeit, daß im Falle von Steuerungsverlust ein Erwachsener als Hilfsich steuernd eingreifen muß, wird auch bei einigermaßen stabiler Ich-Organisation im Verlauf der stationären Behandlung vorkommen. Die Wirksamkeit „des Sich-zur-Verfügung-Stellenden“ hängt von der Beziehung des jungen Patienten zu diesem Erwachsenen ab. Insofern spielt das Ausmaß ihrer Beziehungsfähigkeit eine entscheidende Rolle.

Krankheitsbilder zur Indikation stationärer Psychotherapie sollen hier nicht erörtert werden. Mir geht es um die spezielle Dynamik, die sich bei bestimmten Kindern und Jugendlichen entwickelt und die den Rahmen des stationären Arrangements überschreiten oder auch sprengen kann. Ein dynamisches Wechselspiel zwischen Individuum, Gleichaltrigengruppe und Mitarbeiterteam führt in manchen Fällen zu einer Gesamtsituation von Steuerungsverlust und Impulsdurchbrüchen. Diagnostisch lassen sich diese Patienten zu den präödpalen Störungen zählen, wie z.B. latente Verwahrlosung, latente Suizidalität, latente Sucht, Borderline-Struktur, präpsychotische und narzißtische Strukturen. Unserer Erfahrung nach gehören diese Störungsbilder zu den Indikationen im Grenzbereich bei der offen geführten stationären Psychotherapie.

Bei Kindern und Jugendlichen ist es häufig nicht möglich eine eindeutige Diagnose zu erstellen, weil noch alles im Umbruch und die gesamte Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Dies ist mit zu bedenken, da die gewohnten diagnostischen Einschätzungen aus der Behandlung Erwachsener entwickelt wurden. Ebenso sind die Behandlungsziele nicht wie bei Erwachsenen auf eine fiktive Idealpersönlichkeit hin orientiert, sondern in erster Linie, wie *Anna Freud* sagt, auf „in Gang setzen“ der Entwicklung (*A. Freud* 1968), indem entwicklungshemmende Faktoren beseitigt werden sollen.

Bei den präödpalen Störungen handelt es sich um eine gestörte oder unvollständige Ich-Entwicklung, die entsprechende Auswirkung auf die psychosexuelle Entwicklung hat. Für unsere Einstellung im gesamten Behandlungsarrangement hat es sich als günstig erwiesen, besonders auf die steuernden Ich-Fähigkeiten gegenüber der Impulswelt zu achten. Sie bilden die Basis für eine mögliche Behandlung und es ist darauf zu achten, daß sie erhalten bleiben. Bei den Patienten mit einer Indikation im Grenzbereich reicht dies oft nicht aus. Bei ihnen ist zu berücksichtigen, wie die bisherige Art ihrer Gruppenerfahrung war. Dies ist von diagnostischem Wert für eine Einschätzung zu erwartender grenzüberschreitender Verhaltensweisen, die eine modifizierte Behandlungssituation erfordern. Die unvollständige Ich-Entwicklung dieses Patienten bringt eine Labilisierung in der Steuerungsfähigkeit des Ich mit sich, die im dynamischen Spannungsfeld der Gleichaltrigengruppe rasch überbeansprucht wird. Nach meiner Beobachtung gibt es bei diesen Störungsbildern zwei entgegengesetzte Typen, die ich hier beschreiben möchte. Den ersten Typ möchte ich „den Oppositionellen“ (im folgenden O.) nennen und den zweiten als „Sich-selbst-schädigenden“ (im folgenden S.) bezeichnen.

2 Zwei Typen unterschiedlichen Verhaltens im stationären psychotherapeutischen Setting

Bei O. handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Enttäuschungen Erwachsene entwerfen und sich dazu der Gleichaltrigengruppe bedienen. Die Enttäuschungen liegen meist im Bereich präödpaler Versorgungswünsche (Symbiosewunsch), ebenfalls bestehen im Gegensatz dazu Wünsche nach Unabhängigkeit (Verschmelzungsangst) (*Mahler* 1980). Die Beziehung zum präödpalen Objekt ist der Hintergrund für diese Enttäuschungen. Spaltungsmechanismen und Defizite in der Ich-Entwicklung herrschen bei diesen Patienten vor (*Kernberg* 1978). Die Gleichaltrigengruppe bietet sich für eine Bewältigung dieser widersprüchlichen Wünsche an, indem sie die Gruppe als gutes präödpales Objekt erleben und nutzen und Erwachsene als böse präödpale Objekte definieren. Indem sie die reale soziale Gruppierung in den Dienst der innerpsychisch notwendigen Spaltung stellen, ordnen sie äußere und innere Welt. Diese Bewältigungsform ist bei allen Patienten des Typs O. unabhängig von ihrer diagnostischen Einschätzung zu finden. Sie schaffen sich so über die Gruppe eine vorübergehende Unabhängigkeit und vermögen die aggressiven Regungen, die der präödpalen bösen Mutter gelten, projektiv bei den enttäuschenden Erwachsenen unterzubringen.

Bei S. handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die häufig diagnostisch gleich eingeschätzt werden wie O. Sie sind aber meist sozial isoliert. Wie O. sind sie von dem frühen Objekt enttäuscht und haben die oben geschilderte Beziehung zum präödpalen Objekt. Sie verfügen aber nicht über die gleichen Erfahrungen mit der Gleichaltrigengruppe, haben eher Angst vor ihr – oder

eine Art ängstlichen Ungeschicks – und fürchten vor allem das labilisierende Potential der Gruppe im Sinne einer möglichen Fragmentierung des Ichs. Es ist nicht klar, ob dies mit frühen Erfahrungen oder einer konstitutionellen Eigenschaft zusammenhängt, daß bei diesen Patienten eine „autistische Neigung“ vorhanden ist. Sie wenden sich mehr der eigenen Person zu und es fehlt häufig der latente Objekthunger. Es ist eine Disposition zum autistischen Reagieren vorhanden und dennoch läßt sich auch die starke Enttäuschung am präödpalen Objekt, verbunden mit übermäßigen aggressiven Regungen wie bei O. feststellen. Die aggressiven Regungen werden nicht wie bei O. in die Beziehung zum Objekt, also nach außen gelenkt, sondern gegen das Selbst gerichtet. Es gibt einen bösen Selbstanteil in ihnen, der sich den Steuerungsbemühungen entzieht. Daneben gibt es einen guten und leidenden Selbstanteil, der nicht ausreichend ist, um mit dem bösen Selbstanteil ein psychisches Gleichgewicht herzustellen. So wird die präödpale pathogene Beziehung über eine Selbstspaltung (Sachsse 1987) bewältigt. Sie entwerten sich selbst und nicht die Erwachsenen. Die Erwachsenen sind für sie eine Stütze, die, wenn der Erwachsene sich darauf einstellt, dem guten Selbstanteil in ihrem Bemühen um Minderung des Leidens (Steuerung der heftigen aggressiven Regungen, die gegen das Selbst gerichtet sind) hilft. Dabei kann der Erwachsene fast ausschließlich in der Funktion des Verstärkens der guten Selbstanteile erlebt werden. So benötigt S. das äußere Objekt, um in der Selbstspaltung sein Gleichgewicht zu bewahren, das ihn in Abhängigkeit hält, aber psychisches Überleben gewährt.

Während O. und S. sich darin unterscheiden, wie sie sich der Gruppe gegenüber verhalten, sie in ihrem Interesse nutzen oder meiden, gleichen sie sich darin, daß beide Labilisierung durch Regression fürchten und damit die Gefahr eines Selbstverlustes. Während jedoch O. die Gleichaltrigengruppe für sich nutzt, weil sie für ihn die gute Mutterrepräsentanz darstellt, indem sie Aspekte mütterlicher, gewährender und haltender Funktionen vermittelt, hat S. diese Möglichkeit nicht. Er spaltet, indem er die bösen Aspekte (die O. auf den Erwachsenen projiziert) im Selbst verankert und die Guten in den idealisierten Elternimages (Erwachsene), so daß die Gleichaltrigengruppe für ihn weniger Bedeutung besitzt.

3 Überlegungen zur Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie

Bei S. ist die Dynamik der Stationsgruppe von geringerer Bedeutung. Die stationäre Behandlung geschieht vorrangig in der Beziehung zu den Erwachsenen. Dagegen spielt bei O. die Dynamik der Gruppe eine entscheidende Rolle. Korrespondieren die Bedürfnisse der Gruppe (vorwiegend oppositionell und fordernd) mit denen von O. bestünde keine Indikation für eine stationäre Behandlung zu diesem Zeitpunkt. Wenn also O. bedürfnisbefriedigende Wünsche an die präödpale Mutter richtet und dies in der Art oppositionellen Autonomiegehabes vor-

bringt, wird der angesprochene Erwachsene in den meisten Fällen ablehnend reagieren. O. wird darauf seine regressiven Wünsche verstärkt oppositionell einfordern und die Reaktion des Erwachsenen wird wiederum ablehnend sein, so daß in der Folge sich die Beziehungssituation ausweglos festfahren wird. Besteht die Neigung zu dieser Beziehungsdynamik (meist latent) auch in der Gruppe, so sollte eine Aufnahme von O. zu diesem Zeitpunkt abgelehnt werden. Ist die Gruppe relativ stabil und hat wenig oppositionell regressive Tendenzen, dann kann auch für O. eine Behandlung möglich sein. Wesentlich ist, daß nicht mehrere Patienten vom Typ O. in die Stationsgruppe aufgenommen werden, da es sonst im Sinne eines Verstärkereffektes rasch zu einer oppositionellen Gruppendynamik kommt. Im Falle einer Behandlung von O. sollte versucht werden eine regressionsfördernde Atmosphäre zu vermeiden, da sie ein Klima schafft, die das Ich überfordern würde.

Die Gruppe ist für Kinder und Jugendliche ein altersspezifisch geeignetes Mittel, um die erreichte Entwicklung gegenüber anderen abzugrenzen und individuelle Eigenheiten auszubilden, sowie zukünftige erwachsene Möglichkeiten durchzuspielen. Sie ist somit ein notwendiges, die Entwicklung förderndes Mittel. Das positive Erleben der Gruppe, besonders für die Jugendlichen ist ein Therapeutikum, wenn es als solches eingesetzt werden kann. Die Frage ist, wie sie sich im stationären Alltag einsetzen läßt, auch für die Jugendlichen des Typs O. Meiner Erfahrung nach ist die Einführung gruppenstrukturierender Interaktionen sinnvoll. Dabei sollte die Struktur nicht einer permanenten und einengenden Kontrollsituation entsprechen, die Kinder und Jugendliche nur in die Opposition treiben würde. Günstig ist ein einfühlendes Pendeln zwischen Fordern und Gewähren, Binden und Loslassen, Kontrollieren und freier Entscheidung, sowie ein Angebot zur Identifikation und Konfrontation.

In der Vorschaltambulanz (ambulantes diagnostisches Gespräch mit Patienten und Eltern) muß das Gruppenverhalten des Patienten exploriert werden, um einzuschätzen, ob es sich um Typ O. oder S. handelt. Dies ist nicht leicht und kristallisiert sich oft erst im Nachhinein deutlicher heraus, so daß auch immer das Risiko von Fehleinschätzungen gegeben ist.

Bedeutsam ist die Gruppe für Kinder und Jugendliche gleichermaßen, es gibt jedoch auch Unterschiede. Bei Kindern (bis ca. 11 Jahren) hat die Gruppe eine vorübergehende Funktion zum Erwerb sozialer Kompetenz und Werkfähigkeiten (Ericson 1974). Ist diese Funktion erfüllt, tritt die Beziehung zu den realen Eltern in den Vordergrund. Emotionaler Halt geht dann von dieser Beziehung aus. Bei Jugendlichen ersetzt die Gruppe die Eltern. Sie suchen die Gruppe als emotionalen Halt und man könnte fast sagen, daß sie eine triangulierende Funktion hat, um die psychische Loslösung von den Eltern zu ermöglichen. Diese unterschiedliche Bedeutung der Gruppe gilt auch für das stationär-psychotherapeutische Setting. Eine oppositionelle Gruppensituation bei Kindern wird sich wieder auflösen, wenn ihre Funktion er-

füllt ist (z. B. Enttäuschungen zu verarbeiten). Kinder des Typs O. werden in der Gruppe mit Rivalität konfrontiert, die sie aufgrund ihrer Entwicklungsstörung nicht durchstehen können. Sie nutzen oft die Gruppe im Sinne der Spaltung, um Rivalität nicht erleben zu müssen. Sie erreichen es, präöipale Versorgungswünsche in der Gruppe zu mobilisieren und damit von der Rivalitätssituation abzulenken. Die Gruppe wendet sich dann regressiv mit präöipalen Versorgungswünschen an die Betreuer. So dient die Gruppe für O. zur Vermeidung bedrohlicher Rivalitäten. Es kann passieren, daß es bei Kindern des Typs O. zu isolierten aggressiven Durchbrüchen kommt, wenn es ihnen nicht gelingt, die Gruppe auf ihre präöipalen Wünsche hin zu lenken. Dies gilt auch für Jugendliche mit dem Unterschied, daß für sie die Gruppe eine weitergehende Bedeutung hat. Für die Jugendlichen ist die Gruppe narzißtisch besetzt und idealisiert, da die Eltern „out“ und die Gruppe „in“ ist.

Besonders bei Jugendlichen ist die Indikationsstellung um die Frage zu erweitern, ob die Gruppe stabil genug ist oder zur Regression (im Sinne der Überforderung des Ichs) neigt, und ob der aufzunehmende Jugendliche zum Typ O. der Indikation im Grenzbereich gehört. Auch mehrere Kinder des Typs O. sorgen für eine kaum zu steuernde Dynamik in der Stationsgruppe.

4 Fallbeispiele

4.1 Typ des „Oppositionellen“

Ein Beispiel für einen Jugendlichen des Typs O. ist der 15-jährige Gerd. Er kommt zu uns, weil er den Schulbesuch mit depressivem Rückzug verweigert, Kontaktprobleme hat, mutistisches Verhalten und aggressive Durchbrüche zeigt. Auffallend ist eine starke Initiativlosigkeit. Gerd ist in seinen Ich-Fähigkeiten und altersentsprechenden sozialen Kompetenzen stark retardiert. Er ist in eine pathogene Interaktion mit seiner Mutter verstrickt. In dieser Interaktion delegiert die Mutter ihre aggressiven und triebhaften Impulse auf ihren Sohn. Er soll sie leben, damit sie diese kontrollieren kann, ihren Sohn dann aber zur Ordnung ruft und steuert. Gerd bleibt auf diese Weise an die Mutter gebunden. Dies betrifft im besonderen seine wahrnehmenden und steuernden Ich-Anteile, die die Mutter übernommen hat. Er verfügt auch nach der räumlichen Trennung von der Mutter nicht darüber, da sie nicht entwickelt wurden. Diese so eindeutige ich-strukturelle Störung in Verbindung mit dem adoleszenten Konflikt von Abhängigkeitswünschen und Selbstständigkeitsstrebungen und dem Interesse der Mutter ihn an sich zu binden, läßt ihn latent verwahrlost, einhergehend mit starken depressiven Anteilen auch latent suizidal erscheinen. Bisher hat Gerd mit Gruppen Gleichaltriger keinen Kontakt gehabt, er wurde meistens nur gehänselt.

In der Vorschaltambulanz erscheint Gerds Motivationsmangel nicht so gravierend, so daß einer Aufnahme zugestimmt wird. Es stellt sich recht rasch heraus, daß seine Motivation für eine Behandlung nicht ausreicht. Es kommt zur Unterbrechung der Behandlung, die Gerd mit grobem grenzüberschreitendem Verhalten auch erzwingt. Bei erneuter Vorstellung zeigt sich seine Motivation als ausreichend für einen erneuten Behandlungsversuch. Sein Bemühen um Mitarbeit zeigt jetzt, daß er etwas erreichen möchte, auch entwickelt er positive Kontakte zu

anderen Jugendlichen. Seine Unfähigkeit zur Eigeninitiative wird in anlehnendem Verhalten an die Aktionen der anderen Jugendlichen deutlich, was sogar einen Schulbesuch in einer öffentlichen Schule ermöglicht. Dies ist für Gerd ein großer Schritt, und in der therapeutischen Arbeit tauchen zunehmend Wünsche nach Eigenständigkeit auf. Parallel zu dieser positiven Entwicklung besteht weiterhin eine intensive Beziehung zur Mutter. Sie wird von ihm mit kleinen und größeren Aufregungen per Telefon beliefert, was wir erst bemerken, als uns aufgeregte und besorgte Anrufe der Mutter erreichen. Insgesamt arbeitet Gerd konstruktiv und seinen Möglichkeiten entsprechend mit.

Dies ändert sich, als die Stationsgruppe durch Entlassungen und Neuaufnahmen verändert wird. Es bleibt zunächst unbenutzt, daß mehrere in der Problematik ähnliche Jugendliche aufgenommen wurden. Die Inanspruchnahme der pädagogischen Betreuer im Sinne der präöipal versorgenden Mutter fällt auf, als zunehmend mehr von der Ansprüchlichkeit der Jugendlichen gesprochen wird und deren emotionale Defizite besonders bemerkt werden. Es kommt zu einem sich steigernden regressiven Sog. Gerd verletzt sich in dieser Zeit und wird damit für 4 Wochen zur Passivität verurteilt. Er symbolisiert jetzt für die anderen, daß er Anspruch auf Versorgung hat und auch bekommt. Gerd gibt sich stark und autonom, indem er ärztliche Anordnungen mißachtet, aber heftig protestiert, wenn es andererseits in der selbstverständlich erwarteten Versorgung nicht nach seinen Wünschen geht. Bei allen Gruppenmitgliedern steigern sich die Wünsche an die versorgende Mutter (Betreuer) aufgrund der Verletzungs- und Versorgungssituation Gerds. Die anderen greifen verstärkt zu körperlichen Beschwerden, die aber nicht so erfolgreich sind wie Gerds. Neben dem Erzwingen von regressiver Versorgung steht das Autonomiegehabe als Ausdruck der Unabhängigkeitswünsche. Minimalste Hinweise auf diese Gegensätzlichkeit und Anforderungen von Seiten der Erwachsenen werden als Autonomieeinschränkung und unzumutbar erlebt. Entsprechend entwickelt sich heftiger Protest, der in Beschimpfungen der Betreuer und mutwilligen Zerstörungen sowie Überschreitungen der Hausregeln endet. Die Erzieher geraten zunehmend unter Druck.

Sie sollen einerseits maßlos versorgen, andererseits werden sie gezwungen Grenzen zu setzen und zu kontrollieren, was erneuten Protest auslöst. Gerds Passivität (aufgrund seiner Verletzung) wird als eine Ursache für die schwierige Gruppensituation erkannt und es kommt zu einer Beurlaubung. Er wird wieder aufgenommen, nachdem er in der Lage ist, sein Behandlungsprogramm fortzusetzen. Zu diesem Zeitpunkt geschieht etwas, das Auslösecharakter für die oppositionelle Gruppendynamik hat. Bei einem Zwist zwischen 2 Jugendlichen greift der eine zu einem von allen anderen empört verurteilten Mittel (Entwenden eines Übergangsobjekts), um sein Recht zu erzwingen. Die Empörung der Jugendlichen wendet sich gegen die Erzieher, denen es nicht gelingt, diesen Zwist zu schlichten und den Jugendlichen zu bestrafen. Die Unterversorgung der regressiven Bedürfnisse wird den Erziehern vorgeworfen und der sich daraus ergebende Protest eskaliert in destruktiven Aktionen gegen Sachen.

Gerd ist in dieser Situation nicht in der Lage sich zu steuern bzw. steuern zu lassen, so daß nur seine Isolierung (Beurlaubung) und auch die anderer Gruppenmitglieder die Situation entspannt. Auch bei den anderen handelt es sich um eine ähnliche individuelle Psychodynamik, die mit der oppositionellen Gruppendynamik korrespondiert. Nicht beteiligt sind diejenigen Jugendlichen, die ihrer individuellen Dynamik entsprechend reifere und/oder andere Bewältigungsmöglichkeiten haben.

Steuernde Interventionen, die ein Ausufern verhindern könnten, waren hier nicht möglich. Es ist die Frage, ob es für die ge-

schilderte Dynamik passende Interventionen gegeben hätte, die ein Ausufern hätten verhindern können. Für die beteiligten Mitarbeiter war der nötige Abstand verloren, der zum Erschließen von Interventionsmöglichkeiten nötig gewesen wäre. Zudem wurde im Nachhinein deutlich, daß sich die Mitarbeiter vom Therapie- und Realraum spalten ließen. Es bestand eine Rivalitätsdynamik um den besseren Umgang mit den Jugendlichen. Die Mitarbeiter des Therapieraums vertraten die Meinung, daß die Pädagogen nicht genügend Verständnis zeigten und nicht ausreichend zur Verfügung standen. Die Mitarbeiter des Realraums erlebten die Grenze ihrer Belastungsmöglichkeiten und meinten, die Therapeuten hätten einen bequemen Job und gut reden, da sie es immer nur mit einem Jugendlichen zur Zeit zu tun hätten. Der Stationsarzt, der integrierend vermitteln sollte, befand sich zwischen allen Fronten; eine nicht zu bewältigende Aufgabe.

Daß die Jugendlichen auch die Rivalität der Mitarbeiter erfaßt hatten, zeigte sich in der Idealisierung der Therapeuten und Entwertung der Pädagogen. Sie erfuhren durch die Rivalität der Mitarbeiter Unterstützung in ihrem oppositionellen Verhalten, da auch die „guten“ Therapeuten den „bösen“ Pädagogen gegenüber dieses Verhalten verteidigten. Diese Unterstützung hatte zur Folge, daß selbst minimale Überich-Anteile bei den Jugendlichen aufgehoben wurden. Partiiell war damit das ausufernde Verhalten der Jugendlichen auch vom Gefühl der Rechtmäßigkeit getragen.

4.2 Typ des „Sich-selbst-schädigenden“

Zum Typ S. gehört der 14jährige Rolf. Er hat Kontaktängste und neigt zu aggressiven Durchbrüchen, er ist in seiner psychischen Entwicklung retardiert. Vor der Aufnahme bei uns war er bereits ein Jahr in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik. Bei Rolf handelt es sich diagnostisch um eine Borderline-Störung mit extrem niedriger Frustrationstoleranz und der typischen Neigung zu spalten. Er fühlt sich bedroht, wenn von ihm etwas gefordert und ihm etwas verweigert wird. Näheangebote vermag er nur aggressiv abzuwehren. Kümmert sich keiner um ihn, fordert er dies aggressiv. Er ist seit seinem 8. Lebensjahr in einem Heim, dort bestanden gelegentliche Kontakte zur Mutter, bei der er bis dahin gelebt hatte. Sein aggressives Verhalten war Anlaß für die Einweisung in die Psychiatrie und die dortige Entscheidung, ihn längerfristig in unsere Klinik zu überweisen.

Es fällt bald auf, daß er neben den genannten Schwierigkeiten keine Beziehung zu seinem Körper und den ihn direkt umgebenden Dingen hat. Chaos und Gestank breiten sich immer wieder in seinem Zimmer aus, weil er vieles sammelt und hortet. Zu Beginn nimmt er keinen Kontakt zu Gleichaltrigen auf und wendet sich ausschließlich an die Betreuer. Erst nach längerem ist es ihm möglich zu Gleichaltrigen oberflächlichen Kontakt herzustellen, seine Kontaktwünsche bleiben vorrangig an die Betreuer gerichtet. Rolf vermag zu fordern, was anderen des Typs S. weniger möglich ist. Seine Forderungen sind aber dermaßen aggressiv, daß sie latent den Wunsch nach Ablehnung beinhalten. Er erfährt so ständig die Bestätigung, daß er schlecht und böse sei. Gleichzeitig ist ihm der Kontakt zu den Betreuern wichtig, auch wenn er nur negative Beziehungen herstellt. Positive Beziehungssituationen schafft er recht schnell über erneute aggressive Forderungen aus der Welt. Auf dieser Ebene entwickelt sich eine intensive Beziehung zu bestimmten Betreuern, was ihn vor anderen selbstschädigenden Aktionen schützt.

Entwickelt sich in der Gruppe Unzufriedenheit im Sinne der oppositionellen Dynamik, bleibt Rolf davon absolut unberührt. Es scheint ihm jegliche Wahrnehmung dafür zu fehlen. Den-

noch reagiert er darauf, indem er sich zurückzieht und um eine positive Beziehung zu den Erziehern bemüht ist. Seine sonst drohende Forderungshaltung vertritt jetzt die Gruppe, und er selbst zeigt eine fast sorgend empathische Beziehung zu den Erziehern. Die reduzierten Möglichkeiten an Zuwendung von seiten der Erzieher scheinen ihm ausreichend Distanz zu gewähren. Die Verhältnisse haben sich verkehrt: So wie Rolf sich sonst verhielt, verhält sich jetzt die Gruppe, was ihm ermöglicht, sich relativ angemessen zu verhalten. Es entsteht der Eindruck, daß Rolf nun seine für ihn wichtigen Personen/Objekte durch die aggressiven Äußerungen der Gruppe bedroht sieht und sie durch anspruchloses eigenes Verhalten zu schützen versucht. Hierzu gibt es auch eine genetische Entsprechung aus der frühesten Kindheit. Rolfs Verhalten wiederholt sich in mehreren Situationen einer oppositionellen Gruppendynamik.

5 Abschließende Überlegungen

Man könnte vermuten, daß die unterschiedliche Pathogenese Ursache für das verschiedenartige Verhalten dieser beiden Jugendlichen ist. Es gibt aber in dieser Hinsicht wenig Gemeinsamkeiten zwischen den beschriebenen Typen. Es gibt lediglich eine psychische Entwicklungssituation, die den Typ O. und S. im Prozeß einer Gruppendynamik unterschiedlich reagieren lassen. Der 15jährige Gerd ist ein gutes Beispiel für Typ O. da er die Gruppe zunächst positiv nutzen kann und erst, als sich eine oppositionelle Dynamik entwickelt, sich gegen den regressiven Sog nicht mehr wehren kann. Seine Einstellung gegenüber der präödpalen Mutter läßt ihm keine andere Wahl, als sich dem Sog der Gruppe anzuschließen und gegen die böse Mutter (Erzieher) mit der Gruppe zu Felde zu ziehen. Die neue Mutter (Gleichaltrigengruppe) bietet genügend Halt, um loslösende aggressive Bestrebungen zu leben. Auf diese Weise schafft er es innerlich wie äußerlich Distanz zur Mutter zu halten. Die Rivalität zu den Gleichaltrigen braucht er nicht mehr zu fürchten, da sie jetzt Teilaspekte der neuen guten Mutter sind, die seinem narzißtischen Bedürfnis entsprechen.

Betrachtet man den Gruppenprozeß, so gibt es Entsprechungen, die diesem Jugendlichen entgegenkommen. Es gibt in der Gruppe eine einverständliche Norm mit den Betreuern zusammenzuarbeiten. Es besteht zunächst eine ausgeglichene Gruppensituation, die durch Weggang und Neuzugang von Jugendlichen aus dem Gleichgewicht gerät. Die neue, notwendige Auseinandersetzung um die Hierarchie und Ordnung in der Gruppe mit der entsprechenden Normenbildung findet nicht im Sinne eines gruppenstiftenden Prozesses statt, da die Gruppe mit mehrheitlichen Typen O. zu differenzierenden Mehrpersonenbeziehungen kaum in der Lage ist. Anstelle dessen wird, für O. angemessen, die bereits genannte Gruppensituation hergestellt. Die Gruppe des Typs O. ist vor allem durch die offene Gruppenstruktur beunruhigt, die von Angst geprägt wird und für sie kaum auszuhalten ist. Die Gruppe hat noch kein gemeinsames Ich und Überich, sie ist nicht überschaubar und zu fassen. Deshalb greifen die Jugendlichen des Typs O. bald zu grenzüberschreitendem Verhalten, um damit ihre Angst in den Griff zu be-

kommen, in dem sie sich ein reagierendes Gegenüber schaffen. Die sofortigen Reaktionen der Betreuer sind grenzsetzend, verbotend und damit strukturstützend. Die Reaktion der Gruppe zeigt sich als Solidarität dem bösen Gegenüber, da auf der Oberfläche Versagung erlebt wird. Die Auseinandersetzung unter den Jugendlichen ist nun nicht mehr erforderlich. Hierarchische und normensetzende Gruppenbildung ist nicht erforderlich, denn das dyadische Muster ist an Stelle einer differenzierten Gruppenstruktur getreten. Dem Bösen (Betreuergruppe) gegenüber gibt es keine steuernden Ich- und Überich-Forderungen, sondern nur Ablehnung und Entwertung. Die im weiteren Gruppenverlauf auftretenden Differenzen (siehe Fall Gerd) entstanden wiederum aus der Jugendlichengruppe heraus in Beziehung zur Betreuergruppe. Damit wird wieder für die Aufrechterhaltung des dyadischen Musters der Spaltung gesorgt.

Im Vergleich der frühen Objektbeziehungserfahrungen lassen sich die Unterschiede der Verarbeitung der präödpalen pathogenen Beziehung beider Typen erklären. Typ O. erlebte meist triebfreundliche und -bejahende Objektbeziehungen. Das Ausmaß an Versagung war geringer. Diese fehlende Eingrenzung der Triebabürungen führte zur geringeren Entwicklung steuernder und adaptiver Ich-Fähigkeiten. Dieser triebfreundliche Lebensraum der frühen Jahre war garantiert und gebunden durch und an die Mutter. Sie ist die sehnüchtlig gesuchte gute Mutter. Die böse Mutter wurde früh auf andere projiziert. Immer ist die Koalition mit der guten Mutter notwendig, um sich im triebfreundlichen Lebensraum zu fühlen und die störenden aggressiven Triebe aus der Koalition herauszuhalten. Es ist nicht die Aggression, die gefürchtet wird, sondern mehr die Unlust, die dann subjektiv berechnete destruktive Aggressionen auslöst. D.h., daß so Unlusterleben aus der Koalition mit der Mutter herausgehalten wird. Die in der Adoleszenz auftretenden Ablösungsbestrebungen und die sozialen Erwartungen der Umwelt an den Adoleszenten verschärfen den schon vorhandenen Konflikt in unerträglicher Weise. Sie gefährden die Koalition mit der guten Mutter, die jetzt in der geschilderten Art und Weise zu erhalten versucht wird. Diese Gefahr erleben Jugendliche als von außen kommend, so daß sie auch immer mit denen kämpfen, die ihnen zu große Unlust bereiten, bzw. ihre Ich-Fähigkeiten überschätzen. Bei Gerd ist es zu keiner ausreichenden Verinnerlichung der primären Objekte gekommen, so daß die Auseinandersetzung zwischen Subjekt (Trieb) und Objekt (Ich, Überich) noch in der Interaktion verbleibt. Es gibt keinen inneren Dialog, da das Gegenüber immer wieder eher als außen erlebt wird.

Beim Typ S. sind in der Entwicklung triebfeindliche und übermäßig ambivalente Objektbeziehungen (Mahler 1980) erfahren worden. Aus diesen entwickelt sich dann Angst vor, bei gleichzeitig enormen Wünschen nach Nähe. Die Gefährdung des primären Objekts durch übermäßige aggressive Strebungen ist bewältigt worden, indem sie auf das Selbst verlagert wurden. So blieb das präödpale Objekt idealisiert und ständig gut. Die Koalition mit der guten Mutter und Projektion der bösen

Mutter ist hier nicht möglich, da zum einen die autistische Neigung vorhanden ist, zum anderen die primären Objektbeziehungserfahrungen übermäßig versagend und die aggressiven Regungen objektvernichtend waren. Destruktive Aggressionen werden so als Ausweg gegen das Selbst gewendet und verhindern die Entwicklung steuernder und adaptiver Ich-Fähigkeiten in der Beziehung zum Selbst. Die Ich-Fähigkeiten gegenüber dem Objekt und der Umwelt sind meist besser als bei O., wenn häufig auch einseitig entwickelt. In vielen Fällen kommt bei diesen Jugendlichen eine überwertige Besetzung des Intellekts hinzu, die die abgewehrten triebhaften Erlebens- und Näheaspekte ersetzen. Der Intellekt wirkt übersteuernd und Distanz haltend. Bei Rolf fehlt diese Überbewertung des Intellekts. Im Verlauf seiner Behandlung kam es jedoch zu einer besonderen Bewertung der intellektuellen Fähigkeiten aufgrund anlehnenden und identifikatorischen Verhaltens. In anderen Fällen kommen asketisch anmutende Selbstquälereien vor, die wenig Raum lassen für eine Hinwendung zur äußeren Objektwelt. Bei Rolf steht die Suche des guten Objekts bei den Erwachsenen im Vordergrund und sein negatives Selbst (gleich böses Mutterobjekt) wird in der Vernachlässigung und Ablehnung seines Körpers dargestellt und bekämpft. Er handelt die pathogene Beziehung zur Mutter in dieser Form an seinem Körper ab. Im Gegensatz dazu vermag O. (Gerd) seine psychischen Konflikte mit der äußeren Welt abzuhandeln, da er sich von hier in seinem Erleben und Leben beeinträchtigt fühlt. Bei S. ist die äußere Welt hingegen hilfreich und ihre Forderungen werden als stützend erlebt. Dafür erscheint die innere Welt bedrohlich, die Bedrohung scheint hier ausschließlich von innen zu kommen.

Summary

Experience with Indications for Inpatient Psychotherapeutic Treatment of Children and Young People

Concerning experience with indications for inpatient psychotherapeutic treatment of children and young people, a pre-defined therapeutic framework combined with a therapeutic working agreement has proved to be of value. There are limits to the treatment of children and young people set by the framework itself and by the patient's ability to abide by a working agreement. Based on the interaction with patients whose disturbance can generally be described as pre-oedipal, two different types can be determined. They are defined and illustrated in case studies here.

The first can be called the „oppositional“ type, the second the „self-damaging“ type in particular represents a borderline case where indications for clinical treatment are concerned since these patients' tendency toward splitting of consciousness and projection exceed the bounds of therapy in a clinical therapy setting. Such a situation can come about very quickly if patients who share this

problem are brought together of if regressive group dynamics suited to such structural needs exist. In considering the indications for clinical treatment for such patients, the nature of the group in the particular ward must be considered if therapy is to be possible.

The patient group is less important as a factor when considering patients of the „self-damaging“ type. Such patients' structural needs are fulfilled in their relationship to the self. In considering indications involved in this type of disturbance, the degree of the self-damaging tendencies must always be considered as well as whether or not the open ward provides sufficient protection for such patients. The tie between patients and attendants is decisive since the latter can exercise a guiding and protecting function in the relationship with the patient. Such additional questions and modifications in the approach to indications are necessary in order to preserve the therapeutic framework and the ability of such children and young people to enter to a working therapeutic

agreement and finally to guarantee that these patients will receive adequate treatment.

Literatur

Erikson, E.H. (1974): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – *Freud, A.* (1968): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett. – *Kernberg, O.F.* (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Stuttgart: Klett. – *Mahler, M.S. et al.* (1980): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer. – *Sachsse, U.* (1987): Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Forum der Psychoanalyse 3/87: 51–70. – *Streeck-Fischer, A.* (1986): „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 35.

Anshr. d. Verf.: Walter Bauers, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, Abt. f. Kinder u. Jugendliche, 3405 Rosdorf 2.