

Vollmoeller, Wolfgang

Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 8, S. 286-291

urn:nbn:de:bsz-psydok-28782

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter

Von Wolfgang Vollmoeller

Zusammenfassung

Einige Grundprobleme, die mit der Verwendung des Krisenbegriffs im Jugendalter verbunden sind, wurden aufgezeigt. Dabei wurde erkennbar, daß sehr unbestimmte Bezeichnungen wie Reifungskrise, Adoleszentenkrise oder Pubertätskrise weder diagnostisch noch prognostisch eindeutig sein können und keine klare Indikation für psychiatrische Sofortmaßnahmen darstellen. Eine Beschreibung der klinischen Symptomatik sowie der situativen Gegebenheiten charakterisiert eine Notfallsituation in diesem Zusammenhang besser.

Die Beibehaltung des Krisenbegriffs als Zugangsmöglichkeit zu psychopathologischen Phänomenen bei Jugendlichen erscheint wenig sinnvoll, da sie einerseits der Betrachtung von psychischen Konflikten oder Notfällen nicht gerecht wird und andererseits gegenüber einer normalen Entwicklung wenig differenziert. Aus unserer Sicht wären offizielle Stellen immer noch weit überfordert, wenn sie bei den vielfältigen aktuellen Lebensproblemen Jugendlicher ständig einsatzbereit sein müßten, um den Erfordernissen einer optimalen Krisenintervention zu genügen. Hier muß primär auf Hilfen aus der unmittelbaren Umgebung zurückgegriffen werden.

Einführung

Die Entwicklung des Menschen von der Kindheit zum Erwachsenenalter war Gegenstand vieler entwicklungspsychologischer Untersuchungen. Dabei wurden die Fragen nach den biologischen, seelischen und kulturellen Dimensionen dieses Vorgangs oft auf dem Hintergrund der Frage diskutiert, was hier überhaupt unter Entwicklung zu verstehen sei. Ein allgemeiner bzw. gemeinsamer Entwicklungsbegriff konnte jedoch bisher weder für diesen bestimmten Entwicklungsabschnitt der Jugend noch für die Entwicklungspsychologie in ihrer Gesamtheit entwickelt werden (vgl. Trautner, 1978, S. 11f.).

Im Rahmen der Beurteilung vielfältiger Einflüsse auf den Entwicklungsvorgang beim jungen Menschen wurde auch häufig die Bedeutung von sog. Reifungs- oder Entwicklungskrisen herausgestellt und wissenschaftlich untersucht (vgl. Meyer, 1972, Remschmidt, 1975). Jedoch nicht nur in der Fachliteratur, sondern insbesondere auch in der täglichen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Jugendberatungsstellen und Behörden trifft man im Zusammenhang mit den vielfältigen Problemen Jugendlicher und Heranwachsender sehr häufig auf die Bezeichnungen Pubertätskrise oder Adoleszentenkrise, die dann nicht selten auch

die Bedeutung einer medizinischen Diagnose erlangen. Einer einheitlichen und sinnvollen Verwendung dieser Begriffe stellen sich jedoch erhebliche Probleme entgegen, die von den angesprochenen Stellen vielfach übersehen werden. Auf sie soll hier näher eingegangen werden.

Begriffliche Probleme

Die Einführung des heutigen Konzepts der Krise in medizinisch-psychologische Sachverhalte begann erst in den letzten Jahrzehnten und stellt damit ein relativ junges Phänomen in der Betrachtung von Ereignissen dar (vgl. Cullberg, 1978, Aquilera, Messick, 1980). Während die antike Medizin in Krisen entscheidende Wendepunkte (Höhepunkte) einer bestimmten Krankheit sah, erfolgte mit der neueren Verwendung zugleich eine irritierende Ausdehnung des Krisenbegriffs auf die unterschiedlichsten psychosozialen Phänomene und menschlichen Lebensbereiche. Die damit verbundenen Probleme theoretischer und praktischer Art zwangen notwendigerweise zu Versuchen, Krisen im medizinisch-psychologischen Rahmen möglichst verständlich zu beschreiben. Häfner (1974) nennt Krise einen nicht durch Krankheit erklärbaren Verlust des seelischen Gleichgewichts, hervorgerufen durch einen äußeren oder inneren Anlaß oder durch das Zusammenwirken beider. Diese an einem Balance-Modell orientierte Sichtweise impliziert dann die Möglichkeit evtl. Autonomieverluste, die zu bestimmten psychischen Krankheiten bei den Betroffenen führen. Ciompi (1979) definiert Krisen als zeitlich begrenzte Ausnahmesituationen, die sich durch die Infragestellung der gewohnten Reaktions-, Adaptions-, und Abwehrmechanismen auszeichnen und deshalb in erhöhtem Maße zu psychischen Störungen führen können. Nach Bochnik und Richtberg (1978) sollten als Krise nur diejenigen lebensgeschichtlichen Entscheidungs- und Wendepunkte bezeichnet werden, die zum ärztlichen Handeln unter der Perspektive der Gestaltung einer lebenswerten und persönlich akzeptierbaren Zukunft auffordern. Haase (1978) begreift schließlich den Begriff der Krise insbesondere als einen Kommunikationsbegriff in der Sprache zwischen Arzt und Patient. Dabei läßt er jedoch offen, ob beide Personen im Endeffekt dasselbe meinen, wenn sie von Krisen sprechen.

Allgemein wird die Krisensituation in der Psychiatrie als eine besondere notfallartige Situation verstanden, die ein schnelles und sinnvolles Management erfordert. Dieses besondere Reagieren auf eine Krise trägt inzwischen allgemein die Bezeichnung Krisenintervention. Obwohl dieses allgemeine Theoriekonzept die Psychiatrie in den letzten Jahren enorm bereichert hat, konnte leider nie die er-

wünschte begriffliche Klarheit geschaffen werden (*Häfner*, 1978, *Aquilera*, *Messick*, 1980). Es bleibt hier letztlich nur eine programmatische Begriffsvorstellung, die von verschiedenen Fachgruppen unterschiedlich gesehen und behandelt wird. Nicht zuletzt hat die Randunschärfe zwischen den Begriffen Notfall und Krise viele unbeantwortete Fragen aufgeworfen. Die multidisziplinäre Versorgung und die Teamarbeit in Krisen- oder Notfallsituationen werden schließlich nicht selten durch Schwierigkeiten im Umgang mit dem Krisenbegriff selbst erschwert.

Die Verwendung des Krisenkonzepts im Kontext der jugendlichen Entwicklung führte auch hier zu dem Bedürfnis, charakteristische Krisenmerkmale in der Jugendzeit zu erarbeiten, um das Typische einer Pubertäts- oder Adoleszentenkrise zu erfassen. Damit wurde eine Fülle neuer Fragen aufgeworfen, deren Beantwortung nur im Zusammenhang mit der Diskussion von Gültigkeit und Brauchbarkeit des Krisenbegriffs im Jugendalter möglich sein kann.

Einer Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen (vgl. u.a. Übersichtsarbeit von *Remschmidt*, 1975) war gemeinsam, daß an dem o.g. Konzept des Krisenbegriffs im Grundsatz auch hier festgehalten wurde. Eine Krise bezeichnet in diesem Sinne auch bei jungen Menschen eine Situation, die durch eine unmittelbare Gefährdung gekennzeichnet ist. Im Vordergrund steht auch hier das situative Fehlen von angepaßten Lösungsmechanismen und Hilfen für die betroffene Person des Jugendlichen. Dabei wurde immer wieder diskutiert, ob Belastungen, Probleme oder Schwierigkeiten im Alltag schon im Grunde ihres Wesens in diesem Sinne krisenhaft sein können. *Meyer* (1962) verlangt in diesem Zusammenhang für die Benutzung der Bezeichnung Pubertätskrise nicht nur die zeitliche Koinzidenz, sondern auch eine nachweisbare ursächliche Beziehung zwischen seelischer Verfassung und typischen Merkmalen des Lebensabschnittes.

Einen breiten Raum nahm weiterhin die Frage ein, ob bereits der allgemeine Gesundheitszustand von Jugendlichen als besonders kritisch angesehen werden müßte (*Stern*, 1956, *Meyer*, 1975, *Remschmidt*, 1975, *Langen*, 1977). Dabei zeigte sich, daß der körperliche Allgemeinzustand von Jugendlichen gegenüber anderen Altersgruppen eher besser einzuschätzen ist, während psychische Krankheiten bevorzugt in dieser Zeit auftreten. Diese Erkenntnis hat die Vorstellung beflügelt, Adoleszenz bzw. Pubertät ganz allgemein schon als Krisenzeiten anzusehen und in diesem Sinne besonders herauszuheben. Durch die Verwendung in vielerlei anderen Zusammenhängen wurde der Krisenbegriff insgesamt zum Schlagwort, ohne daß eine begriffliche Klarheit erzielt worden wäre. Gerade hier erscheint jedoch die Präzisierung notwendig, um den institutionalisierten Umgang mit Notfällen und Krisen zu vereinfachen. Unklare Aufgabenverteilung, die Diffusion der Rollen einzelner Mitarbeiter, Schwierigkeiten in der Konzeptualisierung behördlicher Hilfen, Festlegung von Fachkompetenzen und Entscheidungskriterien für den Einsatz von Krisenteams sind nicht zuletzt wesentlich bestimmt durch Mängel in der Begriffsbestimmung.

Leider begegnen wir ähnlichen Schwierigkeiten in der Verwendung der Wörter Pubertät und Adoleszenz, da es

keinen einheitlichen Gebrauch dieser Termini im deutschen Sprachraum gibt. Das Wort Pubertät (häufig auch Pubeszenz) läßt sich ableiten vom lateinischen Ursprung *pubertas* und meint etwa das Alter der Mannbarkeit, die Manneskraft etc. Das Wort Adoleszenz kann vom lateinischen *adolescens* abgeleitet werden und bezieht sich auf die Aspekte heranwachsend, aufwachsend, heranreifend etc. Obwohl die Bezeichnung Pubertät mehr auf den biologischen Aspekt der Entwicklung hinweisen könnte und Adoleszenz eher den soziokulturellen Rahmen der Entwicklung zu betonen scheint, läßt sich eine exakte Trennung nicht vollziehen. Bezüglich einer gegenseitigen Abgrenzung in zeitlicher Hinsicht stößt man ebenfalls auf einen sehr uneinheitlichen Gebrauch. Die Zuordnungen im chronologischen Sinne sind hier:

1. Pubertät und Adoleszenz beziehen sich auf den gleichen Entwicklungsabschnitt, der jedoch im einzelnen reifungs- und geschlechtsbedingt unterschiedlich früh einsetzen und enden kann (synonymer Gebrauch).
2. Die Zeit der Pubertät wird gefolgt von dem Adoleszentenalter als weiteren späteren Lebensabschnitt des Heranwachsenden (Aufeinanderfolge).
3. Die Pubertät steht einleitend am Anfang des zeitlich umfassenderen Lebensabschnittes der Adoleszenz (Ineinanderschachtelung).

Auch der Beginn dieser Entwicklungsabschnitte ist nicht ganz eindeutig festzulegen. Die Frage nach dem Pubertätsbeginn wird nicht selten mit dem Anfang der Ausprägung von Geschlechtsmerkmalen bei Jungen oder Mädchen beantwortet; nicht selten wird jedoch der Beginn auch mit dem Einsetzen von allgemeineren Wachstumsvorgängen (Wachstumsschüben) gleichgesetzt. Diese hormonell gesteuerten Veränderungen beginnen dann bekanntlich in unserer Kultur bei Mädchen etwa 2 Jahre früher als bei Jungen. Zur Bestimmung einer abgeschlossenen Pubertätsentwicklung wird der Eintritt der biologischen Fortpflanzungsfähigkeit genannt. Epiphysenschluß und allgemeiner Wachstumsstillstand definieren allerdings ebenfalls häufig das Ende dieser Zeit. Entwicklungsverzögerungen und Frühreife (sog. frühnormale Entwicklung) führen schließlich zu Extremvarianten des normalen Entwicklungsspektrums beim Jugendlichen und erschweren alle Ein- und Abgrenzungsbemühungen in diesem Lebensabschnitt (vgl. *Bierich*, 1975, *Stolecke*, 1978).

Die Beurteilung der psychosozialen Entwicklung orientiert sich häufig an speziellen diagnostischen Fragen, wie z.B. Schulreife oder Berufsreife, unter Berücksichtigung der jeweiligen gesellschaftlichen Erfordernisse. Andere Aspekte wie Identitätsfindung, Ich-Stärke, Rollensicherheit oder Realitätsbezug im Verhalten sind andere Beurteilungskriterien in diesem Lebensabschnitt.

Psychosoziale Normen oder soziokulturelle Reifemerkmale ändern sich jedoch in wenigen Jahrzehnten oft sehr stark, so daß vorgegebene Orientierungshilfen bei der Beurteilung eines Falles nicht seltener zur Beurteilung der Sichtweise des Autors als zur Objektivierung des diskutierten Gegenstandes dienen (vgl. Kritik bei *Farnsworth*, 1974). Asynchrone psychosoziale Entwicklungen Jugendlicher im Sinne mangelnder Übereinstimmung in einzelnen Teilberei-

chen der Persönlichkeit erschweren die Beurteilung der Reife oft zusätzlich erheblich.

Während die körperlichen Reifemerkmale und deren Normvarianten medizinisch noch relativ gut abzugrenzen sind, läßt sich die seelisch-geistige Reife letztlich immer nur unscharf bestimmen. Die Frage, wann Reife beim Jugendlichen eingetreten sein könnte, enthält viele problematische Aspekte. *Neidhardt* (1970, S.24) zählt zum Muster einer reifen Persönlichkeit folgende Merkmale und Fähigkeiten:

1. Das richtige Erkennen der jeweiligen Umwelt, ihrer Forderungen, Chancen, Probleme und Bedingungen (kognitiver Erkenntnisaspekt),
2. der Besitz von technischen Fähigkeiten, um die fundamentalen Forderungen und Angebote der Umwelt bewältigen zu können (instrumentaler Leistungsaspekt),
3. soviel Solidarität mit der Umwelt und Gesellschaft, in der ein Mensch lebt, daß er sich ihren unabdingbaren Ordnungen verpflichtet fühlt (emotionaler Beziehungsaspekt),
4. Kontrolle und Einrichtung eigener Bedürfnisse und der übernommenen sozialen Rollen in der Weise, daß der Betroffene sie als irgendwie sinnvolle Bestandteile seiner selbst, als Elemente der Identität, erkennen und behaupten kann (psychosozialer Integrationsaspekt).

Diese Grundzüge einer ausgereiften Persönlichkeit können nur als Teilaspekt unter vielen anderen weiteren Eigenschaften angesehen werden. Keine Definition dürfte der Komplexität des Gegenstandes der psychosozialen Reife gerecht werden.

Jugendpsychiatrische Probleme

Das Grundkonzept von Reifungskrisen im Jugendalter geht insbesondere auf *E.H. Erikson* (1970) zurück. Er konzipierte über die frühkindlichen Phasen im Freudschen Sinne hinaus weitere Stufen der menschlichen Entwicklung unter deren besonderen psychosozialen Gegebenheiten. Mit seinen Ausführungen über normale krisenhafte Reifungsstufen wird das Krisenkonzept auf alle Lebensphasen mehr oder weniger ausgedehnt und insbesondere anhand von Identitätskrisen in der Jugendzeit aktualisiert. Mit der doppelten Verwendung der Bezeichnung Krise im Bereich von psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit verliert der Krisenbegriff allerdings an Aussagekraft und Klarheit. Eine Verwendung ohne weitere Erläuterungen und Beschreibungen der tatsächlichen Gegebenheiten des Einzelfalls wird hier schon im Grundsatz nicht mehr tolerierbar.

Während Erikson in diesem Sinne die Adoleszenz als eine „normative“ Krise, als eine normale Phase vermehrter Konflikte, ansieht (*Erikson*, 1965), spricht hier *Meyer* (1975) von „autochthonen“ Reifungskrisen, die von einer hohen Spontanremission gekennzeichnet seien. Falls eine Spontanheilung ausbleibe, könnten Reifungskrisen dieser Art vielfach als Initialstadien von Neurosen angesehen werden (vgl. *Meyer*, 1962). Nach *A. Freud* (1960) unterscheidet sich die Reifungskrise von der Neurose insbeson-

dere durch die fehlende oder unabgeschlossene Verdrängung und einen dadurch bedingten Mangel an Ersatzbefriedigungen. *Nissen* (1976) spricht von einer „normalen krisenhaften Pubertät“ ohne scharfe Abgrenzung von eigentlichen Pubertätskrisen im Sinne abnormer Entwicklungen in der Jugendzeit. Diese Sichtweisen führen weit hinein in den Bereich ubiquitärer menschlicher Krisen schlechthin. Eine Abgrenzung zwischen normalen und unnormalen Krisen ist hier mit der nötigen Klarheit nicht mehr möglich.

Juvenile Verhaltensstörungen, Psychosyndrome in der Adoleszenz bzw. psychopathologisch relevante Entwicklungsprobleme im Jugendalter wurden nicht nur aktuell unter dem Gesichtswinkel von Krisen gesehen, sondern insbesondere auch häufig im Hinblick auf Verlauf und Prognose untersucht. Dabei hat sich in Verlaufsbeobachtungen immer wieder sehr eindeutig gezeigt, daß in der Weiterentwicklung problematischer Pubertätsverläufe erst viele Jahre später überhaupt medizinische Diagnosen gestellt werden konnten (*Meyer*, 1962, *Langen*, *Jaeger*, 1964, *King*, *Pittman*, 1969). Kinderneurotische Symptome verstärken sich auch nur in den seltensten Fällen in der Zeit des Jugendalters, so daß in diesem Zeitraum ebenfalls kaum medizinische Klärungen vorangegangener Entwicklungen der Kindheit zu erwarten sind (vgl. *Meyer* 1980). So unterschiedlich sich Psychodynamik und Symptomatik des jugendlichen Erlebens und Verhaltens noch entwickeln können, so vielfältig sind auch noch die vorläufigen Charakterisierungsmöglichkeiten. Nur in den seltensten Fällen kann im Jugendalter Klarheit über ein psychopathologisches Syndrom mit der Stringenz gewonnen werden, wie wir sie in anderen Lebensabschnitten gewohnt sind.

In der folgenden Zusammenstellung sind beispielhaft einige der „kritischen“ Syndrome des Jugendalters zusammengestellt. Jedes der hier aufgelisteten Krankheitsbilder könnte uns als jugendpsychiatrische Krise begegnen.

Reifungskrisen der Adoleszenz nach *Meyer* (1962):

1. Depersonalisationssyndrom
2. Jugendliches Weglaufen
3. Pubertätsmagersucht

Adoleszenzkrisenverläufe nach *Döbert* und *Nunner-Winkler* (1975):

1. Lösungskrise
2. Identitätskrise

Psychosyndrome in der Adoleszenz nach *Remschmidt* (1975):

1. Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens
2. Identitätskrise
3. Autoritätskrise
4. Depersonalisationssyndrome
5. Pubertätshypochondrie
6. Konversionssyndrome
7. Zwangssyndrome
8. Narzistische Krisen und Suizidversuche
9. Anorexia nervosa und Pubertätsfettsucht

10. Neurotische Dissozialität und Delinquenz
11. Persönlichkeitsstörungen (auch Psychopathien)
12. Drogenabhängigkeit
13. Psychosen

Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung nach *Nissen* (1976):

1. Autoritätskrisen (Vaterprotest, Weglaufen)
2. Identitätskrisen (depressive Verstimmung, Suizidversuche und Suizide, psychogene Anfälle, Entfremdungserlebnisse)
3. Störungen der psychosexuellen Entwicklung und beginnende Sexualneurosen (Pubertätsaskese, exzessive Onanie, Homosexualität bei Jungen, Inzest, vorzeitige und häufig wechselnde sexuelle Beziehung beim Mädchen, Exhibitionismus, Fetichismus, Transvestitismus).

Krisenhafte Pubertätsverläufe nach *Langen* (1977):

1. Krisenhafte Pubertätsentwicklung durch Milieuschäden
2. Karikierte Pubertätsentwicklungen
3. Pubertätskrisen durch Diskrepanz zwischen Leistungsfähigkeit und geforderter Leistung.
4. Pubertätskrisen als Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung
5. Zwangssyndrome während einer Pubertätskrise
6. Puberale Akzentuierung von Persönlichkeitsstörungen
7. Initiale Schizophrenie mit den Symptomen einer Pubertätskrise

In der inhaltlichen Darstellung der hier nur übersichtartig beschriebenen krisenhaften Zustände bei Jugendlichen werden zum Teil sehr unterschiedlich Informationen und Maßstäbe zugrunde gelegt. Die formale Logik der Entscheidung für ein umschriebenes Krankheitsbild ist leider sehr uneinheitlich (vgl. hierzu *Kendell*, 1978, S. 23 ff.). Gerade über die Problematik und Notwendigkeit, in der Psychopathologie zu einheitlichen Aussagen zu gelangen, wurde jedoch in den letzten Jahren intensiv diskutiert (vgl. *Keupp*, 1979). Dabei wurde immer wieder erkennbar, daß Bezeichnungen für psychische Phänomene und Krankheiten im Grund lediglich durch ihre Brauchbarkeit gerechtfertigt sind und jederzeit abgeändert oder aufgegeben werden sollten, falls durch die Verwendung der Begriffe Verständigungsschwierigkeiten oder diagnostische Unklarheiten aufrecht erhalten werden. Da sich eine Abtrennung von Reifungskrisen zum lebensbedrohlichen psychiatrischen Notfall hin ebensowenig vollziehen läßt wie zur Seite der normalen problemhaften Entwicklung bei Jugendlichen, bleiben quantitativ und qualitativ die Beurteilungskriterien einer Krise im Jugendalter leider unscharf und diagnostisch wenig relevant. Im Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten von 1975, welche sich an der 8. Revision der International Classification of Diseases (ICD) der WHO orientierten, wird mit Recht auf die Verwendung und Beschreibung von Reifungskrisen im engeren Sinne verzichtet (*Degkwitz*, *Helmchen*, *Kockott*, *Mombour*, 1975). Auch die kürzlich erschienene und im jugendpsychiatrischen Bereich deutlich erweiterte und verbesserte 9. Revision der ICD umgeht konsequent die Beurteilung von Reifungskrisen als Störungen im Kindes- und Jugendalter (*Mombour*, 1980).

Aspekte der Intervention im Krisenfall

Welchen Ausprägungsgrad muß eine psychische Störung beim Jugendlichen haben, damit sie als kritisch angesehen werden kann? Was kann noch als normal bezeichnet werden? Wann beginnt der psychiatrische Notfall?

Diese Fragen werden von großer Wichtigkeit, wenn über die Indikation von intervenierenden Maßnahmen und Hilfen gesprochen werden soll. Wie wir bereits gesehen haben, bezeichnet Krisenintervention als Oberbegriff alle diejenigen Aspekte und Maßnahmen, die der Entaktualisierung des als kritisch angesehenen Zustandes dienen (vgl. auch *Pörksen*, 1970, *Reiter*, 1975, *Wolff*, 1976, *Häfner*, 1978 a).

Je nach Vorverständnis und Krankheitsmodell variiert die Vorstellung über psychische Krisen und deren Interventionsmöglichkeiten. Eine mehr somatische Sichtweise wird eher die körperlichen Sofortmaßnahmen betonen (*Kienle*, 1978), während ein psychosozialer Ansatz den Schwerpunkt der Intervention eher im sozialen Bereich fordern wird (*Lieb*, *Lipsitzsch*, *Slaby*, 1973). Dementsprechend könnten als jugendpsychiatrische Notfälle diejenigen Krisen angesehen werden, die eine sofortige Behandlung akuter Störungen durch die Ärzte erfordern, während psychosoziale Krisen in einem weiteren Sinne vorrangig durch die Notwendigkeit von Hilfen durch die Personen des psychosozialen Umfeldes charakterisiert wären. Der eigentliche jugendpsychiatrische Notfall wäre dann im Vergleich zu einer begrifflich weitergefaßten psychosozialen Krise sehr viel stärker durch die vitale Bedrohung und den Einsatz von Ärzten bestimmt. In jedem Fall muß jedoch einer Intervention das Bemühen um Feststellung der aktuellen Zustände und Dringlichkeiten vorausgehen. Damit wird die hypothetische Dichotomie in der Praxis bedeutungslos, da Notfalltherapie und Krisenintervention in gleichem Maße zuerst einmal eine Klärung der Sachverhalte voraussetzen. Dies wird ganz besonders jeder Praktiker bekräftigen können, der allzu häufig grundlos im Einsatz war. Es bleibt primär leider meist offen, wann Adoleszenzkrisen als Notfälle der Jugendpsychiatrie anzusehen sind bzw. die Intervention zur Sofortmaßnahme werden muß (vgl. *Remschmidt*, 1978).

In der Praxis machen in erster Linie Suizidversuche Jugendlicher ein schnelles Handeln notwendig.

Im Vorfeld sind situative Not, autodestruktive Tendenzen und Notsignale mit Appellfunktion nosologisch unspezifische Indizien für Sofortmaßnahmen (*Ringel*, 1953, *Pohlmeier*, 1978). Andere Konfliktsituationen im Sinne echter Notfälle lassen durch ihr akutes Erscheinungsbild wie psychomotorische Erregung, Verwirrtheit, Intoxikationszeichen oder aggressives Verhalten eine sofortige Hilfe indiziert erscheinen. Eine möglichst genaue Beschreibung der situativen Umstände, insbesondere aber eine Darstellung der psychischen und körperlichen Verfassung tragen nicht nur zu einer Vereinfachung der Indikationsstellung bei, sondern dadurch wird auch eine frühe fehlerhafte Diagnostik sowie eine unnötige Etikettierung und Psychiatriesierung von Betroffenen vermieden. Die Abhandlung, Festschreibung und Weitervermittlung eines Zustandes als psychische Krise dürfte wenig hilfreich sein. Die notwendigen Merkmale und Entscheidungshilfen werden sinnvollerweise unter Zeitdruck

im deskriptiven Sinne aus Sachverhalten gewonnen, die leicht feststellbar sein sollten (vgl. Herrmann, 1976). Ein wichtiger Teilaspekt ist hierbei die jeweilige Einheitlichkeit und Klarheit der Merkmale des psychischen Befindens von Betroffenen sowie der kritischen Situation. Allgemein Kriterien von Adoleszenz- oder Pubertätskrisen haben im Einzelfall keine operationale Bedeutung und fördern Fehleinschätzungen von Zuständen und Situationen. Nicht zuletzt bleibt klar, welche Berufsgruppe zuerst und vorrangig intervenieren sollte.

Die Diskussion des Krisenbegriffs im Jugendalter sollte weiterhin auch aus behördlicher Sicht heraus erfolgen. Die lebenspraktischen Schlußfolgerungen der Institute und Behörden aufgrund einer mißverständlichen Terminologie sind häufig belastender als die Unbestimmtheiten in der Intervention selbst. Kürzlich hat Förster (1979) aus praktischer Sicht auf die Bedeutung unklarer Fachbegriffe als Ursache behördlicher Fehlentscheidungen bei Jugendlichen hingewiesen. Bestimmte jugendpsychiatrische Bezeichnungen sollten bei Stellungnahmen gegenüber Instituten, Versorgungseinrichtungen und Behörden nicht kommentarlos verwendet werden, da sie leicht ungeklärte paramedizinische Sachverhalte festschreiben. In den Kanon der Begriffe möchten wir hier auch die Termini Adoleszentenkrise und Pubertätskrise einreihen, deren schillernde Verwendung in der behördlichen Praxis nicht selten unnötige und unzweckmäßige Maßnahmen der Gesundheitsbehörden herausfordert.

Im Rahmen einer allgemein zunehmenden psychiatrischen Versorgung rückt auch die berechtigte Forderung nach einer Verbesserung der akuten Hilfen für psychisch auffällige, geistig behinderte oder sozial vernachlässigte Kinder und Jugendliche mehr oder mehr ins Blickfeld. Leider wurde gerade in diesem Bereich der Ausbau entsprechender Einrichtungen mit Soforthilfen viele Jahre lang vernachlässigt. Eine unsystematische Anwendung und Ausweitung des Konzepts von Krisen bei Jugendlichen zum jetzigen Zeitpunkt und die parallel leider zu beobachtende Degradierung nichtprofessioneller Stellen im Vorfeld psychiatrischer Dienste birgt die große Gefahr einer Psychiatisierung von Reifungsproblemen bei fehlenden Interventionsmöglichkeiten in sich. Der weitaus größte Teil aller Hilfen in kritischen Situationen des Lebens muß weiterhin im Netzwerk natürlicher Potential aufgegangen und getragen werden. Im Vordergrund stehen Eltern, Geschwister, weitere Verwandte, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Selbsthilfegruppen. Erst beim Zusammenbruch der Hilfsmöglichkeiten aus diesem Bereich bzw. fehlender adäquater Versorgung durch nichtprofessionelle Einrichtungen erscheint der Einsatz institutioneller Hilfen gerechtfertigt. Dabei kann es im Falle von psychosozialen Krisen kaum darum gehen, Verlorenes zu ersetzen oder dem Individuum zu helfen, die schmerzliche Realität zu verleugnen (vgl. Cullberg, 1978). Auch die Funktion professioneller oder institutioneller Hilfen ist primär stützender Funktion. Im Falle von Sofortmaßnahmen muß die Indikation möglichst klar sein. Der Umgang mit unzureichenden Begriffen erschwert die Konzeptualisierung von therapeutischen oder sozialen Maßnahmen und läßt gleichzeitig offen, welche Fachkompetenzen primär erforderlich sind. In erster Linie sollte Klarheit darüber gewonnen

werden, ob eine vitale Gefährdung (Selbstmordgefahr) vorliegt. Diesem Fall einer echten Notfalltherapie durch den Arzt steht die psychosoziale Konfliktberatung durch Sozialarbeiter oder Psychologen gegenüber, ohne daß hier eine scharfe Grenzziehung möglich wäre. Ob im Einzelfall gemeinsam zu intervenieren ist, oder welche Berufsgruppe primär zur Verfügung stehen sollte, das kann erst nach einer klärenden Zustands- und Situationsanalyse entschieden werden.

Konsequenzen

1. Es besteht weder eine einheitliche Terminologie bezüglich der Begriffe Adoleszenz und Pubertät, noch existiert ein allgemeiner Krisenbegriff, welcher der Komplexität und Vielfalt der Erscheinungsformen im Jugendalter gerecht werden könnte.
2. Die Bezeichnungen Reifungskrise, Adoleszentenkrise und Pubertätskrise sind für die Beschreibung eines psychosozialen Konflikts oder eines lebensbedrohlichen Notstandes zu allgemein und diagnostisch irrelevant.
3. Reifungskrisen sind inhaltlich weitgehend unspezifisch und prognostisch völlig offen.
4. Die Charakterisierung psychiatrischer Notfälle im Jugendalter läßt sich unter Vermeidung des Krisenbegriffs am besten durch die Beschreibung der klinischen Symptomatik sowie der situativen Gegebenheiten durchführen.
5. Eine großzügige Indikationsstellung für Sofortmaßnahmen bei aktualisierten Lebensproblemen Jugendlicher würde die vorhandenen professionellen und institutionellisierten Stellen weit überfordern.
6. Die Unterstützung jugendlicher Fähigkeiten in der Bewältigung seelischer Bedrängnis oder sozialer Probleme und die Hilfestellung in persönlichen Konflikten ist primär eine Aufgabe des unmittelbaren sozialen Umfeldes (Verwandte, Freunde, Nachbarn etc.).

Summary

On Problems of the Concept of Juvenile Crisis

Some basic problems in using the term of juvenile crisis were discussed. We notice, that unspecific terms like juvenile crisis, adolescents in crisis or puberty crisis prove neither to be relevant in a diagnostic respectively in a prognostic way nor as an indicator for immediate psychiatric intervention. In this context descriptions of clinical symptoms and situational circumstances represent a better characteristic of an emergency.

Further applications of these terms in order to get better access to adolescent psychopathology seem to be useless, because there is neither a correct assessment of psychical conflicts or emergencies nor a clear differentiation in opposite to normal juvenile development. From our point of view official institutns would be overtaxed much more, if they should be always ready for operation and intervention in multiple difficult life problems of juveniles, as it would be necessary in the concept of crisis therapy. In most of these cases primarily helps have to come from the direct environment.

Literatur

- Aquilera, D.C., J.M. Messick: Grundlagen der Krisen-Intervention. Lambertus, Freiburg, 1980. – Bierich, J.R.: Physiologische und pathologische Aspekte der Adoleszenz. Z. Kinder. Jugendpsychiatr. 3 (1975) 300–311. – Bochnik, H.J., W. Richtberg: Krise und Notfall als psychiatrische Aufgaben. Begriffsentwicklung und Klinik. In: Haase, H.J. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, New York, 1978. – Ciompi, L.: Zum Problem der psychiatrischen Prävention. In: Kisker, K.P., J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. I/1. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1979. – Cullberg, J.: Krisen und Krisentherapie. Psychiatr. Prax. 5 (1978) 25–34. – Degkwitz, R., H. Helmchen, G. Kockott, W. Mombour (Hrsg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1975. – Döbert, H., G. Nunner-Winkler: Adoleszenzkrise und Identitätsbildung. Suhrkamp, Frankfurt, 1975. – Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart, 1965. – Erikson, E.H.: Jugend und Krise. Klett-Cotta, Stuttgart, 1970. – Farnsworth, D.L.: The Young Adult. An Overview. Am. J. Psychiatry 131: 8 (1974) 845–851. – Förster, E.: Unklare Fachbegriffe als Ursache behördlicher Fehlentscheidungen. In: Müller-Küppers, M., F. Specht (Hrsg.): Recht, Behörde, Kind. Probleme und Konflikte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1979. – Freud, A.: Probleme der Pubertät. Psyche 14 (1960) 9–23. – Haase, H.J.: Krisenintervention in der Psychiatrie: Zusammenfassung. In: Haase, H.J. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, New York, 1978. – Häfner, H.: Krisenintervention. Psychiatr. Prax. 1 (1974) 139–149. – Häfner, H.: Psychiatrische Krisenintervention – Umsetzung in psychiatrische Einrichtungen. Psycho 4 (1978 a) 397–403. – Häfner, H.: Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. In: Haase, H.J. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, New York, 1978 b. – Herrmann, T.: Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich, 1976. – Kendell, R.E.: Die Diagnose in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1978. – Keupp, H.: Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1979. – Kienle, G.: Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 1978. – King, L.J., G.D. Pittmann: A six year follow-up study of sixty-five adolescent patients: predictive value of presenting clinical picture. Brit. J. Psychiatry 115 (1969) 1437–1441. – Langen, D.: Die Diagnostik und Weiterentwicklung krisenhafter Pubertätsverläufe. Z. Kinder. Jugendpsychiatr. 5 (1977) 138–150. – Langen, D., A. Jaeger: Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklung. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 205 (1964) 16–36. – Lieb, J., I.I. Lipsitsch, A.E. Slaby: The Crisis Team. A Handbook for the Mental Health Professional. Harper and Row, New York, Evanston, San Francisco, London, 1973. – Meyer, J.E.: Reifungskrisen der Adoleszenz, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Prognose. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 203 (1962) 235–247. – Meyer, J.E.: Psychopathologie und Klinik des Jugendalters, der Pubertät und Adoleszenz. In: Kisker, K.P., J.E. Meyer, M. Müller, E. Strömgen (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. II/1. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972. – Meyer, J.E.: Reifungskrisen des Jugendalters und ihre Beziehungen zu den neurotischen Störungen der Kindheit. Z. Kinder. Jugendpsychiatr. 3 (1975) 55–62. – Meyer, J.E.: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen. Praxis 29 (1980) 115–117. – Mombour, W.: Die 9. Revision des Diagnoseschlüssels und Glossars psychiatrischer Erkrankungen der WHO: Unterschiede zur 8. Revision. Nervenarzt 51 (1980) 505–511. – Neidhardt, F.: Die junge Generation; Jugend und Gesellschaft in der BRD. Leske, Opladen, 1970. – Nissen, G.: Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung. In: Harbauer, H., R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk (Hrsg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1976. – Pörksen, N.: Über Krisenintervention. Z. Psychother. Med. Psychol. 20 (1970) 85–95. – Pohlmeier, H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1978. – Reiter, L.: Krisenintervention. In: Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1975. – Remschmidt, H.: Neuere Ergebnisse zur Psychologie und Psychiatrie der Adoleszenz. Z. Kinder. Jugendpsychiatr. 3 (1975) 67–101. – Remschmidt, H.: Notfälle der Jugendpsychiatrie – die Adoleszenzkrise. Deutsches Ärzteblatt, Heft 15 (1978) 893–898. – Ringel, E.: Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Maudrich, Wien, 1965. – Stern, E.: Verspätete Pubertätskrisen. Z. Psychother. Med. Psychol. 6 (1956) 54–60. – Stolecke, H.: Normale und gestörte Pubertätsentwicklung. Deutsches Ärzteblatt, Heft 47 (1978) 2827–2834. – Trautner, H.M.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Bd. 1. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich, 1978. – Wolff, S.: Sozialpsychologische Anmerkungen zur psychiatrischen Krisenintervention. Soziol. Korrespondenz 3 (1976) 144–215.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Dr. med. Wolfgang Vollmoeller, Psychiatrischer und Neurologischer Gesundheitsdienst, Goethestraße 56, 4000 Düsseldorf 1.