

Hinrichs, Günter und Langkamp, Annette

Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 5, S. 167-174

urn:nbn:de:bsz-psydok-36451

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

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGERT, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Günter Hinrichs und Annette Langkamp

Zusammenfassung

Zunächst werden Konzept und Arbeitsweise einer Station unter sozialpädagogischer Betreuung in einer jugendpsychiatrischen Klinik dargestellt. Danach erfolgt die Analyse der bisherigen Arbeit bezüglich Aufnahmen, Patientendaten wie Alter und Diagnose, Behandlungsdauer und Entlassungskriterien. Von 122 Aufnahmen einer sozialpädagogisch orientierten Therapiestation mit der besonderen Aufgabe einer Entlassungsvorbereitung nach vorangegangenen Aufenthalten auf Aufnahme- und Therapiestationen konnten zwei Drittel der Patienten in ihre Herkunftsfamilien bzw. vorherige Wohnsituation zurückkehren.

1 Aufgaben der sozialpädagogisch orientierten Station

Der stationäre Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Universität Kiel ist für Jugendliche in drei Stationen mit jeweils sechs Plätzen gegliedert. Es handelt sich um zwei Aufnahme- und Therapiestationen und um eine sozialpädagogisch orientierte Station, die 1984 in Betrieb genommen wurde. Die sozialpädagogisch orientierte Station dient vor allem der Behandlung von Jugendlichen mit chronifizierten oder rezidivierenden psychischen Erkrankungen bzw. mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen. In der Regel sind in einem dreiphasigen Ablauf der stationären Be-

handlung auf einer der Aufnahme- und Therapiestationen vorangegangen:

- a) Erarbeitung eines therapeutischen Vertrags mit dem Jugendlichen und seinen Eltern (3 bis 7 Wochen),
- b) Förderung neuer Einstellungen, Haltungen und Fertigkeiten gegenüber den Anforderungen der Adoleszenz und Reduktion der Symptomatik (3 bis 6 Monate).

Die Verlagerung der intramuralen Beziehungen in den extramuralen, nicht mehr therapeutisch strukturierten und kontrollierten Erlebnisraum – sozusagen als dritter Behandlungsschritt – vollzieht sich dann schon auf der sozialpädagogisch orientierten Station.

Daraus leiten sich im einzelnen als Ziele ab:

- 1) Beteiligung an schulischen Bildungsangeboten und Berufsfindungsmaßnahmen,
- 2) Strukturierung von Außen- bzw. Freizeitaktivitäten,
- 3) Differenzierung lebenspraktischer Fertigkeiten,
- 4) Gleichaltrigenkontakte außerhalb der Klinik,
- 5) Gestaltung der familiären Beziehungen,
- 6) Klärung der künftigen Lebensumstände (z. B. Fremdunterbringung),
- 7) weiterer Umgang mit den Symptomen der psychischen Störung.

Die Notwendigkeit dieser dritten Behandlungsphase ergab sich aus der Feststellung, daß es bei einem unmittelbar an die zweite Phase anschließenden Übergang in ambu-

lante Behandlung des öfteren zu Rückfällen kommt. Sie erklären sich damit, daß die Wiederorientierung im sozialen Feld und die Beanspruchung durch die Anforderungen der Adoleszenzentsituation erhebliche Schwierigkeiten bereiten können. Deswegen müssen progressive Orientierungen und Beziehungsgestaltungen noch während des stationären Aufenthaltes entwickelt und unterstützt werden.

2 Rahmenbedingungen der sozialpädagogisch orientierten Station

Die Station liegt in einem Pavillon in der Nähe der beiden anderen Stationen. Geleitet wird sie von einer Diplompädagogin. Außer einer Kinderkrankenschwester sind auf der Station drei Sozialpädagogen/innen und zwei Berufspraktikanten/innen tätig. Die Dienstzeiten sind im Schichtsystem geregelt und schließen auch Nachtbereitschaftsdienste für die Station ein.

Nach der Übernahme auf die Station wird die Einzelpsychotherapie von den bisherigen Therapeuten/innen fortgeführt. Die Stationsleiterin und die Bezugspädagogen führen mit den Patienten ziel- und verlaufsorientierte Gespräche. Für die Jugendlichen ist die Teilnahme an folgenden Aktivitäten verbindlich: (1) wöchentliches Gruppengespräch, (2) Gruppenaktivitäten (in der Regel außerhalb der Klinik), (3) „Gruppenputz“, (4) extramuraler Schulbesuch oder Berufsfindungspraktikum, (5) wenigstens eine Freizeitaktivität außerhalb der Klinik.

Es findet wöchentlich eine patientenbezogene Besprechung (Station, Einzeltherapeuten/in, Kliniksdirektor) und eine organisatorische Besprechung statt. Die Analyse des therapeutischen Verlaufes wurde u.a. mit der GAS (Goal Attainment Scaling, RÖCKEN u. WEISS, 1987) durchgeführt. Der Alltag der Station ist nicht so durchgehend strukturiert wie auf den beiden Aufnahme- und Therapiestationen. Er bietet größere Spielräume für individuelle Betreuung und Planung. Die Zusammenarbeit mit den Eltern hat nicht mehr den Charakter einer familientherapeutischen Einbeziehung, den Jugendlichen und den Eltern wird mehr Möglichkeit zum selbständigen Umgang mit familiären Kontakten eingeräumt.

3 Übergang auf die sozialpädagogisch orientierte Station und Entlassung

Die Kriterien für einen Übergang auf die sozialpädagogisch orientierte Station werden gemeinsam mit der Herkunftsstation und den Patienten geprüft. Vorausgesetzt werden eine deutliche Symptomreduktion, eine Bewältigung der alltäglichen lebenspraktischen Anforderungen im stationären Rahmen, eine einigermaßen beständige Leistungsbereitschaft und eine Lösung von regressiven Verhaltens- und Beziehungsmustern. Die Entlassung oder der Übergang in eine Fremdunterbringung richten sich nach den vereinbarten bzw. festgelegten Behandlungszielen. Vorbereitungen für eine Fremdunterbringung (Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen und den zustän-

digen Leistungsträgern) unternimmt die Station selber, gegebenenfalls auch für die beiden anderen Stationen.

4 Übersicht über die behandelten Jugendlichen und die Behandlungsverläufe

4.1 Aufnahmen

Von Herbst 1984 bis zum Ende des ersten Halbjahres 1991 kam es auf der sozialpädagogisch orientierten Station zu 122 Aufnahmen. Es handelte sich dabei um 103 Jugendliche, von denen 13 mehrfach aufgenommen wurden (9 Jugendliche zweimal, 4 weitere Jugendliche dreibis fünfmal, zur Hälfte mit Magersuchtproblemen).

Tab. 1: Anzahl unbehandelter Patienten pro Jahr (nach Aufnahmen)

Jahr								1. Hj.
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Patienten n	3	7	18	18	21	23	20	12

Die Aufnahmen betrafen 78 Mädchen und 44 Jungen. Unter den 13 wiederholt aufgenommenen Patienten waren 10 Mädchen und 3 Jungen. Unter den 103 aufgenommenen Jugendlichen belief sich das Geschlechterverhältnis auf 3:2.

Das durchschnittliche Alter der Jugendlichen bei der Aufnahme lag bei 17 Jahren und 8 Monaten (Mädchen 13;9 bis 20;10 Jahre, Jungen 14;4 bis 21;6 Jahre; bei Durchschnittswerten von 17;7 und 17;9 Jahren kein signifikanter Unterschied).

4.2 Zugangswege

Nicht alle auf der sozialpädagogisch orientierten Station aufgenommenen Jugendlichen sind von den beiden Aufnahme- und Therapiestationen übernommen worden.

Tab. 2: Zugangswege/Vorige Aufenthalte

Vorheriger Aufenthalt	Aufnahmen n = 122
eigene Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	76
Station J1 (u = 51)	
Station J2 (u = 24)	
Station J3 (u = 1)	
andere Kliniken (Psychiatrie, Chirurgie, Landeskrankenhaus)	6
elterliche Familie	25
eigene Wohnung	3
Heim oder Wohngemeinschaft	8
Internat	1
nicht mehr festzustellen	3

Das liegt u. a. daran, daß Jugendliche im Zusammenhang mit Kriseninterventionen auch unmittelbar Aufnahme finden. Tabelle 2 gibt die Verteilung der Zugangswege bzw. vorherigen Aufenthalte der Patienten wider.

4.3 Diagnosen

Tabelle 3 gibt die Kategorien der bei der Entlassung festgehaltenen Hauptdiagnosen wider. Sie stimmten überwiegend mit den Aufnahmediagnosen überein.

Tab. 3: Hauptdiagnosen der behandelten Jugendlichen

Diagnosegruppen	insgesamt n = 103	weiblich n = 62	männlich n = 41
Psychosen	8	4	4
Persönlichkeitsstörungen	10	7	3
„Adoleszenzkrisem“	26	15	11
Eßstörungen	21	19	2
Anorexia nervosa	15	13	2
Bulimie	6	6	–
Neurosen	15	6	9
Schulphobie	4	–	4
Störung des Sozialverhaltens	5	9	2
Zustand nach Suizidversuch	11	9	2
Sexuelle Devianz	3	–	3

Bei den acht psychotischen Patienten handelte es sich sowohl um paranoid-halluzinatorische Psychosen als auch um affektive Psychosen sowie einmal um einen hebephrenen Verlauf. Bei den Eßstörungen sind Bulimarexien unter Anorexia nervosa subsummiert. Bei den Neurosen handelte es sich vor allem um ausgeprägte Angst- oder Zwangsstörungen. Die Diagnosegruppe sexuelle Devianz betrifft Jugendliche, die in Verbindung mit einer forensischen Fragestellung bei uns behandelt wurden.

4.4 Behandlungsziele für die Übernahme auf die sozialpädagogisch orientierte Station

Tabelle 4 gibt mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen je Aufnahme die Behandlungsziele wider, deretwegen eine Übernahme vereinbart wurde.

Im Vordergrund der Erwartungen steht die Unterstützung bei der Wiedereingliederung in Schule oder Ausbildung. Bemerkenswerterweise sind lebenspraktische Fertigkeiten nur selten ausdrücklich genannt worden. Möglicherweise sind sie aber einfach als selbstverständliches Element bei einer sozialpädagogischen Förderung angesehen worden.

Tab. 4: Übernahmekriterien für die Aufnahme auf die Station (auch therapeutische Zielvorstellungen)

Therapieziele bei Übernahme	(Mehrfachnennungen) n = 122 Patienten
Reduktion der Symptomatik	59
familiäre Beziehungsgestaltung	32
Schule/Ausbildung	89
Freizeitgestaltung/Hobbies	39
Gleichaltrigenkontakt	46
Lebenspraktische Fertigkeiten	7
Autonomie	57
Abklärung des zukünftigen Lebensrahmens/Fremdplatzierung	29

4.5 Dauer des stationären Aufenthaltes auf der sozialpädagogisch orientierten Station

Tabelle 5 gibt die Behandlungsdauer (ohne Beurlaubungen) je Aufnahme nach Zeitabschnitten wider. Nicht berücksichtigt wurden drei Aufnahmen, bei denen der stationäre Aufenthalt über den Erfassungszeitraum hinausging, d. h. am 30. 6. 1991 noch nicht abgeschlossen war.

Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes lag bei 84 Tagen (Mädchen 80 Tage, Jungen 88 Tage). Der Medianwert liegt bei zwei Monaten; 51% haben innerhalb dieses Zeitraumes die Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station beendet. Bei Patienten mit neurotischen Störungen war die Verweildauer am längsten, bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens vergleichsweise kurz. Bei Jugendlichen, die nach einem Suizidversuch aufgenommen worden waren, ging es zumeist um eine zeitlich begrenzte Krisenintervention, nach der die Behandlung ambulant fortgesetzt werden konnte.

Tab. 5: Dauer des stationären Aufenthaltes nach Geschlechtern

Aufenthaltsdauer	insgesamt n = 119	weiblich n = 78	männlich n = 41
> 1 Woche	7	3	4
1 Woche > 1 Monat	25	17	8
1 Monat > 2 Monate	29	22	7
2 Monate > 3 Monate	19	14	5
3 Monate > 6 Monate	24	13	11
6 Monate > 9 Monate	9	6	3
9 Monate > 1 Jahr	3	2	1
> 1 Jahr	3	1	2

4.6 Entlassungswege

Tabelle 6 zeigt für alle 119 Aufnahmen den Verbleib nach Abschluß der Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station.

Tab. 6: Verbleib nach Behandlungsschluß

Aufenthalt nach Verlassen der Station	Aufnahmen n = 119
Herkunftsfamilie	60
Eigene Wohnung	16
Internat	3
Heim	7
Therapeut. Wohngemeinschaft	25
Andere Klinik	2
Rückverlegung auf Aufnahmestation	3
Unbekannt	3

In 24 Fällen wurden die Patienten auf eigenen Wunsch entlassen, obwohl nach Meinung der Therapeuten ein weiterer stationärer Aufenthalt noch angezeigt war. In 79 Fällen war nach Abschluß der Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station keine weitere Form stationärer Hilfe erforderlich. Die Jugendlichen kehrten in ihre Herkunftsfamilie, ihre eigene Wohnung oder ein Internat zurück; allerdings wurde zumeist eine Psychotherapie ambulant fortgeführt. Bei acht Patienten fand eine sozialpädagogische Nachbetreuung statt, die in einem Fall einem tagesklinischen Aufenthalt entsprach.

4.7 Nachuntersuchungen

Bei den von der sozialpädagogisch orientierten Station entlassenen Patienten wurden noch keine Katamnesen vorgenommen. Soweit die Psychotherapie ambulant fortgesetzt wurde, konnte der weitere Verlauf nachverfolgt werden. Von zwei Patienten ist bekannt geworden, daß sie ums Leben gekommen sind; eine depressive Heranwachsende hat sich aus großer Höhe herabgestürzt, ein Heranwachsender mit chronifizierter Eßstörung und einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung wurde tot aufgefunden.

5 Diskussion

Die hier wiedergegebene Zwischenbilanz der Arbeit einer sozialpädagogisch orientierten Station in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann dazu beitragen, die Planung einer eigenen Station für die Entlassungsvorbereitung mit einer dementsprechend sozialpädagogischen Orientierung zu überprüfen.

Bei der Inanspruchnahme der Station überwiegen weibliche Jugendliche, doch entspricht dies der ohnehin in der

Adoleszenz gegebenen Verteilung bei stationären Behandlungen. Allerdings kam es bei Jungen mit neurotischen Störungen zu langen Aufenthalten, die mit einem Mittelwert von 151 Tagen fast das Doppelte der durchschnittlichen Verweildauer bei allen Aufnahmen ausmachten.

Daß es sich bei den Wiederaufnahmen zur Hälfte um Jugendliche mit Eßstörungen gehandelt hat, ist bei der Häufigkeit von Rezidiven bei diesen Störungen nicht ungewöhnlich. Zum Teil hat es sich dabei um symptombezogene Kriseninterventionen mit nur kurzen stationären Aufenthalten gehandelt.

In der ursprünglichen Planung war der Aufenthalt auf der sozialpädagogisch orientierten Station als dritter Abschnitt eines stationären Kontinuums vorgesehen, dem zwei Behandlungsphasen auf den beiden Aufnahme- und Therapiestationen vorausgehen. Tatsächlich kamen aber nur zwei Drittel der Aufnahmen von diesen beiden Stationen. Es bedarf weiterer Überprüfung, ob daraus auf einen Bedarf an Plätzen für eine besondere Entlassungsvorbereitung bei 25% der stationären Patienten geschlossen werden kann. Für die Arbeit der Station wurde es nicht als Nachteil erlebt, daß mit dem Drittel an unmittelbaren Aufnahmen sehr unterschiedliche Problem- und Entwicklungslagen eingebracht wurden. Tatsächlich wurden dabei ja auch keine Störungs- und Krankheitsbilder von vornherein ausgeschlossen. Bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und bei den Jugendlichen, bei denen es um eine forensische Fragestellung ging, wurde allerdings eine Behandlungsbereitschaft vorausgesetzt.

Es hat sich gezeigt, daß die Dauer des Aufenthaltes auf der sozialpädagogisch orientierten Station weniger von den Behandlungszielen als von der Art der psychischen Störung abhängt und deswegen sehr unterschiedlich ausfällt. Nicht nur Jungen, sondern auch weibliche Jugendliche mit neurotischen Störungen – insbesondere mit Ängsten und Zwängen – verblieben fast doppelt so lange wie der Durchschnitt bei allen Aufnahmen. Bemerkenswert sind die verhältnismäßig kurzen Aufenthalte nach Suizidversuchen und bei schulphobischem Verhalten. Patienten mit schulphobischem Verhalten drängten selber in ihre Familie zurück. Jugendliche, die Suizidversuche unternommen hatten, konnten bei meist ausreichender Alltagskompetenz schon bald in eine ambulante Behandlung übergehen.

Das Konzept der Alltagskompetenz (Thiersch, 1978) hat sowohl für die Übernahmeanlässe als auch für die Entlassungsvoraussetzungen ausschlaggebende Bedeutung. Ob sich die Goal Attainment Scaling (GAS; Röcken u. Weiss, 1987) dabei eignet, entsprechende Dimensionen regelmäßig zu erfassen und zu vergleichen, erscheint zweifelhaft, zumal die Durchführung mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Es ist deswegen beabsichtigt, Gesichtspunkte, die sich bei den patientenbezogenen Teambesprechungen als relevant erwiesen haben, systematisch zu Instrumenten für die Verlaufsbeurteilung zusammenzufassen.

Die seit 1984 beobachteten Behandlungsverläufe nach 122 Aufnahmen sprechen für die Bedeutung einer Entlassungsvorbereitung auf einer sozialpädagogisch orientierten

Station innerhalb einer Klinik. Zwar sind in deren Einzugsbereich inzwischen Anschlußeinrichtungen vorhanden (Jugendwohnheim für psychisch chronisch kranke junge Menschen, Rehabilitationsangebote für psychisch Behinderte), doch besteht deren Aufgabe in der längerfristigen stationären Betreuung und der differenzierten Rehabilitation von jungen Menschen mit langanhaltenden psychischen Störungen. Die sozialpädagogisch orientierte Entlassungsvorbereitung soll dagegen weitere stationäre Maßnahmen nach Möglichkeit überflüssig machen. Dies konnte bei 66% der Aufnahmen erreicht werden. Nur dreimal mußten Jugendliche innerhalb der Klinik wieder auf die Aufnahmestation zurückverlegt werden.

Summary

A Socio-Pedagogic Oriented Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry

At first the conception and working modalities of a ward in a Child and Adolescent Department that includes social work are presented. Then the work done up to

today is analyzed corresponding to admissions, patients' variables such as age and diagnosis, length of treatment and discharge criteria. Two thirds of the 122 treated patients on the described ward, with the special task to prepare discharge after having being treated on another therapeutic ward, were discharged into their original families and former living conditions.

Literatur

RÖCKEN, S./WEISS, J. (1987): Erfahrungen bei der Anwendung von Goal Attainment Scaling (GAS) in der Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 16, 158–173. – SCHÜTZE, G. (1989): Nachreifung Adoleszenter in der stationären Behandlung. Vortrag, Zürich, April 1989. – THIERSCH, H. (1978): Sozialarbeit und Therapie. *Neue Praxis – Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Sonderheft. Luchterhand.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Günter Hinrichs, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemansweg 147, 2300 Kiel 1.

Übersichten

Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz

Jörg Wiese

Zusammenfassung

Ausgangspunkt der Ausführungen zur Spätadoleszenz ist eine Erzählung von PETER HANDKE, die „Der kurze Brief zum langen Abschied“ überschrieben ist. Die mühevollen und schmerzhaften Trennung des Helden der Erzählung von seiner Frau während einer Reise durch Amerika wird als Konflikt in der Bindung an das frühe Mutterbild gedeutet, die während der Spätadoleszenz ungelöst blieb. Wesentliches Merkmal der Spätadoleszenz ist der endgültige Abschied von den Elternimages der Kindheit und Jugend und die Wiederannäherung an die realen wirklichen Eltern, gelingt dies nicht, mündet die Spätadoleszenz leicht in ein Syndrom der Verweigerung, der Überanpassung oder der Aussteigeridentität. Vor allem bei der „Verweigerung“ und der „Aussteigeridentität“ finden sich Objektbeziehungen die denen bei narzißtischen und Borderline-Störungen gleichen. Häufig fehlen solchen Fast-erwachsenen in ihrem Bemühen um die Ablösung von den primären Elternbildern die notwendigen Übergangsräume, um den Weg zur Autonomie und die Fähigkeit zum Containing (BION) zu finden.

1 Einleitung

Zur Überschrift meiner Gedanken über die Spätadoleszenz hat mich PETER HANDKEs autobiographische Erzählung „Der kurze Brief zum langen Abschied“ angeregt: Ein junger Österreicher reist quer durch die USA, auf der Flucht vor und zugleich auf der Suche nach seiner Frau Judith. In seiner Melancholie und Hoffnungslosigkeit ist oft die Sehnsucht nach der Mutter der Kindheit zu spüren, vergeblich ruft der Verlassene bei Nachbarn der schon lange verstorbenen Mutter im fernen Österreich an, Gefühle aus der hilflosen Säuglingszeit tauchen auf: „Das erste, was ich in meinem Leben erinnere, ist der Schrei, den ich ausstieß, als man mich in einem Waschbecken badete und als plötzlich der Stöpsel herausgezogen wurde und Wasser unter mir weggurgelte!“ All der empfundene Trennungsschmerz auf der langen Reise gerät in Kontrast zu dem ganz anderen Zeitgefühl und zur anderen Lebensweise des weiten Amerika, ein verdichtetes Bild dafür, wie Trennungen und Abschiede im Verlauf des Lebens in so irrationalen Widerspruch zur Wirklichkeit geraten und zu tiefen libidinösen und narzißtischen Regressionen werden, wenn der endgültige Abschied in der Spätadoleszenz miß-

lingt und zum unendlichen wird, der jedwede Trennung überschattet. Judith, nicht der autobiographische Erzähler, meint am Ende des Buches, wie sie nach gegenseitiger Verfolgung und Beraubung, nach Wünschen, den anderen umzubringen, endlich bereit war, friedlich ihrer Wege zu gehen. Für den Erzähler, für PETER HANDKE, wird der lange Abschied weiterhin Thema seines Lebens, seiner literarischen Arbeit bleiben, immer wieder taucht es auf, so in seinen Erzählungen „Die linkshändige Frau“ und „Versuch über die Juke-Box“ und vor allem in seinem letzten Essay „Versuch über den gegückten Tag“.

2 Spätadoleszenz und Entwicklung

Was aber bedeutet Spätadoleszenz als Lebensabschnitt an sich und was sind die Konflikte und das Leiden in ihr und wie wirken sich Lösungen und Ungelöstes auf das weitere Leben aus? Darauf möchte ich im folgenden die eine oder andere Antwort finden; zunächst aber habe ich schon Mühe etwas über die Dauer, ihren Beginn oder ihr Ende zu sagen. PETER HANDKE ist sicher kein Spätadoleszenter, auch wenn er versucht, Konflikte aus dieser Zeit kreativ zu bewältigen; die Spätadoleszenz läßt sich als Zeitabschnitt im soziologischen Sinne am ehesten für die Jahre vom 18. bis 28. Lebensjahr festmachen: Die somatische Entwicklung ist längst abgeschlossen, ebenso zumeist Berufsausbildungen, eine tragfähige, gesellschaftliche Position ist erreicht, feste Partnerbeziehungen sind möglich – Familiengründungen haben bei über der Hälfte der 28jährigen stattgefunden. Manchen mag überraschen, daß die Adoleszenz so spät endet, tatsächlich hat sich ihr Ende auch in den letzten 20 Jahren um 3 Jahre hinausgeschoben, mancher sieht das Ende der Spätadoleszenz noch später, vielleicht mit 30 oder 35, die Grenzen werden fließend sein. Dennoch, dieser Lebensabschnitt enthält viel Endgültiges, Unaufschiebbares, Festgelegtes, vor allem auch im entwicklungspsychologischen Sinne: Fähigkeiten, Eigenschaften müssen erreicht sein, um als Erwachsener identisch und angenommen zu sein.

Psychoanalytische Theorien zur Spätadoleszenz verbindet vor allem der Begriff der Zeit und das Schicksal des Überichs und seiner Introjekte. Sind die Antithesen endlich unendlich, Lust/Unlust, aktiv/passiv und Objekt/Subjekt am Ende der Spätadoleszenz akzeptiert, ist das Thema Zeit und in ihrer Endlichkeit der Abschied gelöst, zugleich ist über das Schicksal des Überichs entschieden und in ihm die Bedeutung der Elternimages geklärt. Dies wird im folgenden verdeutlicht, wenn ich mich auf Aspekte der Libido-, Selbst- und Narzißmus-theorie und das Konstrukt der projektiven Identifikation beziehe.

3 Ausgang der Spätadoleszenz

Bei der Suche nach Identität während der Spätadoleszenz ist es nötig, sich festzulegen, da die Zeit des Ausprobierens von immer neuen Charakterrollen zu Ende geht;

der Festerwachsene wird nicht umhin können, seine infantilen Omnipotenzvorstellungen zu klären und Realitäts-grenzen anzuerkennen. Objekt und Subjekt bedürfen einer Deidealisierung, um reife Ambivalenzen zu erreichen, der aktive Suchprozeß nach der eigenen sexuellen Identität ist am Ende angelangt und die endgültige Sexualorganisation sollte errichtet sein, in der sich prägenitale Strebungen dem genitalen Primat unterordnen. Mag die Bildung einer Identität ein lebenslanger Prozeß sein, in der Spätadoleszenz wird er zur Hauptaufgabe. Störungen in diesen Identitätsbildungen treten in den synthetischen Funktionen des Ichs dann auf, wenn sich das Ich einem rigiden Überich zu unterwerfen hat oder zwischen Selbstbild und Ichideal keine Kohärenz mehr herzustellen ist. Drei ungenügend gelungene Ausgänge von spätadoleszenten Identitätsbildungsprozessen lassen sich beschreiben, wenn die integrativen Funktionen des Ichs überfordert sind. Einmal ist es die *Überanpassung*, das Ich bleibt an destruktive Überichintrojekte fixiert und versucht auf diese Weise gesellschaftliche Forderungen zu integrieren, es bleibt schwach und kann die Ablösung und den Abschied nicht wagen:

Ein 22jähriger Patient, der kurz vor dem erfolgversprechenden Abschluß des Vordiploms zunächst über Wochen verschwindet, kommt deprimiert und verzweifelt zurück und zieht sich seitdem in sein Zimmer im Elternhaus zurück, Kontakte zu Freunden hat er aufgegeben und er ist nun schon über Jahre in anhaltende Lern- und Lesezwänge verfallen, die an einen Abschluß des Studiums und Selbständigkeit nicht denken lassen.

Ein zweiter Ausgang ist die *Verweigerung*, wenn die Übernahme gesellschaftlicher Identitätselemente in das Ichideal zu konfliktuell ist; die Patienten sind dann unfähig zu jeder Festlegung, flüchten sich leicht in Alkohol und Drogen, um archaische Omnipotenzphantasien nicht zu verlieren:

Eine 24jährige Studentin bezichtigt sich über Wochen bei Freunden, Dozenten, ja selbst bei der Polizei des Drogenabusus und des Dealens; vor einer Toilette versucht sie sich schließlich die Pulsadern aufzuschneiden und in der darauffolgenden Zeit kommt es immer wieder zu autoaggressiven Handlungen. In Gesprächen mit ihr entsteht oft der Eindruck, daß sich die Identität der Patientin von Stunde zu Stunde verändert, von kleinkindhaft zu großspurig, von mißtrauisch zu gefügig und die Patientin erscheint zu diesen verschiedenen Identitäten kaum Zugang zu haben.

Die 3. Möglichkeit ist eine Alternative zu den beiden vorangegangenen, die *Aussteigeridentität*, wenn die innere Objektwelt über die unzulänglichen Elternfiguren enttäuscht ist und die schmerzhafteste Entidealisierung nicht möglich war. Der Spätadoleszente bleibt dann in einer inneren Abhängigkeit von den idealen Objekten der frühen Kindheit verhaftet und hat sich mit einer narzißistischen Wut auseinanderzusetzen, die häufig in der Externalisierung infantiler Objektrepräsentanzen zu spüren ist, ein Weg, den auch PETER HANDKES Held aus der obengenannten Erzählung im Schmerz seines Abschiedes immer wieder beschreitet. – Vor allem bei Verweigerung und Aussteigeridentität finden sich häufig Patienten, deren Denk- und Beziehungsformen entweder als narzißistische

Störungen zu verstehen sind, da sie durch ein Streben nach unmittelbarer Befriedigung, durch ein archaisches Überich und die Vermeidung jedweder narzißtischer Kränkungen charakterisiert sind, oder als Borderline-Störungen mit einer ausgeprägten Identitätsdiffusion, Vermeidung von Objektbeziehungen oder kurzen wechselnden Beziehungen und einer Vielfalt von Symptombildern, die der Bewältigung tiefer Verlassenheitszustände dienen.

4 Kreative Möglichkeiten

Wenn es immer auch um Loslösung von den realen Eltern und ihren frühen Bildern in der Spätadoleszenz geht, dann auch um ein Gewahrwerden des eigenen Selbst, um Selbstbeobachtung und Introspektion. Im Gegensatz zu früheren Phasen der Adoleszenz, in denen der Jugendliche entweder das tut, was die Eltern wollen oder es eben nicht tut, ist der Spätadoleszente und der beinahe Erwachsene allein mit dem Wunsch wie er sein möchte, und mit dem Gefühl, nicht zu wissen, wie er sein mußte. Im Hinblick auf Selbstbeobachtung und Introspektion, die von einem befreiten Überich herrühren, geht es auch um die Verinnerlichung der äußeren Unabhängigkeit und die Überwindung kindlicher Abhängigkeiten.

Welche Möglichkeiten aber hat der Spätadoleszent noch, um sowohl die Zukunft zu gestalten und zugleich den Verlust der kindlichen Zugehörigkeit zur Familie zu ertragen. Der Säugling und das Kleinkind überwinden diesen Verlust auf dem Wege des Übergangsobjektes, das ihm eine Wahrnehmungskontinuität ermöglicht und schließlich zur Objektbeziehung verhilft. Übergangsräume in der Spätadoleszenz ermöglichen eine emotionale Kontinuität, die Aufgabe überholter Beziehungsformen zu den Eltern und neuen Erwachsenenbeziehungen. Solche persönlichen Übergangsräume können z. B. Weltanschauungen, soziale und humanitäre Aufgaben und wissenschaftliches Interesse sein. Übergangsräume sind also sogenannte Zwischenbereiche und können sich während des ganzen Lebens wandeln. Sie bedeuten, wann immer sie auftreten eine Phase des Aufschubs, auch für den Spätadoleszenten.

Wenn es im Rahmen der Adoleszenz zur Neuauflage und Wiederbelebung der frühkindlichen Objektbeziehungen kommt, so erscheinen mir in der Spätadoleszenz zwei Elemente besonders bedeutsam, die für die Fähigkeit zur Empathie und zur Nähe bis hin zur Intimität von großer Bedeutung sind: Die projektive Identifizierung, wie sie MELANIE KLEIN (1930) beschrieb und vor allem das auf sie bezogene Modell der Container/Containing-Beziehung von BION (1957). Die Fähigkeit zum Containment ist nicht identisch mit einer wie auch immer reifen Ichstruktur; sondern sie wird davon bestimmt, wie sich das Schicksal der Inhalte entwickelt, die in das Objekt, in den Container – zunächst die Mutter und später den nahen Partner – projiziert werden; die Verbindung, die Beziehung also zwischen dem Enthaltenen und dem Behälter ist vor allem bedeutend für die Zukunft jedweder Internalisierung (BOVENSIEPEN, 1990). Ich habe den Eindruck, daß vor allem spätadoleszente Patienten in ihren therapeutischen Bezie-

hungen um diese Fähigkeit zum Containment ringen und wenn ihnen dies nicht gelingt, eine Neigung zu kleinkindhaften Ansprüchen, zu defensiv aggressiver Passivität bis hin zu totaler oder passagerer Abwehr jedweder intimer Beziehungen zurückbleibt. Die Externalisierung in psychotischen Krisen mit bedrohlichen Projektionen sind in diesem Modell als Erschöpfung des Containers zu verstehen, der überwältigende körperliche Empfindungen, Affekte und Triebansprüche nicht mehr in tolerierbares psychisches Erleben umzuwandeln vermag.

Letzten Endes ist die Spätadoleszenz auch nicht nur eine Fortführung des Trennungs- und Individuationsprozesses, sondern sie dient der Wiederannäherung an die Liebesobjekte der frühen Kindheit, die endgültig realere Konturen erfahren und in ihrer Entidealisierung neue wirkliche Beziehungen ermöglichen. Mit dem Ende der Wiederannäherung nimmt das narzißtische Interesse ab und auch in der Sexualität wird das partnerschaftliche deutlicher. Voraussetzung, die Adoleszenz in der Spätadoleszenz zu Ende zu bringen ist jedoch, die depressive Reaktion auf den Verlust von Kindheit und Jugend allmählich in Trauerarbeit zu verwandeln, um immer wieder innere und äußere Realität zu verbinden.

5 Die Zukunft ungelöster Konflikte

Symptombilder erhalten ebenso wie Persönlichkeitsstrukturen in der Zeit der Spätadoleszenz entscheidende Färbungen, da sie auch die Angst vor dem endgültigen Abschied, vor der Zeitlichkeit der frühen Elternbilder und die Furcht vor der Annäherung an die wirklichen Eltern mit ihren realen gesellschaftlichen Forderungen zu bannen versuchen.

Ein 48jähriger Kaufmann, der an Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen und depressiven Verstimmungen litt, hatte vor 20 Jahren das Geschäft seines Vaters übernommen, da dieser an einem Herzinfarkt gestorben war. Wiewohl verheiratet, blieb er eng und fürsorglich an die Mutter gebunden. Besagtes Geschäft des Vaters vermochte er nur mühsam über Wasser zu halten, verkaufte die Hälfte und war immer wieder von tiefen Zweifeln über seine wirtschaftlichen und unternehmerischen Fähigkeiten geplagt. Der zu Beginn der Therapie als Vorbild bewunderte und zu früh verstorbene Vater, wurde bald als düsteres und repressives Introjekt deutlich, vor dem sich der Patient durch Identifikation mit der Mutter zu schützen vermochte und gegen das sich aufzulehnen, zu bedrohlich gewesen wäre; die enge Bindung an die Mutter und die narzißtische Zufuhr, konnten den Patienten nur solange vor depressiver Entwertung schützen, wie er nicht durch somatische und psychosomatische Erkrankungen in Selbst und Narzißmus gefährdet war. Der Abschied von der Vaterimago mit all der Trauer, Wut und Verzweiflung, ermöglichte dem Patienten Befreiung und Neuorientierung in seinen Beziehungen und ein Mehr an beruflichem Erfolg. Ein Bedauern aber über so viele Jahre des Mißerfolges, von Resignation und Zweifel aufgrund des späten Abschieds vom Vaterbild ist geblieben.

Noch einmal möchte ich an den Anfang anknüpfen, nicht nur bei PETER HANDKE, sondern vielfältig in der Literatur finden sich Beschreibungen des langen Abschieds, in FREUDS „Leonardo“, in JAMES JOYCES „Ulysse-

us“, bei THOMAS BERNHARDS „Abschied für Boris“ und bei vielen anderen; so ist die Sublimation des spätadoleszenten Konfliktes als kreatives Übergangsobjekt in der Literatur von großer Faszination und vor allem anregend für jedwede psychotherapeutischen Bemühungen.

Summary

The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence

These reflections about late adolescence are inspired by a novel by PETER HANDKE, entitled „Der kurze Brief zum langen Abschied“ (original; translated: A short letter about the long good-bye). The protagonist's troublesome and painful separation from his wife taking place during a trip through the United States is interpreted as an attachment-conflict towards the mother that has not been dissolved during late adolescence. The essential characteristic of late adolescence is taking one's final leave from the infantile and adolescent parental imagines and the reapproachment to the real parents. In case of a failure late adolescence may easily lead to a syndrom of rejection or

of overadjustment or of drop-out-identity. Especially in the rejectional or in the drop-out-identity one can find object-relationships resembling those found in narcissistic or borderline-disorders. In many cases these adolescents lack the transitional scope they would have needed to find their way to autonomy or to the ability of containing (BION).

Literatur

HANDKE, P. (1974): Der kurze Brief zum langen Abschied. Frankfurt. – KLEIN, M. (1930): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In: M. KLEIN (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart. – BION, W.R. (1957): Zur Unterscheidung von psychotischen und nichtpsychotischen Persönlichkeiten. In: E. BOTT SPILLIUS (Hg.) (1990): Melanie Klein heute. München. – BOVENSIEPEN, G. (1991): Zur teilstationären Versorgung von Borderline-Jugendlichen. Vortrag anlässlich des Nürnberger Kolloquiums.

Anschr.d.Verf.: Dr. med. Jörg Wiese, Klinikum Nürnberg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91.