

Günter, Michael / du Bois, Reinmar und Kleefeld, Hartmut

Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 7, S. 250-256

urn:nbn:de:bsz-psydok-33568

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

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) . . . 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) . . . 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) . . 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) . . 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.*: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.*: Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.*: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.*: Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streeck-Fischer, A.*: Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.*: Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.*: Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.*: Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.*: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.*: Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.*: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.*: Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.*: „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.*: Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.*: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S.* (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.*: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie*. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L.* (Hrsg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.*: Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J.* (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D.* (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.*: Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V.* (Hrsg.): Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A.* (Eds.): Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J.* (Hrsg.): Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.*: Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K.* (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.*: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P.* (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U.* (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H.* (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D.* (Hrsg.): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.*: Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.*: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.*: Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H.* (Hrsg.): Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.*: Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Scheuring, A.*: Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.*: Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.*: Learning Disability Subtyping 379

Iben, G. (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
Innerhofer, P./Klicpera, C.: Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	Pothmann, R. (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
Institut für soziale Arbeit e. V. (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	van Quekelberghe, R.: Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
Jäger, R. S. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	Quindt, H.: Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
Kammerer, E.: Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	Reinhard, H. G.: Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
Kast, V.: Familienkonflikte im Märchen	224	Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
Kauter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.: Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	Reiter-Theil, S.: Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.: Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
Klosinski, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	Rerrich, M. S.: Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
Kratz, B.: Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	Rijnaarts, J.: Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
Kühler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.: Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	Rosenberger, M. (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
Kühne, H. H. (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	Rudolf, G.: Therapieschemata für die Psychiatrie	25
Kutter, P.: Moderne Psychoanalyse	270	Schneider-Henn, K.: Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen	25
Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	Schuhmacher, D.: Sprechen und Sehen	381
Landenberger, G./Trost, R.: Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	Schwob, P.: Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
Lempp, R. (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	Speck, O.: System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
Liedtke, R.: Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	Spiel, G.: Hemisphärendominanz – Lateralität	347
Lohaus, A.: Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	Spiel, W./Spiel, G.: Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
McDougall, J.: Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	Spring, J.: Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
Merkens, L.: Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	Steiner, G.: Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
Merkens, L.: Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	Steller, M.: Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
Merz, M.: Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	Stork, J. (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
Moosmann, H.: Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an das Kind Jesu	61	von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L. (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
Müller-Hohagen, J.: Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	Thomasius, R.: Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
Mutzek, W./Pallasch, W. (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	von Trad, P.: Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
Nissen, G. (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	von Uslar, D.: Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
Petermann, F. (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	Volpert, W.: Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
Petermann, U.: Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	Walper, S.: Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
Petermann, F./Petermann, U.: Training mit aggressiven Kindern	110	Watzlawick, P.: Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.: Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	Weiss, T.: Familientherapie ohne Familie	108
Petri, H.: Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	Welsch, U./Wiesner, M.: Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
Pikler, E.: Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	Wendeler, J.: Psychologie des Down Syndroms	140
Planungsgruppe PETRA: Analyse von Leistungsfeldern		Witte, W.: Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		Zöller, D.: Wenn ich mit euch reden könnte ... Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. R. Lempp)

Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher*

Von Michael Günter, Reinmar du Bois und Hartmut Kleefeld

Zusammenfassung

Vorgestellt werden Ergebnisse aus einer größeren retrospektiven Untersuchung von 43 stationären Langzeitpsychotherapien psychotischer Jugendlicher. Bei 17 der 43 Behandlungen konnten rasch wechselnde Ich-Zustände als den Therapieverlauf entscheidend beeinflussendes Problem klassifiziert werden. Im Zentrum der Darstellung stehen Überlegungen zum Umgang mit solchen Patienten im Alltag des Stationslebens, insbesondere dazu, wie haltgebende Strukturen und Beziehungskontinuität angesichts des rasch wechselnden Organisa-

tionsniveaus dieser Patienten entwickelt werden können. Sehr große Bedeutung wird der Diagnostik der Beziehungsdynamik zwischen Patient und Betreuer zugemessen. Ihr Verständnis ermöglicht eine Anpassung des Teams an die Bedürfnisse des Patienten, ohne von ihnen überwältigt zu werden. Die so reflektierte Gestaltung der Alltagsbeziehungen auf Station wird als zentraler Faktor in der Behandlung psychotischer Jugendlicher herausge-

* Herrn Prof. Dr. med. R. Lempp zum 65. Geburtstag gewidmet.

stellt. Der psychopathologische Begriff der „rasch wechselnden Ich-Zustände“ läßt sich bei den untersuchten Jugendlichen mit schizophrenen Psychosen auf die Reifungs- und Ablösungsproblematik und ihre Reinszenierung im Rahmen der Therapie beziehen. Psychische Krankheit wird als Entwicklungskrise verstehbar.

1 Einleitung

Rasch wechselnde Ich-Zustände mit häufigem Kippen von Affekt und Antriebslage stellen bei der Psychotherapie psychotischer Jugendlicher im stationären Rahmen oft ein schwerwiegendes Problem dar, das sich vor allem auch im alltäglichen Umgang mit diesen Jugendlichen auf Station manifestiert. Der Reflexion der Beziehungsdynamik zwischen Patient, Betreuer und Gesamtrahmen der Station und ihrem Umsetzen in therapeutische Interventionen im Alltag des Stationslebens kommt daher entscheidende Bedeutung für die Entwicklungsperspektiven des betreffenden Jugendlichen zu (vgl. *Becker 1981, Heinzmann et al. 1983, Günter et al. 1985, Günter und Heinzmann 1987*). Diese Veröffentlichung ist einer Auffassung von Psychotherapie verpflichtet, die in der therapeutischen Durchdringung des Alltags ihr wichtigstes Anliegen sieht, und andererseits einer Auffassung von Psychopathologie verpflichtet, die psychische Krankheit als Entwicklungskrise versteht und aus der Diagnostik der Beziehungsdynamik therapeutische Konsequenzen ableitet.

2 Methodik

Zur Charakterisierung der Rahmenbedingungen, unter denen die Behandlungen stattfanden, sei erwähnt, daß die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes durch drei Personen betreut wurden, zwei Personen aus dem Pflegebereich, sowie einem Stationsarzt bzw. einer Stationsärztin, die zu einer Bezugspersonengruppe zusammengeschlossen waren. Kennzeichnend für die Konzeption der Behandlungen war, daß die Ärzte in größerem Umfang am betreuenden Alltag der Station teilnahmen, weiterhin, daß jedes Mitglied der Bezugspersonengruppe therapeutische Einzeltermine mit den betreffenden Patienten vereinbarte. Die Bezugspersonen erhielten, bezogen auf jede einzelne Behandlung, Supervision durch einen externen Psychoanalytiker. Zusätzlich fand eine Gesamtgruppensupervision im Sinne einer Balintgruppe statt, die das Verhältnis der Behandlungen untereinander im Gesamtrahmen der Station bearbeitete. Selbstverständlich waren alle Betreuer neben ihrer Zuständigkeit für einzelne Patienten für die Gesamtgruppe verfügbar.

Diese Arbeit ist Teil einer größeren Untersuchung. Weitere Ergebnisse wurden an anderer Stelle (*du Bois, Günter, Kleefeld 1988, du Bois 1988*) veröffentlicht. Ausgewertet wurden abgeschlossene Langzeitbehandlungen (zwischen 4 Monaten und 3 Jahren, Mittelwert 11 Mo-

nate) von 43 psychotischen Patienten einer jugendpsychiatrischen Station mit 8 Behandlungsplätzen nach fünf Kriterien: Regression in Form kleinkindlicher Hilfsbedürftigkeit, psychosexuelle Retardierung, Ablösungsprobleme bei pathologischen Symbiosen, Wahn und Eigenweltlichkeit sowie wechselnde Ich-Zustände.

Die Auswahl und die Definition der Kriterien wurde anhand einer Pilotstudie mit 6 der 43 Patienten vorgenommen. Für jeden der Patienten der Gesamtgruppe wurde sodann ein kasuistisches Protokoll durch einen der Verfasser erstellt. Jedem Patienten wurden durchschnittlich zwei Kriterien zugeordnet. Ausschlaggebend für die Zuordnung war nicht die bloße An- oder Abwesenheit eines der Kriterien als psychopathologische Beobachtung bzw. als betreuendes Problem. Das Kriterium mußte vielmehr den Therapieverlauf, also Scheitern oder Erfolg der Therapie entscheidend mitbestimmt haben. Außerdem mußte das Kriterium die Schwerpunkte des alltäglichen Handelns, vor allem die Art des Krisenmanagements charakterisieren. Die erfaßten Merkmale mußten aus den Protokollen kasuistisch belegbar sein. Es genügte nicht, die Bedeutung eines Kriteriums theoretisch zu reflektieren oder theoretisch rückzuschließen. In Autorenkonferenzen wurden die Protokolle ergänzt und abschließend bewertet.

Die hier dargestellten Überlegungen stützen sich auf die Auswertung von 17 Behandlungen, in denen rasch wechselnde Ich-Zustände als entscheidendes Problem der Behandlungen klassifiziert werden konnten. Bei einer Gesamtzahl von 43 Patienten entspricht dies einem Anteil von rund 40%.

3 Definitionen und Theorie

Aus entwicklungspsychologischer Sicht lassen sich die rasch wechselnden Ich-Zustände im Jugendalter zunächst einmal als Wiederholungen von Beziehungskonstellationen auffassen, die das Kind erstmals in der Wiederannäherungsphase (*Mahler 1972, 1978*) erlebt hat. Die Wiederholung drängt sich dem Pubertierenden unter dem Druck starker Triebimpulse auf. Der körperliche Entwicklungsstand, die körperlichen Entfaltungsmöglichkeiten sind inzwischen weit vorangekommen. Die Wiederbelebung frühkindlicher Phantasien geht nunmehr mit der beängstigenden Entdeckung einher, daß die Möglichkeiten, in der Welt der Erwachsenen etwas zu bewirken, z.B. die Eltern real zu besiegen, enorm gewachsen sind. Bei aufsteigender Wut, kann das Wissen um die realen Möglichkeiten als sehr bedrohlich erlebt werden.

Hinzu kommt, daß die Jugendlichen den Andrang starker Gefühle zum Teil als Überrumpelung empfinden. Das einheitliche Personenempfinden, das in der Latenzzeit gefestigt werden konnte, wird durch gegensätzliche und widerstrebende Gefühle noch einmal in Gefahr gebracht. Die Abwehrstrukturen lockern sich. Der in Gang kommende adoleszente Reifungsprozeß eröffnet neue Verhaltensmöglichkeiten, aber er verlangt den Verzicht

auf kindliche Geborgenheit. Diesem Widerstreit entspricht ein Wechsel der Gestimmtheit und Antriebslage. Selbst bei auffällig abrupten oder rhythmisch phasischen Schwankungen der Affektivität ist in diesem Alter der biologische Bezug zur Pubertät und der lebensgeschichtliche Bezug zur Reifungskrise zu beachten. Eine voreilige nosologische Zuordnung dieser phasenspezifischen Dynamik ist problematisch. Der Reifungsprozeß erfordert die Bewältigung von Trennungserfahrungen. Diese werden affektiv von Trauer oder Wut begleitet oder von narzißtischen Größenphantasien überdeckt.

Die Verwirrung, die das Schwanken der Gefühle in der Reifungskrise bei dem Jugendlichen und seinen Angehörigen auslöst ist in der Regel aber nur vorübergehend. Letztlich bleiben die Strukturen der Persönlichkeit so weit intakt, daß der Pubertierende in Zeiten der Beruhigung, gewissermaßen aus einer affektiven Mittellage heraus, seine extremen Verhaltensmöglichkeiten überdenken, überschauen und nach und nach wieder besser steuern kann. Die Fähigkeit zur Steuerung und Integration gegensätzlicher Affekte ist vom Aufbau einer ausreichenden Ich-Stärke abhängig. Von einer solchen ausreichenden Ich-Stärke kann ausgegangen werden, wenn sich ein Pubertierender trotz seiner Affektschwankungen zwar als eine sich wandelnde, aber dennoch einheitliche Person erlebt, wenn also durch die Schwankungen keine bleibende Verwirrung bei ihm oder seiner Umgebung eintritt.

4 Erfahrungen in der Praxis

Bei 17 der 43 Patienten unserer Untersuchung zielten die betreuenden Bemühungen vorwiegend auf die Unfähigkeit der Patienten, ein stabiles Entwicklungsniveau der Ich-Leistungen im Sinne der obigen Definition aufrechtzuerhalten. Bei diesen Patienten brach das Entwicklungsniveau der Ich-Leistungen im Behandlungsverlauf auf eindrucksvolle Weise immer wieder zusammen (vgl. dazu u.a. Eissler 1958, Lauffer 1984). Die Einbrüche konnten als Schwankungen zwischen Progression und Regression verstanden werden, wie sie in geringerem Ausmaß in einer normalen Entwicklung geradezu als Entwicklungsvoraussetzungen angesehen werden müssen (vgl. dazu u.a. Balint 1970, Federn 1978, Freud 1982, Lempp 1984). Im Zentrum der therapeutischen Bemühungen um die Pro- und Regression stand also der Versuch, mit den Patienten eine emotionale Situation herzustellen, in der nicht jeweils das eine im anderen vorwiegend als Abwehr fungierte: Die Progression sollte nicht im Sinne einer Pseudoprogression zur Abwehr regressiver Wünsche und daraus entstehender Ängste dienen. Ebenso sollte die Regression nicht dazu dienen, bedrohlich erlebte Wünsche nach Unabhängigkeit zu verleugnen. Ein besonderes therapeutisches Problem stellten hierbei die psychotischen Erregungszustände dar. Diese Zustände ließen sich mit den Wutanfällen der kleinkindlichen Wiederannäherungskrise vergleichen.

8 der in dieser Arbeit berücksichtigten 17 Patienten begaben sich unmittelbar nach Überwinden regressiver

Phasen auf eine verblüffend hohe Stufe von Lebenstüchtigkeit. Diese Patienten beeindruckten ihre Betreuer durch eine scheinbare Selbstsicherheit und Autonomie. Es handelte sich jedoch nur um eine brüchige Oberflächenstruktur, die letztlich nicht viel mehr als eine grobe Orientierung in der Realität ermöglichte und die Triebängste vorläufig überdeckte. Die Stimmung dieser Patienten war hypomanisch, reizbar und auftrumpfend. Hinweise auf die Brüchigkeit ihrer Ich-Strukturen ließen diese Patienten nicht an sich heran. Ihnen fehlte in diesem Zustand auch jedes Gespür für die eigenen Triebängste. Auf dem sicheren Terrain der Klinikstrukturen konnten sich die Patienten von eigenen Ich-Ängsten so weit freihalten, daß sie sich mit relativ großer Sicherheit bewegen konnten.

Es entstand ein Klima, in dem diese Patienten und ihre Betreuer ständig unter Handlungs- und Selbstdarstellungszwang standen, agieren, reagieren und konfrontieren mußten. Den Eindruck einer verblüffend hohen, dem Alter vorauseilenden Erwachsensein erzielten die Patienten vor allem mit Blendeffekten. Innere Vorstellungen zur eigenen Identität, also ein innengeleitetes Selbstbild, konnten nicht entwickelt werden, es gelang keine Integration fraktionierter Ich-Anteile (vgl. dazu u.a. auch Bion 1963, 1965, Tustin 1981). Die Darstellung aller Schwierigkeiten anhand von Äußerlichkeiten ging auf Kosten der Glaubwürdigkeit der Patienten. Es fiel schwer, diese Patienten beim Wort zu nehmen. Trotz eines vorherrschenden Gefühls der Ermüdung konnten die Betreuer sich kaum aus den Auseinandersetzungen mit diesen Patienten lösen und die dahinterliegende oft primitive psychische Struktur durchschauen. Versprechungen und tatsächliches Verhalten standen schlecht miteinander in Einklang. Die Betreuer waren verführt, die Sicherheit bietenden Strukturen, die während regressiver Phasen entwickelt worden waren, zu lockern oder aufzugeben. Unbeteiligte Beobachter erlebten die Patienten in diesen Zuständen sogar als völlig normal und waren in Gefahr, an der Verharmlosung der überhaupt noch wahrnehmbaren Probleme mitzuwirken.

Die Betreuung dieser Patienten war in diesen pseudo-progressiven Phasen nicht darauf bedacht, möglichst rasch einen regressiven Umschwung herbeizuführen, etwa indem man die Patienten mit der „Verlogenheit“ ihres Verhaltens konfrontierte. Es wurde anerkannt, daß diese schwach kompensierten, subakuten Phasen der Psychose den Patienten wichtige Ausblicke auf eine mögliche Entwicklung boten, andererseits, was die bedrohliche Triebdynamik betraf, eine wichtige Entlastung darstellten. Eine Überforderung in diesen Phasen ergab sich erst dann, wenn sich die Betreuer dazu verleiten ließen, die Patienten in ihrem hektischen Voraneilen mißzuverstehen und ihnen dabei freie Hand zu lassen, anstatt haltend Widerstand zu leisten.

Auch führte diese ständige Selbstüberforderung der Patienten nicht zwingend zu tiefen regressiven Zusammenbrüchen mit umfassender Versorgungsbedürftigkeit bezüglich elementarer Funktionen wie Nahrungsaufnahme, Körperpflege usw. Charakteristisch waren viel-

mehr vereinzelte sporadische regressive Tendenzen, die dann wieder überspielt wurden. Kleine regressive Einbrüche wurden von den Betreuern immer als „Atempausen“ begrüßt, auch wenn der betreuende Aufwand eher höher wurde. In der Befriedigung primitiver Bedürftigkeiten erlebten die Betreuer ihre Beziehung zu den Patienten stimmiger und echter (vgl. dazu Winnicott 1974, 1976). Dieser therapeutisch günstige Effekt regressiver Zustände konnte freilich nicht darüber hinwegtäuschen, daß die psychotische Störung auch während der Regression in Form einer Orientierungslosigkeit, Ratlosigkeit und depressiver Initiativlosigkeit mit erheblichem Leidensdruck fortbestand. Nicht selten bildeten blande depressive Grundstimmungen und Antriebsarmut den affektiven Hintergrund der regressiven Phasen. Inhaltlich blieb festzuhalten, wie sehr auch in diesen Verläufen die Polarität und Dialektik von Progression und Regression die Entwicklung bestimmten.

Patienten, die häufig im Organisationsniveau ihrer Ich-Funktionen schwankten, fügten ihren Betreuern die Kränkung zu, daß sie die Beziehungsangebote nicht festhielten, sondern immer wieder fallen ließen. Gerade, wenn während regressiver Phasen ein vertrauensvoller Kontakt aufgebaut werden konnte, empfanden die Betreuer, ähnlich wie zuvor die Eltern, den Aufbruch in die Progression so, als würden sie von den Patienten im Stich gelassen. Es bewährte sich in der Betreuung, ein stabiles Bild von den unterschiedlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten und vom tatsächlichen psychosexuellen Entwicklungsstand zu erarbeiten und festzuhalten, evtl. sogar schriftlich zu fixieren. Dieses Bild diente als Orientierungshilfe, als innerer Leitfaden, der es den Betreuern ermöglichte, sich schnell genug an die wechselnden Ich-Zustände anzupassen, ohne völlig in ihnen aufzugehen. Er erleichterte die Aufgabe, zwischen Überforderung und Unterforderung im Behandlungsverlauf einen flexiblen Kurs zu steuern.

Unter den 17 Patienten mit rasch wechselnden Ich-Zuständen traten bei 14 auch psychotische Erregungszustände auf – mit panikartigen Ausbrüchen, blinder Zerstörungswut und vorübergehender wahnhafter Realitätsverkenntung. Diese Erregungen bildeten eine schwere betreuende Herausforderung, denn im Handgemein mit psychotisch erregten Patienten konnten sich in kürzester Frist Aggression und Hilflosigkeit in chaotischer Weise vermischen. Die Interaktionen entwickelten sich dabei in einer Weise, daß die starken Affekte nicht mehr klar auf der Seite der Patienten oder der Betreuer lokalisiert werden konnten. Beide Partner der Interaktion waren betroffen. Die Ausprägung dieser psychotischen Krisen verlangte, daß im Falle einer drohenden Eskalation ein präventiver Zwang auf die erregten Patienten ausgeübt wurde – etwa durch Verschließen der Stationstür. Gelegentlich wurde auch ein neuroleptisches Medikament – manchmal dann auch gegen den Widerstand eines Patienten verabreicht.

Angesichts solcher Maßnahmen wurde wiederholt die Gefahr eines „kalten“ Managements reflektiert, mit der Gefahr, einer institutionellen Gewalt unterworfen zu

werden, die sich nicht mehr aus dem Beziehungsgeschehen, also der Verwicklung und Betroffenheit einer Bezugsperson ableiten ließ. Der „kalte“ Gewalt war freilich die Gefahr einer „überhitzten“ Gewalt gegenüberzustellen, die aus einer zu engen Verwicklung mit dem erregten Patienten entstand und statt Sicherheit wiederum ein Element von Hilflosigkeit mitführte. Die angestrebte Haltung bestand darin, aus mittlerer Distanz einzugreifen bzw. zur Verfügung zu stehen, d.h. weder aus zu enger Verwicklung, noch aus völliger Gleichgültigkeit heraus. Im Alltag konnte dies etwa so aussehen, daß ein Betreuer zunächst in eine Auseinandersetzung mit einem psychotisch erregten Patienten hineingeraten war und zu dieser Erregung weiter beitrug, dann jedoch aus der Auseinandersetzung ausscheren und eine sichere und abgegrenzte Haltung einnehmen konnte. Bei diesen Krisen wurde den Betreuern stets eine schwere Probe ihrer eigenen psychischen Belastbarkeit abverlangt. Die Gefahr des Scheiterns war erheblich. Der Rückzug in eine distanzierte, gleichwohl haltende Position wurde dann erleichtert, wenn eine dritte Person hinzugezogen werden konnte.

Der reflektierte Einsatz einer solchen Gewalt aus mittlerer Distanz bewirkte, daß die Betreuer den ausufernden Aggressionen eines Patienten einen haltgebenden Widerstand entgegensetzten und gleichsam dort körperlich einspringen konnten, wo der Patient seiner eigenen Triebhaftigkeit keinen Einhalt mehr gebieten konnte. Die ungerichteten Gefühle einschließlich der in den Aggressionen enthaltenen Ängste des Patienten konnten in einer konkreten Auseinandersetzung gebunden werden. Dies eröffnete den Patienten die Möglichkeit, die Betreuer als Garanten einer unverrückbaren Grenze und damit als schützende Instanz zu erleben. Ein Reifungsschritt war dann vollzogen, wenn die Patienten über das einmalige Erlebnis hinaus den erfahrenen Halt verinnerlichen und als Ich-Funktion selbst übernehmen konnten. Wesentlich war der Austausch und die Reflexion im gesamten Team – vor allem mit Hilfe der Supervision –, damit der Zusammenhang der Maßnahmen mit dem psychotischen Erleben der Patienten präsent blieb und die die Patienten einschränkende Gewalt von allen als Ich-stützende Maßnahme besetzt werden konnte. Hierbei erwies sich, daß Erfahrung und Professionalität im Umgang mit psychotischen Patienten tendenziell eher mit dem Risiko einer zu großen Distanz zu den erregten Patienten verbunden war, Unerfahrenheit dagegen mit dem Risiko zu großer unbewußter Nähe und Verwicklung.

Von der Qualität des Erlebens her lag es nahe, die psychotischen Erregungszustände mit Wutanfällen in der Wiederannäherungsphase des Kleinkindesalters zu vergleichen. Dort können die Kinder ebenfalls Gefühle, die gegen ein böses Objekt gerichtet sind, nicht ausreichend internalisieren und integrieren. Hier wie dort geht es darum, einem erregten Menschen zu ermöglichen, seine bedrohlich abgespaltenen Affekte an eine Person zu binden, damit sie nicht ins Leere laufen bzw. ihre volle zerstörerische Potenz blindlings überall entfalten, auch in ihnen selbst. Ein wütendes Kind sollte ebenso wie ein er-

regter Patient erfahren, daß die betroffenen Personen nicht zerstört werden, notfalls, indem wirksame Schutzmaßnahmen ergriffen werden.

Fallbeispiel

Die 14jährige Christine¹ war mit 12 Jahren erstmals vorgestellt worden. Schon damals lebten die Eltern getrennt im gleichen Haus. Der Vater war häufig betrunken, beide Eltern versuchten, Christine auf ihre Seite zu ziehen. Sie wurde wechselnd traurig zurückgezogen, dann erregt, insgesamt unsicher in ihren Realitätsbezügen: stimmte es, was die Lehrer sagen? Die Mutter mußte klären, ob eine Gurke nun grün oder lila sei. Es gab zwanghafte Körperrituale. Christine sah und spürte rote Tiere auf ihrem Körper. Das Haus war umstellt, ein roter Mercedes verfolgte sie, Freunde waren in Tiergestalt zu ihrem Schutz eingesetzt.

Bei der Aufnahme war Christine manisch erregt, sie wollte unbedingt von den Eltern weg. Auf ihren Handrücken hatte sie ein Kreuz tätowiert, was bedeuten sollte, daß sie für die Eltern und die Eltern für sie gestorben seien. Die Klinik betrachtete sie mit verliebten verträumten Augen und idealisierte sie maßlos. Christine war über und über mit Tüchern und Gürteln behängt, wollte am liebsten ihre ganze Zimmereinrichtung in die Klinik transportieren. Die Eltern wurden wütend beschimpft. Körperlich war Christine etwa zwei Jahre vorgereift, wie eine 16 oder 17jährige.

Die späteren Begegnungen zwischen Christine und ihren Eltern verliefen stets in höchster Erregtheit, es blieb dabei kaum Zeit zu atmen, nach 1/2 Stunde waren alle erschöpft. Die familiären Interaktionen waren schwer gestört. Die Eltern schienen ihre Beziehung über die Krankheit der Tochter zu kitten.

Im Behandlungsverlauf fielen extreme Schwankungen in der Stimmung und in der Selbstdarstellung auf. Die Veränderungen geschahen sehr rasch, verschiedene affektive Zustände konnten gleichzeitig nebeneinander herlaufen und sich vermischen. Veränderungen ergaben sich explosionsartig von einem Augenblick auf den anderen. Eine eben noch wahrgenommene Realität wurde kurz darauf verkannt. Aggressive Durchbrüche und depressive Stimmungen wechselten ab. Depressive Stimmungen hielten immer nur tageweise an, die Neigung zu aggressiver Geiztheit dauerte meist Wochen. In Einzelbetreuung konnte Christine gut in die Beziehung zurückgeholt werden. In der Gruppe war ein unaufhörliches Agieren kaum zu beeinflussen. Die Inkonsistenzen des Verhaltens wirkten auf das Team zurück. Es wurde zunächst keine klare Linie in der Betreuung gefunden.

Zur Beherrschung erregter Krisen wurden Festhalterituale entwickelt, die durch das Aufrechterhalten der Beziehung Grenze und Halt vermittelten. Der Tagesablauf war zeitlich eng strukturiert, auch hier waren mit Christine ritualisierte Elemente entwickelt worden. So gab es feste Tageszeiten, in denen sich Christine gemeinsam mit einer der Bezugspersonen in ihrem Zimmer aufhalten mußte. Mahlzeiten nahm sie an einem Einzeltisch im Eßraum gemeinsam mit einem Betreuer ein. Es gab einen tagebuchartig geführten Kalender über die Menstruation, die nicht selten mit Erregungszuständen zusammenfiel. Erst über eine solche Konkretisierung war eine Interpretation dieses Zusammenhanges mit der Patientin zu erarbeiten.

Die Betreuungsprotokolle verdeutlichten die widersprüchliche Dynamik im Therapieverlauf: Es wurde über entspannte

friedliche Stunden gemeinsam mit Christine berichtet, in denen sie idyllisch-kindliche Bilder malte. Kurz darauf entwich die Patientin trotz Aufsicht an 4 Abenden, um das „Sommerfest“ (Jahrmarkt) zu besuchen, das sie faszinierte, auch sexuell stimulierte. Sie verübte dort Diebstähle. Kurz darauf wurde Christine in einem Bericht als in sich gekehrt und leicht lenkbar beschrieben. Es fehle ihr jede Energie, jedes Selbstvertrauen, sie fühle sich häßlich und dumm, sie weine bitterlich.

Zeitweilig mußten die zahllosen Kleider, die Christine besaß, in Kisten verpackt und so vor Zerstörung gesichert werden, weil sie diese aus den Schränken räumte, aus dem Fenster warf und auf der Straße verteilte. Ihre Betreuer bombardierte sie mit Vorwürfen, da sie sich die vielen schönen Kleider, die sie sich in Tübinger Boutiquen hatte zurücklegen lassen, nicht kaufen durfte. Ein gemeinsam geführtes Kassenbuch war ein erster Schritt in Richtung auf die Übernahme eigener Verantwortung für ihre Ausgaben.

Ständig wurden einzelne Betreuer dazu verführt, auf scheinbar erwachsene Anteile bei Christine einzugehen. Sie waren dann über sich selbst verblüfft, wenn sie sich klar machten, daß die Patientin erst 14 Jahre alt war. Stets wurde von Christine eine der Bezugspersonen hoch verehrt, eine andere tief entwertet. Häufig fühlten sich Teammitglieder von Christine provoziert; vor allem in Situationen, in denen sie es sehr geschickt verstanden hatte, ihre Hilflosigkeit durch chaotische Aktionen abzuwehren, denen sich die Betreuer dann ebenso hilflos gegenübersahen.

Ausdruck dieser Spaltungsprozesse waren die wiederholten Diskussionen im Team über die diagnostische Einordnung der Störung und die angemessene Form der Anwendung von Psychopharmaka. Ein Teil des Teams stand unter dem Eindruck, die Patientin erhalte eine zu hohe Medikation, der Rest des Teams sah es anders herum.

Christine richtete eine Vielzahl von Zerstörungen an. Einmal trampelte sie beispielsweise bei einem eigenmächtigen Stadtgang voller Wut auf dem Dach eines parkenden Autos herum. Bedrohliche Fremd- aber auch Selbstgefährdungen ereigneten sich vorzugsweise außerhalb der Station, wenn sich Christine dem Halt gewährenden Rahmen durch Weglaufen entzogen hatte. Andererseits wurden Einschränkungen, insbesondere auch Einschränkungen des Ausganges, als ungerecht und grausam empfunden und nachhaltig von ihr bekämpft, so daß wiederholt alle Abmachungen ins Wanken gerieten.

Die oben geschilderten raschen Umschläge der Stimmung kennzeichneten die gesamte Behandlung. Einmal arrangierte Christine eine Puppe, einen Zwerg, Gebäck, Äpfel auf einer Art Gabentisch in immer neuen Variationen und phantasierte dazu ihren eigenen Geburtstag, Namenstag, anderer Leute Geburtstag, bis ihre kindliche Freude in einen Weinkrampf umschlug. In einem Bericht aus der gleichen Zeit wurde von einer ziellosen, zügellosen Energie in den Handlungen von Christine gesprochen. In einem Nachthemd habe sie sich in ein Café der Stadt begeben und sich dort produziert. Schließlich legte Christine einen schweren Brand in ihrem Zimmer. Während sich dieser bereits ausbreitete, kredenzte sie ihren Mitpatienten heiter lächelnd einen selbst zubereiteten Obstsalat.

Unter der ca. 10monatigen stationären Behandlung bei uns erfolgte eine Remission des psychotischen Bildes. Weitere psychotische Episoden führten in den folgenden Jahren zu mehreren kurzfristigen Klinikaufenthalten.

¹ Der Name der Patientin wurde geändert.

5 Schlußfolgerungen

In unserer Untersuchung ließ sich der psychopathologisch verwendete Begriff der rasch-wechselnden Ich-Zustände bei Jugendlichen mit schizophrenen Psychosen auf die Reifungs- und Ablösungsproblematik und ihre Reinszenierung im Rahmen der Therapie beziehen. Diese Zustände konnten als Ausdruck der psychotischen Ambivalenz und der Entmischung der Affekte verstanden werden, gleichzeitig als Versuch, einen – allerdings rasch wechselnden – eindeutigen Gefühlszustand auf einheitlichem Organisationsniveau dagegenzusetzen. Dabei waren die als Vernichtung phantasierte Bindung an Personen und auch die als Verlust jeden Bezugspunktes erscheinende Ablösung stark angstbesetzt. Im Unterschied zu den relativ stabilen Abwehr- und Bewältigungsmustern bei Psychosen, wie z. B. der Wahnbildung, oder der tiefen Regression herrschte dabei eine frei flottierende Angst vor, die nur sehr schwer zu binden war – etwa durch die Projektion bedrohlicher Triebanteile oder durch eine tragfähige therapeutische Beziehung. Aber gerade Beziehungen konnten, wenn sie als zu bedrohlich nah empfunden wurden, die frei flottierende Angst noch verstärken. Dieser dynamischen Situation entsprach eine relative Häufung psychotischer Erregungszustände.

Der Versuch, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen, gestaltete sich als schwierige Gratwanderung, wobei haltgebende Struktur aus mittlerer Distanz angeboten werden mußte. Dabei war nicht zu verkennen, daß solche Strukturbildungen, beispielsweise über die zeitliche Strukturierung des Tagesablaufes, zunächst einmal für das Team wichtige Momente der Sicherheit waren. Insofern kommt generell den auf psychiatrischen Stationen angewandten, für alle Patienten verbindlichen Regeln eine wichtige therapeutische Funktion zu. Wir bevorzugen allerdings für jeden Patienten neu zu definierende, wandelbare Regeln. Die spezifischen Auseinandersetzungen jedes Patienten mit diesem therapeutischen Rahmen, die Attacken und Überschreitungen, kennzeichnen einen individuellen Entwicklungsprozeß (vgl. Langs 1979) und können, sofern sie therapeutisch genutzt und interpretiert werden, wesentliches Movens einer sich herausbildenden Fähigkeit zur Triangulierung und damit zur Anerkennung veränderter Beziehungsstrukturen werden. Dies kann nur gelingen, wenn Struktur nicht, wie im Kippen von Affekt und Antrieb, als starr, sondern aus der Bewegung heraus erfahbar wird (vgl. Lempp 1987). Unter dem Gesichtspunkt der haltgebenden Funktion aus mittlerer Distanz ist unseres Erachtens auch die Anwendung von Psychopharmaka anders als bisher zu diskutieren. Psychopharmaka sind geeignet, zeitweise unerträgliche Ängste zu binden, gerade auch, weil sie als Filter in der als zu nah und eindringend empfundenen therapeutischen Beziehung fungieren. Sie eröffnen damit ‚Trennung‘ als prinzipielle Erlebnismöglichkeit, indem ein Drittes, nämlich das Medikament, in die Beziehung eingeführt wird. Die Medikamente sichern gleichzeitig, da sie von Mitgliedern des Teams verabreicht und in den Körper des Patienten aufgenom-

mene Objekte sind, die Unzerstörbarkeit der zwischenmenschlichen Verbindung.

Summary

The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents

The paper reports about some aspects of a major retrospective case study of 43 psychotic adolescents in long term in-patient treatment. One of five items to classify these treatments were rapidly changing ego-states. In 17 patients this phenomenon was seen as having essential repercussions on the therapeutic course. The discussion is centered round the day by day interactions with these patients on the ward. The question is raised, how holding structures and continuity of personal relations can be reached and maintained in view of rapidly changing levels of ego functioning. Much emphasis is laid on the understanding of interpersonal dynamics between nursing staff and patients. Such understanding enables the team to adapt to the patients' needs without being overwhelmed by their impact. A thus reflected shaping of everyday interactions on the ward is highlighted as an essential factor in the treatment of psychotic adolescents. The term „rapidly changing ego-states“ refers to the adolescent problem of maturation and separation and to the re-staging of this problem in a treatment setting. Mental illness evolves to be understood a developmental crisis.

Literatur

- Balint, M. (1970): Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett.
 – Becker, St. (1981): Das Pflegepersonal als Therapiefaktor bei der Behandlung von psychotischen und Borderline-Patienten in der Adoleszenz. In: Lempp, R. (Hrsg.) Adoleszenz. Bern: Huber, S. 113–127.
 – Bion, W. (1963): Elements of Psycho-Analysis. London: Heinemann.
 – Bion, W. (1965): Transformations. London: Heinemann.
 – du Bois, R. (1988): Probleme des alltäglichen Umgangs mit wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnissen bei juvenilen Schizophrenen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 139, 49–60.
 – du Bois, R./Günter, M./Kleefeld, H. (1988): Der betreuende Alltag in der Langzeitpsychotherapie psychotischer Jugendlicher – am Beispiel von Störungen der Reifung und Loslösung. Eine Bestandsaufnahme. In: Lempp, R. (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Bern: Huber, S. 118–142.
 – Eisler, K. R. (1958): Notes on the problems of technique in the psychoanalytic treatment of adolescents. Psychoanalytic Study Child 13, 233–254.
 – Federn, P. (1978): Ich-Psychologie und die Psychosen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
 – Freud, A. (1982): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Bern: Huber, 3. Aufl.
 – Günter, M. et al. (1985): Das Betreuerteam einer Jugendlichenstation als wichtiger Therapiefaktor. In: Rotthaus, W. (Hrsg.): Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 3. Dortmund: Modernes Lernen, S. 168–180.
 – Günter, M./Heinzmann, B. (1987): Psychoanalytische Sozialarbeit in der Psychiatrie. Die Behandlung eines psychotischen Jugendlichen. Psychosozial 10, 48–62.
 – Heinzmann, B. et al. (1983): Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. Z. Kinder- Jugendpsychiat. 11, 379–387.
 – Langs, R. (1979): The

Therapeutic Environment. New York: Jason Aronson. – *Lauffer, M.* (1984): Adolescence and Developmental Breakdown. Cambridge: Univ. Press. – *Lempp, R.* (1984): Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. In: *Lempp, R.* (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber, S. 169–222. – *Lempp, R.* (1987): Struktur als Bewegung. Thea Schönfelder und die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag am 27.2.87 an der Universität Hamburg. – *Mahler, M.* (1972): Symbiose und Individuation, Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart: Klett. – *Mahler, M. et al.* (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer. –

Tustin, F. (1981): Psychological Birth and Psychological Catastrophe. In: *Grotstein, J. S.* (Hrsg.): Do I Dare Disturb the Universe? A Memorial to W.R.Bion. Beverly Hills. – *Winnicott, D. W.* (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler. – *Winnicott, D. W.* (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Michael Günter, Abt. Kinder- u. Jugendpsychiatrie der Eberhard-Karls-Universität, Osianderstr. 14, 7400 Tübingen 1