

Hobrücker, Bernard

## **Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40 (1991) 3, S. 90-96

urn:nbn:de:bsz-psydok-34690

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) ..... 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) ..... 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) ..... 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) ..... 260

### Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) ..... 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) ..... 55

### Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) ..... 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) ..... 368

### Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) ..... 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) ..... 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) ..... 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) ..... 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) ..... 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) ..... 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) ..... 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) ..... 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) ..... 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) ..... 85

### Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) ..... 171

### Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) ..... 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) ..... 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) ..... 284

### Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) .... 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy) .....	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences) .....	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents) .....	328	<b>Werkstattberichte</b>	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue) .....	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
<b>Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald .....	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence) .....	22	<b>Tagungsberichte</b>	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry) .....	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“ .....	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment) .....	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“ .....	231
<b>Übersichten</b>		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg .....	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents) .....	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia) .....	166	<b>Buchbesprechungen</b>	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems) .....	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge .....	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family) .....	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung .....	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood) .....	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1 .....	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents) .....	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie .....	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem) .....	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion .....	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom) .....	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen .....	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion) .....	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte .....	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?) .....	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships) .....	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder .....	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes .....	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26 .....	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen .....	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe .....	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken .....	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung .....	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie .....	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie .....	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen .....	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote .....	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis .....	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. ....	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder .....	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie .....	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen .....	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen .....	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle .....	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen .....	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt .....	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe .....	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung .....	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie .....	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen .....	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen .....	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern .....	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen .....	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung .....	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis .....	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik .....	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe .....	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis .....	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome .....	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe .....	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik .....	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte .....	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2 .....	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse .....	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung .....	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie .....	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte .....	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven .....	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder .....	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren .....	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter .....	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten .....	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen .....	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern .....	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken .....	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern .....	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens .....	277	<b>Editorial</b> 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie .....	70	<b>Ehrungen</b> 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry .....	308	<b>Nachruf</b> 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	69	<b>Autoren der Hefte</b> 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung .....	317	<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung .....	35	<b>Zeitschriftenübersicht</b> 67, 148, 235, 305, 383	
		<b>Tagungskalender</b> 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		<b>Mitteilungen</b> 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

# Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten

Von Bernard Hobrucker

## Zusammenfassung

Referiert werden Ergebnisse aus einer Befragung jugendpsychiatrischer Patienten sowie Angehöriger des heilpädagogischen Personals über die Verpflichtung zu einzelnen Tätigkeiten im stationären Alltag sowie das Ausmaß der erlebten Kontrolle hierüber. Die Ergebnisse lassen eine hohe Übereinstimmung zwischen Betreuern und Patienten im Hinblick auf Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten erkennen, zugleich auch eine deutliche Trennung zwischen wenig und stark verpflichtenden Tätigkeiten. Es ergibt sich darüber hinaus eine Art „Verpflichtungsgefälle“ zwischen Betreuern und Patienten in dem Sinne, als Betreuer teilweise höhere Pflicht- und Kontrolle-Scores verwenden. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund diskutiert, in welcher Weise ein starker Kontrolle unterliegendes therapeutisches Feld zur Autonomieentwicklung unserer Patienten beitragen kann.

## 1 Einleitung

Die vorliegende Studie hat den milieutherapeutischen Bereich stationärer Therapie unter dem Aspekt der Handlungsmöglichkeiten zum Gegenstand. Mit dem Begriff „Handlungsmöglichkeiten“ wird darauf hingewiesen, daß zur Handlung „ein Minimum an Freiheit des Akteurs (KRAMPEN, 1987) gehört, und daß Handlungen,

die durch ihre Zielgerichtetheit, Geplantheit, Bewußtheit sowie intendierte Herbeiführung (v. CRANACH et al., 1980) definiert sind, sich auch danach unterscheiden lassen, inwieweit sie „volitional“ sind, als willentlich herbeigeführt werden und damit das Ergebnis einer persönlichen Entscheidung und Entschlußfassung sind. Gerade der von jugendlichen Patienten gelegentlich kritisierte „Zwang“ zu einzelnen Aktivitäten zeigt an, daß in der mitunter als Gängelung erlebten Strukturierung des stationären Tagesablaufs Wünsche nach Handlungsmöglichkeiten zur Verwirklichung eigener Ideen oder aber regressive Wünsche nach Ruhe in Passivität bestehen. Auch vor dem Hintergrund der Autonomieförderung stationärer Patienten erscheint es zweckmäßig zu untersuchen, wie verpflichtend einzelne Tätigkeiten erlebt werden und wie stark ihre Kontrolle durch das Klinikpersonal empfunden wird, um die Konzeption der Strukturierung stationärer Tagesabläufe mit der globalen Zielsetzung einer Förderung der Autonomieentwicklung in Einklang zu bringen.

## 2 Fragestellung

Die Arbeit ist Bestandteil einer Untersuchung zur Handlungskontrolle (KÜHL, 1982, 1983) jugendpsychiatrischer Patienten in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden Störungsbild. Handlungskontrolle meint hier den

„hypothetischen Prozeß, der zwischen Handlungsabsicht und Handlungsausführung vermittelt“ (KUHLE, 1982 a). Störungen im Bereich der Absichtsentwicklung und -realisierung („intentionale Störungen“) sind schon früh als wesentliche Merkmale seelischer Entwicklungsprobleme aufgefaßt worden (SCHULTZ-HENCKE/DÜHRSEN, 1954, LÖWNAU, 1964). Das KUHLEsche Konzept ersetzt den eher unscharf verwendeten Begriff der Intentionalität durch ein Konstrukt, das sich empirisch überprüfen läßt und das von HECKHAUSEN 1981 konstatierte „Handlungsloch“ der Motivationspsychologie (vgl. HECKHAUSEN, 1987) füllen kann: Nach dem Wünschen, Wägen und Wählen, dem Forschungsgegenstand herkömmlicher Motivationspsychologie also, entscheidet die Bildung einer Absicht darüber, ob es zum Entschluß und damit zur Handlung kommt. „Damit beginnt für diese Intervention die volitionale Phase“ (HECKHAUSEN, 1987), und der Mensch ist aus der „Realitätsorientierung“ (Motivationsphase) zur „Realisierungsorientierung“ (Volitionsphase) gelangt. Die Volitionsstärke, die zur Durchführung einer Handlung vonnöten ist, um die Absicht bis zur Beendigung der Handlung aufrechtzuerhalten, hängt neben anderem auch von der Verpflichtung zu dieser Handlung ab sowie von der äußeren Kontrolle, die über die handelnde Person ausgeübt wird.

Befragt wurden Jugendliche in stationärer Behandlung sowie heilpädagogische Betreuer über Tätigkeiten, die Patienten während des stationären Aufenthaltes ausüben. Neben der Frage des „Verpflichtungsgrades“ sowie des Ausmaßes an erlebter Kontrolle über die einzelnen Tätigkeiten interessierte dabei auch die Homogenität der Tätigkeitsbeurteilungen in den jeweiligen Stichproben. Von der Klärung des Zusammenhanges der Konstrukte „Pflicht“ und „Kontrolle“ erhoffen wir uns Anhaltspunkte über die Konsistenz der heilpädagogischen Struktur. Dabei soll das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen Patienten- und Betreuerurteilen einen Anhaltspunkt dafür liefern, wie eindeutig die therapeutische Konzeption an die Patienten übermittelt wurde.

Im Diskussionsteil geht es um die Frage, inwiefern die Milieubedingungen des stationären Behandlungsansatzes mit seiner Vielzahl von Kontrollmöglichkeiten über die Handlungen der Patienten die Weiterentwicklung autonomer Strebungen zu fördern vermögen, und welche Wege der empirischen Kontrolle möglich sind.

### 3 Methode

#### 3.1 Meßverfahren

Es wurde eine Zufallsauswahl von 37 Tätigkeiten oder Tätigkeitskomplexen getroffen, die im Rahmen der stationären Therapie möglich sind und teilweise verlangt werden. Durch Zusammenfassungen bestimmter Tätigkeiten nach ihrer Ähnlichkeit (etwa: Radio/Cassetenrecorder hören) liegen den 37 Items in Wirklichkeit 47 Einzeltätigkeiten zugrunde (vgl. Tabellen 1 und 2). Die Liste der zu beurteilenden Tätigkeiten wurde vorge-

lesen, und es wurde den Probanden in zwei Durchgängen je eine Ratingskala „Pflicht“ und „Kontrolle“ vorgelegt. Die fünf Punkte der *Pflicht-Skala* waren wie folgt definiert:

- 1: Nie und unter keinen Umständen Pflicht
- 2: In seltenen Fällen zur Pflicht gemacht
- 3: Gelegentlich zur Pflicht gemacht
- 4: Häufig zur Pflicht gemacht
- 5: Absolute und fast ausnahmslose Pflicht, deren Nichtbefolgung die Therapie in Frage stellt

Bei Vorlage der *Kontrolle-Skala*, mit der die Tätigkeitsliste erneut durchgegangen wurde (ohne daß den Probanden ihre *Pflicht*-Ratings aus dem ersten Durchgang ersichtlich waren), wurde vorab das hier verwendete Konzept von „Kontrolle“ erläutert (hier in der Version der Patienten-Anleitung):

Jetzt sollst du bitte alle 37 Tätigkeiten danach beurteilen, wie stark die Kontrolle ist, die die Erzieher, Therapeuten oder Lehrer (oder alle zusammen) über diese Tätigkeiten ausüben; das heißt, wie stark sie jeweils kontrollieren, ob du diese Tätigkeit auch machst, oder auch: wie du sie machst. Solch eine Kontrolle kann stattfinden, indem man dich beobachtet oder auch fragt, ob du etwas gemacht hast; das wäre die „eher passive Kontrolle“; oder aber indem man dich auffordert, etwas zu tun, oder aber: indem man dir sagt, wie du etwas richtig machst, wie du es besser machen kannst und so weiter. Dies nenne ich die „eher aktive Kontrolle“. Alles zusammen nennen wir also Kontrolle. Diesmal hast du sechs Antwortmöglichkeiten, die wir im einzelnen durchgehen wollen.

Die Ratingskala für *Kontrolle* war so aufgebaut, daß die Zweiteilung des Kontrollkonzepts als „Beobachtung/Nachfrage (eher passiv)“ sowie „Aufforderung/Korrektur (eher aktiv)“ über die Definition der Skalenpunkte noch einmal aufgeführt war. Die sechs Skalenpunkte lauteten im einzelnen:

- 1: Eine Kontrolle wird praktisch nicht ausgeübt
- 2: Die Kontrolle ist überwiegend gering und eher passiv; Registrierungen nur in seltenen Fällen
- 3: Eine eher seltene Kontrolle dieser Tätigkeit ist die Regel; kaum aktives Eingreifen
- 4: Eine – auch mal aktive – Kontrolle wird eher häufig ausgeübt
- 5: Es wird – aktiv und passiv – oft kontrolliert, ob die Tätigkeit durchgeführt wurde oder nicht
- 6: Eine Kontrolle dieser Tätigkeit findet regelmäßig und intensiv statt

Die Protokollierung der Antworten wurde auf einem Interview-Bogen festgehalten, wobei in Zweifelsfällen über die gegebenen Erklärungen hinaus keine weitere Urteilshilfen mehr erfolgten. „Zwischenstufen“, etwa von 3,5 im *Kontrolle*-Rating, wurden nicht akzeptiert.

#### 3.2 Stichproben und Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in Einzelinterviews mit 28 stationären Patienten zwischen 14 und 18 Jahren sowie mit zehn Betreuern aus dem heilpädagogischen Bereich der Therapie (vier Krankenschwestern bzw. -pfleger, fünf Erzieher sowie eine Sozialpädagogin). Alle Probanden gehörten zu den zwei Therapiestationen für Adoleszenten der Abteilung Kinder- und Ju-

gendpsychiatrie. Die Probanden stellen eine Stichprobe aus Patienten dar, die im Laufe von acht bis neun Monaten stationär aufgenommen waren. Kriterien für die Einbeziehung waren eine Mindest-Aufenthaltsdauer von bereits zwei Wochen vor Interviewbeginn sowie der Ausschluß einer psychotischen Erkrankung. Die Interviews wurden vom Autor durchgeführt, der als Therapeut der Kinderstation den Jugendlichen nur vom Sehen her bekannt war, nicht am therapeutischen Alltag der Patienten teilhatte und bei Besorgnis über die Weitergabe einzelner Urteile auch Diskretion zusagen konnte.

4 Ergebnisse

Die im Interview in willkürlicher Reihenfolge dargebotenen – Tätigkeiten wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit unter inhaltslogischen Gesichtspunkten aufgeteilt in *gemeinschaftsbezogene* (Tab. 1) und *individuumbezogene Tätigkeiten* (Tab. 2) und bezüglich ihrer Verteilung getrennt nach Betreuern und Patienten dargestellt. Da es sich um teilweise schiefe Meßwertverteilungen handelt, sind die Verteilungsmaße (arithmetisches Mittel, Standardabweichung) nur als Anhaltspunkte zu verstehen, die im Einzelfall das Datenmaterial etwas verzerrt wiedergeben können. Die Signifikanzprüfung auf mögli-

che Beurteilungs-Unterschiede zwischen Erziehern und Patienten erfolgte auf den einzelnen Ratingstufen jeweils mittels eines Vier-Felder-Chi-Quadrats.

Die Gruppierung der Tätigkeiten nach inhaltslogischen Gesichtspunkten läßt erkennen, daß vor allem im Bereich der *intramuralen Kommunikation* Unterschiede zwischen Patienten- und Betreuer-Urteilen bestehen, die allerdings bei Betrachtung der jeweiligen Mittelwerte keine fundamental unterschiedlichen Einschätzungen deutlich werden lassen. Auffallend erscheint, daß abgesehen von einer Tätigkeit („In der Gruppe etwas darstellen [Malen, Rollenspiel] und darüber reden“) jeweils die Betreuer die höheren Werte im Hinblick auf *Pflicht* und *Kontrolle* haben. Auffallende Unterschiede bei den Streuungswerten finden sich vor allem, bei der Frage der Verpflichtung, mit dem/der Therapeut/in ein wichtiges Gespräch zu führen. Die Patientenurteile sind hier wesentlich uneinheitlicher.

Auch bei den individuum-bezogenen Tätigkeiten sind Urteilsunterschiede einseitig im Sinne höherer Skalenwerte bei den Betreuer-Urteilen. Sie finden sich vor allem bei der Verpflichtung zu extramural orientierten Tätigkeiten sowie im Hinblick auf Ordnung und Hygiene: Alle Tätigkeiten außer dem Schuheputzen (welches oh-

Tab. 1: „Pflicht“- und „Kontrolle“-Urteile bei Tätigkeiten jugendpsychiatrischer Patienten  
(A: Gemeinschafts-bezogene Tätigkeiten)

	PFLICHT				P	KONTROLLE				P
	Patn		Betreuer			Patn		Betreuer		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
<i>Regeln des Zusammenlebens:</i>										
Außerdienstlich jemandem beim Küchendienst/Abwasch helfen	1,8	0,88	2,0	0,67		2,3	0,98	2,7	0,95	
Den Gruppenraum oder die Küche aufräumen	4,3	0,61	4,2	0,42		5,1	1,07	5,4	0,52	
Eine kleine Feier in der Gruppe vorbereiten	1,5	0,74	2,2	0,63	.01	2,1	1,37	3,1	0,99	.01
Tischdienst/Abwasch machen	4,3	0,61	4,7	0,48		5,2	1,06	5,3	0,68	
Zusammen mit anderen einkaufen gehen	1,7	0,85	2,6	0,84	.05	2,5	1,5	3,6	1,54	
Gruppenkochen vorbereiten oder daran teilnehmen	4,3	0,82	4,5	0,71		5,0	0,94	5,8	0,42	
<i>Sport und Spiel:</i>										
Ein Gesellschaftsspiel (auch: Karten) spielen	1,3	0,6	2,2	0,63	.001	1,8	1,14	2,5	0,97	
Im Tagesraum zu mehreren Kicker spielen	1,1	0,42	1,9	0,88		1,7	1,12	3,1	0,74	.001
In der Schwimmhalle herumtoben	2,0	1,14	2,2	1,14		2,6	1,31	3,7	1,06	
Billard spielen	1,1	0,36	1,5	0,53		4,3	1,72	3,4	0,84	
Tischtennis spielen	1,2	0,5	1,7	0,48		1,6	1,07	2,7	0,68	.05
Ball (Fuß-, Hand-, Volley-) spielen	2,4	1,35	2,4	1,35		3,4	1,75	3,9	1,2	
<i>Intramurale Kommunikation:</i>										
In der Gruppe etwas darstellen (Malen, Rollenspiel) und darüber reden	4,1	1,13	3,4	1,35	.05	4,5	1,48	4,6	1,51	
An einer zufällig zustande gekommenen Unterhaltung teilnehmen	1,2	0,39	1,9	0,99		1,6	0,87	2,6	0,84	.01
Beim Gespräch in der Gruppe etwas sagen oder diskutieren	2,4	1,1	3,0	0,67	.05	3,2	1,17	3,2	1,23	
Eine Gruppenaktivität vorschlagen	1,8	0,82	3,0	0,82	.05	2,5	1,43	3,4	0,7	
Es jemandem sagen, wenn man sich über ihn/sie ärgert	1,8	0,85	3,2	0,63	.01	2,3	1,33	3,5	0,85	
Mit Therapeut(in) ein wichtiges Thema besprechen	3,5	1,45	3,6	0,7		5,2	1,31	5,5	0,53	
Mit einem/einer Erzieher/in etwas allein besprechen	2,3	1,35	2,9	0,88	.05	4,9	1,6	5,5	0,71	

Tab. 2: „Pflicht“- und „Kontrolle“-Urteile bei Tätigkeiten jugendpsychiatrischer Patienten  
(B: Individuum-bezogene Tätigkeiten)

	PFLICHT				P	KONTROLLE				P
	Patn		Betreuer			Patn		Betreuer		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
<i>Rezeptiv/konsumierend</i>										
In einem Buch lesen	1,2	0,57	1,3	0,48		1,1	0,26	1,5	0,71	
(Tages)Zeitung lesen	1,1	0,36	1,7	0,68		1,1	0,32	2,0	1,05	
Illustrierte/Zeitschrift lesen	1,3	0,84	1,6	0,52		1,1	0,32	2,0	1,0	
Radio/Cassettenrecorder hören	1,1	0,26	1,3	0,68		2,5	1,4	2,7	1,06	
Fernsehen	1,0	0,19	1,6	0,84		3,5	1,67	3,9	1,37	
<i>Extramural orientiert</i>										
In den Ausgang gehen	1,5	0,92	2,6	0,7	.001	3,0	1,68	3,6	1,17	
Jemandem einen Brief schreiben	1,1	0,42	1,4	0,52		1,1	0,26	1,4	0,52	
Sich etwas kaufen	1,1	0,59	2,4	0,74	.001	2,1	1,34	2,8	1,03	
Jemanden von der Familie anrufen	1,3	0,66	2,0	0,47	.001	2,0	1,31	2,2	1,14	
<i>Arbeit</i>										
Schularbeiten machen	3,6	1,39	4,1	0,57		4,1	1,65	4,5	0,85	
Etwas für die Schule tun („freiwillig“; keine Aufgaben)	1,8	1,13	1,4	0,52		1,7	0,95	2,2	0,92	
In die Schule gehen	4,8	0,39	4,9	0,32		5,8	0,59	5,9	0,32	
Werken/Basteln/mit Ton arbeiten	4,4	1,10	4,9	0,32		5,6	0,83	5,8	0,42	
<i>Ordnung/Hygiene</i>										
Das Zimmer aufräumen	3,3	1,16	4,0	0,47	.01	3,9	1,54	4,9	0,88	
Duschen	2,1	1,38	3,0	1,16		2,1	1,35	3,0	1,31	.05
Schuhe putzen	1,1	0,32	1,4	0,52		1,2	0,5	1,8	0,79	
(Ein) Kleidungsstück(e) waschen	1,6	0,83	2,7	0,82	.01	1,8	1,0	3,5	1,35	.05
Zähne putzen	1,9	1,44	2,5	0,85	.01	1,7	1,18	2,6	1,08	

nehin zu den außerordentlich seltenen Tätigkeiten gehört) werden im Hinblick auf *Pflicht*, *Kontrolle* oder beide Kriterien different eingeschätzt.

Die Zusammenhänge von *Pflicht* und *Kontrolle* auf der Basis der 37 Tätigkeiten sind sowohl auf Patientenseite als auch auf Betreuerseite hoch. Es korrelieren *Pflicht* und *Kontrolle* im Patienten-Urteil ( $r = .85$ ), als auch *Pflicht* und *Kontrolle* im Betreuer-Urteil ( $r = .87$ ). Basis sind jeweils die gemittelten Tätigkeitsbeurteilungen. Noch höher sind die Korrelationen der Urteile von Patienten und Betreuern im Hinblick auf *Pflicht* und *Kontrolle*. Es korrelieren die *Pflicht*-Beurteilungen von Patienten und Betreuern ( $r = .93$ ) und die *Kontrolle*-Beurteilungen von Patienten und Betreuern ( $r = .95$ ). Sämtliche Koeffizienten sind hochsignifikant.

## 5 Diskussion

### 5.1 *Pflicht* und *Kontrolle* im Urteil beider Gruppen

Die Ergebnisse lassen sowohl bei Betreuern als auch bei Patienten erkennen, daß über Verpflichtung und Kontrolle hinsichtlich der einzelnen Tätigkeiten weitgehend Klarheit herrscht. Sie sind in der Beurteilung rezeptiv-konsumierender Tätigkeiten in Kontrast zu Arbeitstätigkeiten so zu erwarten gewesen und selbstverständlich.

Die Verteilung der *Pflicht*- und *Kontrolle*-Urteile sind insbesondere auf Patientenseite zweigipfelig: Es gibt in der Patienteneinschätzung neun Tätigkeiten mit eindeutig hohem Verpflichtungsgrad gegenüber 28 Tätigkeiten mit eher niedrigem Verpflichtungsgrad. Ähnlich, wenn auch etwas weniger eindeutig, sind die Betreuerurteile verteilt.

Aufgrund der (trotz zeitlich getrennter Datenerhebung) hohen Korrelation zwischen *Pflicht*- und *Kontrolle*-Urteilen läßt sich schlußfolgern, daß im stationären Feld Verpflichtungen zu einzelnen Tätigkeiten immer auch mit der Kontrolle über ihre Ausübung verbunden sind, daß somit das Set von Anforderungen eindeutig ist. Im Bereich der als „Arbeit“ bezeichneten Tätigkeiten sowie der rezeptiv-konsumierenden Freizeit-Tätigkeiten kommt es auch nicht zu Unterschieden in der Beurteilung zwischen Erziehern und Patienten.

Trotz der hohen Übereinstimmung zwischen den beiden Stichproben sind aber Unterschiede erkennbar, die darauf schließen lassen, daß sich eine Art von „Verpflichtungsgefälle“ ergibt, das bei den einzelnen Tätigkeitsbereichen unterschiedlich ausgeprägt ist, sich aber dahingehend interpretieren läßt, daß Betreuer vielen Tätigkeiten einen höheren *Pflicht*-Charakter zumessen, als es die Patienten tun. Hierzu gehören vor allem Aktivitäten, die mit intramuraler Kommunikation zusammenhängen



(Tab. 1), aber auch so persönliche, extramural ausgerichtete Tätigkeiten wie der Kontakt zur Familie oder das Ausnutzen der Ausgangszeit, wobei der Unterschied in der *Pflicht*-Beurteilung insbesondere bei der Tätigkeit „Sich etwas kaufen“ in den Mittelwerten deutlich wird (Tab. 2). Im Tätigkeitsbereich „Ordnung/Hygiene“ (Tab. 2) sind sowohl *Pflicht*- als auch in zwei Fällen *Kontrolle*-Beurteilungen auf Betreuerseite deutlich höher. Das hier offenkundige „Verpflichtungsgefälle“ zwischen den Betreuern und Patienten kann zum einen daraus resultieren, daß das heilpädagogische Personal in der Beurteilung der Tätigkeit größere Erfahrungszeiträume zugrunde legt, so daß etwa in der Ratingstufe „In seltenen Fällen zur Pflicht gemacht“ die zeitliche Relation von „selten“ natürlicherweise zu unterschiedlichen Ausprägungen führen muß; denn es mag Zeiten geben (ohne daß es sie je gegeben haben muß), in denen auch Jugendlichen beispielsweise das Zähneputzen ausdrücklich als Pflicht benannt wird.

Eine andere – globalere – Erklärung für das Verpflichtungsgefälle wäre darin zu sehen, daß in gut kontrollierten Handlungsfeldern von seiten des Kontrolleurs immer etwas weniger Spielraum konzediert wird, als dann in der konkreten Handlungssituation besteht, um das Feld der Kontrolle nicht ausweiten zu müssen. Das heißt, das heilpädagogische Personal hält sich für solche Therapiephasen, in denen Patienten vermehrt Verhaltensmerkmale der Selbst-Vernachlässigung zeigen, zusätzliche „Pflicht-Optionen“ offen. In der tiefenpsychologischen Terminologie wären derartige „Pflicht-Optionen“ zu interpretieren als Vorsorge gegen zu starke Regressionen der Patienten: Regressionen hin zu mehr Passivität, Kleinkindhaftigkeit und letztlich pathologischer Abhängigkeit.

## 5.2 Von der Tätigkeit zur Handlung: Die Frage der Autonomieförderung

Es darf als allgemein akzeptiert angesehen werden, daß eine stationär jugendpsychiatrische Behandlung in der Regel über die reine Symptombeseitigung hinaus auf eine Verbesserung der Fähigkeit zur familiären und sozialen Verselbständigung abzielt. In diesem Zusammenhang findet als übergeordnete Kategorie der Begriff der Autonomie seine Verwendung. Ursprünglich in philosophischem Kontext gebacht, meint Autonomie die Fähigkeit zur „self-directedness of behaviour“ (SHAPIRO, 1981). Nicht zuletzt infolge rechtsphilosophischer Einflüsse ist aber immer auch ein Aspekt der persönlichen Verantwortung in definitorische Bemühungen eingegangen: Autonomie als „Freiheit zur verantwortlichen Selbstbestimmung“ (KAUFMANN, 1988), wobei sich diese Verantwortung auf die eigene Person wie auf Menschen der Umwelt erstreckt und nur in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand des Verantwortlichen zu beurteilen ist. Eine so verstandene Autonomie wird manifest in der Fähigkeit, „sein Verhalten an Gründen auszurichten“ (FORSCHNER, 1988): Das Tun erscheint willentlich und erfüllt die Kriterien der Handlung (v. CRANACH et al., 1980).

„Autonomie“ als – idealisierter – Abschluß der psycho-

sozialen Entwicklung erstreckt sich aber auch auf die Fähigkeit, Beziehungen gleichberechtigt, „symmetrisch“ oder „wechselseitig kontingent“ (JONES und GERARD, 1967) zu gestalten. Sie hat in diesem Verständnis ihr Gegenstück in der Abhängigkeit (GRAUMANN, 1972) und beinhaltet so nicht nur die Fähigkeit, in einzelnen Situationen selbständig zu einem Entschluß zu gelangen; vielmehr ist hier eine situationsübergreifende Daseinsform angesprochen, die erwachsen ist aus ihrem Gegenteil, eben der Abhängigkeit. Aus diesem Verständnis von Autonomie leiten sich Vorstellungen ab, stationäre Adoleszenten-Therapie als einen Prozeß emanzipatorischer Entwicklung zu betrachten und die Patienten in die Lage zu versetzen, aus dem therapeutischen Arrangement heraus eine „Nachreifung“ (SCHÜTZE, 1990) zu durchleben.

SCHÜTZE postuliert ein dreiphasiges Therapiemodell der stationären Adoleszenten-Therapie: In der Phase der stationären Aufnahme und kurz danach dominiere eine duale Beziehung zwischen Therapeut und Patient in einer Atmosphäre therapeutischer Regression. Die zweite Phase sei gekennzeichnet von einer deutlicheren Akzentuierung triangulärer Beziehungen des Patienten: einerseits zum Therapeuten, andererseits zu Angehörigen des heilpädagogischen Personals und den Mitpatienten im „Realraum der stationären Gemeinschaft“. Aufgrund einer „klaren heilpädagogischen Strukturierung“ dieses Realraumes – wozu vor allem die Verpflichtung des Patienten zur Teilnahme an pädagogisch betreuten Aktivitäten gehört – bleibt die „Regression auf frühkindliche Beziehungsebenen ... dem individualtherapeutischen Kontaktbereich vorbehalten“. Die dritte Phase, die auch äußerlich durch Verlegung des Patienten auf eine sozialpädagogische Station dokumentiert wird, sieht die Umwandlung „intramuraler sozialer Verknüpfungen in extramurale Beziehungen“ des Patienten vor, wobei die therapeutische Situation zunehmend einem ambulanten Setting ähnele.

Die von SCHÜTZE postulierten Prozeßphasen sind auf einem Abstraktionsniveau abgehandelt, auf dem der empirische Beweis über die sich wandelnde adoleszente Beziehungsgestaltung wohl vorwiegend indirekt zu erhalten ist, etwa in Form von Selbsteinschätzungen. Verhaltensdaten als Indikatoren wachsender Autonomie der Adoleszenten dürften dagegen nur schwer zu finden sein.

Eine Alternative zu einem derartigen Vorgehen wäre darin zu sehen, KUHLS Ansatz der Handlungskontrolle im Sinne eines Indikators wachsender Autonomie zu verwenden, hier aber auf der Ebene konkreter Handlungsabläufe.

Kuhl (1982b) konnte zeigen, daß jugendliche Hauptschüler in höherem Maße Pflicht-Tätigkeiten realisierten, wenn sie in Fragebogenitems mit vorgegebenen Handlungsmöglichkeiten überwiegend „lageorientiert“, d.h. die Situation analysierend und wenig entschlossen waren. Hingegen verwirklichten diejenigen, die im Fragebogen „handlungsorientiert“, d.h. an der Realisierung einmal gefaßter Absichten interessiert und eher entschlußfreudig waren, in höherem Maße ihre Absichten zu Freizeit-Beschäftigungen.

Die Korrelation von Handlungsabsicht und Tätigkeitsausführung, wie sie in KUHLS Untersuchung als Maß

für die Handlungskontrolle eingeführt wird, läßt darauf schließen, wie das eigene Handeln vom „Absichtsgedächtnis“ (DÖRNER, 1982) bestimmt wird; und dies ist zweifellos ein indirekter Hinweis auf die Eigenständigkeit im Handeln, solange es nicht um bloße Pflichterfüllung geht.

Problematisch an diesem Vorgehen ist der durch das stationäre Arrangement eingeschränkte Freiheits- oder Entscheidungsspielraum der Patienten, der dazu führt, daß das Realisieren von Handlungsabsichten auch bei Freizeittätigkeiten ein Sich-verhalten im Rahmen sozialer Erwünschtheit sein kann, kurz: die Patienten verhalten sich um so mehr entsprechend ihren Absichts-Bekundungen, je mehr sie sich den Bedingungen des stationären Behandlungssettings anpassen. Den einzelnen Handlungsabsichten läge in diesem Fall die übergeordnete Absicht zugrunde, möglichst unauffällig zu agieren. In diesem Sinne zeigen vor allem Patienten mit Anorexien eine hohe Handlungskontrolle. Es erscheint daher zweierlei nötig:

- (1) Bei einer derartigen Untersuchung müssen auch und auf längere Zeit bevorzugt Absichten für solche Handlungen zum Gegenstand werden, die schon frühzeitig auf vom heilpädagogischen Personal weniger kontrollierte Handlungsfelder abzielen, um sie dann mit den stark kontrollierten Handlungen zu vergleichen.
- (2) Eine weitere Problematik bei diesem Vorgehen besteht darin, eine Reihe von (willkürlich herausgegriffenen) Handlungen und die ihnen zugrunde liegenden Absichten quasi als Summe singulärer Ereignisse zu einem Gesamtwert der Handlungskontrolle zusammenzufassen. Vielmehr sind Absichten hierarchisch organisiert (DÖRNER et al., 1983) in dem Sinne, als umgrenzte Absichten komplexeren Meta-Absichten zuzuordnen sind, und als umgekehrt aus komplexeren Absichten, die eine Vielzahl von Handlungen in Gang setzen können, einzelne Absichten abzuleiten sind. Es darf angenommen werden, daß hierarchisch integrierte Absichten stabiler gegen Anfechtungen von außen sind und eher auf eine autonome Entwicklung hinweisen als singuläre, ohne weiterer „Einbettung“ existierende Absichten.

Wachsende Autonomie – pragmatisch gefaßt – bestünde in diesem Modell darin, aus Tätigkeiten, die der Kontrolle durch Erwachsene unterliegen, zunehmend eigengesteuerte Handlungen im Rahmen einer (auch empirisch) erkennbaren Absichtsbildung zu machen, somit auch im straff strukturierten heilpädagogischen Behandlungssetting sein Verhalten an Gründen auszurichten, die der übergeordneten Absicht „therapeutische Änderung“ zuzuordnen sind, diese Handlungen aber auch zu beenden, wenn die Gründe durch Erreichen der Zielsetzung zunehmend entfallen.

Der Prozeß der Autonomieentwicklung als wachsende Handlungskontrolle wäre im Rahmen der stationären Behandlung somit in drei Phasen zu gliedern:

- I Tätigkeiten unter Pflicht und Kontrolle
- II Eigengesteuertes Handeln in therapeutischer Absichtshierarchie
- III Zunehmend extramural orientiertes Handeln in lebenspraktischer Absichtshierarchie

Wachsende Autonomie in der Therapie, verstanden als zunehmende Fähigkeit zum eigengesteuerten Handeln (SHAPIRO, 1981), zeigt sich in diesem Modell darin, daß übergeordnete Handlungsabsichten eine Orientierung weg vom Therapiesetting erkennen lassen (Übergang von Phase II zu Phase III), was aber nur gelingen kann, wenn es zuvor zu einer Orientierung auf das Therapiesetting im Sinne einer Übernahme therapeutischer Zielsetzungen in die Absichtshierarchie (Übergang von Phase I zu Phase II) kam.

### Summary

#### *The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Activities*

Adolescent patients as well as members of the psycho-educational staff were interviewed concerning the duty to and (experienced) control of everyday activities during residential treatment. Results show a high correspondence between the two samples concerning duty and control as well as a clear distinction between strong and less obligation to single activities. Moreover, there are “duty differentials” in a sense that educational persons in most items are scoring slightly higher than patients do. Discussion deals with the question, whether or not an intensively controlled therapeutic field may lead our patients toward increasing autonomy.

### Literatur

- Cranach, M. v./U. Kalbermatten/K. Indermühle/B. Gugler (1980): Zielgerichtetes Handeln. Bern: Huber. – DÖRNER, D. (1982): Wie man viele Probleme zugleich löst – oder auch nicht! Sprache und Kognition 1, 55–66. – DÖRNER, D./H. W. KREUZIG/F. REITHER/T. STÄUDEL (1983): Lohhausen – Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität. Bern: Huber. – DÜRRSEN, A. (1954): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – FORSCHNER, M. (1988): Willensfreiheit als philosophisches Problem. Fundamenta Psychiatrica 3, 131–140. – GRAUMANN, C. F. (1972): Interaktion und Kommunikation. In: C. F. GRAUMANN (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7 (Sozialpsychologie), II. Halbband. Göttingen: Hogrefe. – HECKHAUSEN, H. (1987): Intensionsgeleitetes Handeln und seine Fehler. In: HECKHAUSEN, H./P. M. GOLLWITZER/F. E. WEINERT (Hrsg.): Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer. – JONES, E. E./H. B. GERARD (1967): Foundations of Social Psychology. New York: Wiley international. – KAUFMANN, A. (1988): Strafrecht und Freiheit. Fundamenta Psychiatrica 3, 146–149. – KRAMPEN, G. (1987): Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe. – KUH, J. (1982 a): Handlungs- und Lageorientierung als Vermittler zwischen Intention und Handeln. In: HACKER, W./W. VOLPERT/M. V. CRANACH (Hrsg.):

Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung. Bern: Huber. – KUHL, J. (1982b): Handlungskontrolle als metakognitiver Vermittler zwischen Intention und Handeln: Freizeitaktivitäten bei Hauptschülern. Z. f. Entwicklungspsychol. u. Pädagogische Psychol. XIV, 141–148. – KUHL, J. (1983): Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer. – LÖWNAU, H. W. (1964): Über den neuropsychologisch bedeutsamen Begriff „Intentionalität“. Fortschr. Med. 10, 377–380. – SCHÜTZE, G.

(1990): Nachreifung Adoleszenter in der stationären Behandlung. In: STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter: Entwicklungen – Probleme – Hilfen. Bern: Huber. – SHAPIRO, D. (1981): Autonomy and Rigid Character. New York: Basic Books.

Anschr. d. Verf.: Dr. Bernard Hobrucker, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Kiel, Niemannsweg 147, 2300 Kiel.