

Stieber-Schmidt, Angelika

Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 7, S. 247-255

urn:nbn:de:bsz-psydok-28720

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

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

Aus Praxis und Forschung

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

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

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

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

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

Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik

Von Angelika Stieber-Schmidt

Zusammenfassung

Es werden Erfahrungen mitgeteilt, die in einer klinisch-psychotherapeutischen Jugendlichenstation mit der Einbeziehung des Realitätsraumes der Station in die therapeutische Arbeit gewonnen wurden. Es wird davon ausgegan-

gen, daß psychotherapeutische Hilfe für Jugendliche auch heißt, diesen solche Erfahrungsangebote, Wachstumsanstöße und Lernreize anzubieten, die die phasenspezifische Entwicklung vorantreiben. Besonders wichtig sind dabei Hilfen, die der Stärkung und dem Aufbau von Ichfunktionen dienen. Nach einer kurzen theoretischen Darstellung über

die Notwendigkeit der Arbeit an den Ichfunktionen wird detailliert von der Möglichkeit berichtet, über die im Realitätsraum angesiedelte Technik des „Life-Space-Interviews“ (Redl, 1971) auf das Ich und seine Funktionen Einfluß zu nehmen.

I. Klinische Psychotherapie bei Jugendlichen und ihre Indikationen

Klinische Psychotherapie bei Jugendlichen ist nicht gleichbedeutend mit Psychotherapie in der Klinik. Letztere hieße nichts anderes, als daß die jugendlichen Patienten zwar durch ihre jeweiligen Therapeuten in Einzel- und Gruppentherapie behandelt werden, im übrigen aber nicht anders leben als in jedem anderen Krankenhaus auch. In der klinischen Psychotherapie hingegen bildet die Klinik selber mit ihren realen Forderungen, dem Zusammenleben auf der Station, den Möglichkeiten des Sich-Selbst-Erlebens, den Interaktionen mit anderen, d.h. mit Mitpatienten einerseits und den Mitarbeitern auf der Station und in den therapeutischen Einrichtungen wie Beschäftigungstherapie, Sport, physikalischer Therapie andererseits, den großen Rahmen, in dem ein nicht unerheblicher Teil der stationären Psychotherapie stattfindet. Dazu gehört auch die „hereingenommene Außenwelt“ in Form von Elternkontakten oder Schul- und Arbeitsversuchen. Alle Vorgänge im Realitätsraum sind eng verknüpft oder verschränkt mit den Vorgängen in den Einzel- und Gruppentherapien, dem Therapieraum im engeren Sinne. Beide bedingen und ergänzen einander.

In dem folgenden Bericht werden Erfahrungen mitgeteilt, die in der klinisch-psychotherapeutischen Jugendlichenstation im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn mit der Einbeziehung des Realitätsraumes der Station in die therapeutische Arbeit gewonnen wurden. Bei der Darstellung wird davon ausgegangen, daß psychotherapeutische Hilfe für Jugendliche heißt, daß diese nicht nur Unterstützung bei der Überwindung ihrer ganz speziellen seelischen Probleme benötigen, sondern vor allem Erfahrungsangebote, Wachstumsanstöße und Lernanreize brauchen, die die phasenspezifische Entwicklung weiter vorantreiben. Besonders wichtig sind dabei Hilfen, die der Stärkung und dem Aufbau von Ichfunktionen dienen. Nach einer kurzen theoretischen Darstellung über die Notwendigkeit der Arbeit an den Ichfunktionen als Bedingung erfolgreicher Psychotherapie wird detailliert von der Möglichkeit berichtet, über die im Realitätsraum angesiedelte therapeutische Technik des „Life-Space-Interviews“ (Redl, 1971) auf das Ich und seine Funktionen Einfluß zu nehmen.

Für die Aufnahme der Jugendlichen zur stationären Psychotherapie wurden die folgenden Indikationskriterien erarbeitet: Adoleszenzkrise, schwere Neurosen, die eine ambulante Behandlung nicht zulassen, und narzißtische Störungen mit Rückzugsneigung oder unbezogenen aggressiven Durchbrüchen. Angezeigt ist stationäre Psychotherapie auch bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, bei denen nur im Schutz einer Klinik eine Auseinandersetzung mit den inneren Konflikten riskiert werden kann (Magersucht, Asthma bronchiale). Zu den Indikationen zählen weiterhin lebensbedrohliche Zustandsbilder wie Depression mit bester-

hender Suicidgefahr. Darüber hinaus ist stationäre Psychotherapie indiziert, wenn durch räumliche Trennung das pathologische Interaktionsmuster zwischen dem Patienten und seiner Familie durchbrochen und durch therapeutische Maßnahmen verändert werden soll.

Immer wieder wurde die Frage diskutiert, ob es möglich ist, auf der Jugendlichenstation drogen- und alkoholabhängige Patienten aufzunehmen, oder auch solche mit groben Verwahrlosungen oder Borderline-Symptomatik. Bei diesen Jugendlichen ist die Gefahr des Agierens in der Klinik, z.B. in Form von Alkoholgenuß oder Drogenmißbrauch, aber auch als Weglaufen oder vorzeitiger Therapieabbruch besonders groß. Schon geringe Anlässe, wie z.B. die Notwendigkeit, im Augenblick einen Wunsch zurückstellen zu müssen und auf spätere Erfüllung zu warten, oder daß der Therapeut die angesetzte Behandlungssitzung kurzfristig verschieben muß, können Auslöser für solches Verhalten sein. Die Kennzeichnung dieser Krankheitsbilder durch das Fehlen oder die ungenügende Ausbildung von Ichstrukturen läßt es zweifelhaft erscheinen, ob die im Rahmen einer analytisch orientierten Psychotherapie auftretenden Versagungen und Enttäuschungen mit diesen Patienten auf- und durchgearbeitet werden können. Die Ausarbeitung von speziellen Behandlungskonzepten, die der Ichstörung dieser Patienten Rechnung tragen, hat es möglich gemacht, daß jeweils 2–3 Jugendliche mit solchen Störungen in die Gesamtgruppe aufgenommen werden können.

Kommt eine Behandlung zustande, gleicht sie eher einer Begleitung des Jugendlichen auf dem Wege des Erwachsenwerdens, einer Hilfestellung bei der Bewältigung der krisenhaften Erschütterung des psychischen Gleichgewichtes. In den seltensten Fällen wird in diesem Lebensalter eine Behandlung wirklich zu Ende geführt.

II. Der Therapieraum

Mit jedem Patienten, der im „Waldhaus“ zur Aufnahme kommt, finden Voruntersuchungsgespräche statt. An diesen Gesprächen sind sowohl die Therapeuten als auch die pflegerisch-pädagogischen Mitarbeiter beteiligt. Anamnestiche Daten werden darin nur am Rande erfragt. Sie dienen vor allem dazu, die Beziehungsfähigkeit eines Jugendlichen einzuschätzen, herauszufinden, wie groß seine Bereitschaft für die Behandlung und wie tiefgreifend die neurotische Störung ist. Darüber hinaus können vor allem die Mitarbeiter der Station Eindrücke und Aufschlüsse über das Verhalten des Patienten seiner Umwelt gegenüber gewinnen, die eine bessere Einschätzung ermöglichen, in welche spezielle Jugendlichengruppe der neue Patient aufgenommen werden kann.

Das typische Selbstgefühl der Jugendlichen, unabhängig sein zu wollen, sich von den Erwachsenen lösen zu wollen und eigene Weltanschauungen und Ideale finden zu wollen, macht sie besonders vorsichtig und kritisch allen Institutionen und Einrichtungen gegenüber, in denen Erwachsene möglicherweise Einfluß auf sie nehmen wollen. Dieses spezifische Verhalten, das oft durch die Ausformungen der Neurose verstärkt wird, muß im Voruntersuchungsgespräch

eingeschätzt werden und bei der Überlegung mitberücksichtigt werden, ob bei diesem Jugendlichen zu diesem Zeitpunkt eine stationäre Psychotherapie überhaupt indiziert ist und eine ausreichend günstige Prognose hat.

Die Jugendlichen, die einer stationären Behandlung bedürfen, sind in der Regel sehr schwer gestört. Das bedeutet: viele von ihnen haben Einschränkungen und Behinderungen ihrer Ichentwicklung erlebt, so daß wesentliche Teile ihrer Triebbedürfnisse frühzeitig eingeschränkt und behindert wurden. Dies hatte zur Folge, daß die entsprechenden Impulse im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung nur angstbesetzt erlebt werden konnten oder aus Gründen des inneren Gleichgewichts frühzeitig abgewehrt und verdrängt wurden. Der breite Ausfall von Fähigkeiten, die es ermöglichen, an Menschen und Dinge mit Neugier heranzugehen, Lernanreize aus der Umwelt aufzugreifen, sich mit der dinglichen Umwelt prüfend auseinanderzusetzen und gefühlsmäßige Realitäten einzuordnen, führten zu Ängsten und Gefährdungen durch Schwächung des Ichs, sowie zu Unvertrautheit nicht nur mit der eigenen Person, sondern auch im Umgang mit anderen Menschen. Aufgrund dieser Behinderung können die Jugendlichen oft weder eigene gefühlshafte Antworten auf Ereignisse in ihrer Umwelt angemessen verstehen und einordnen, noch die Realitäten, die sie umgeben, in den richtigen Zusammenhängen sehen und für sich nutzbar machen. Dies führt dazu, daß die Jugendlichen weder neue Erfahrungen mit sich und den eigenen Reaktionen erwerben, noch daß sie Lernschritte tun, die zur Selbstverwirklichung in einem sozialen Umfeld führen. Hieraus ergibt sich die Folgerung, psychotherapeutische Hilfen in der Adoleszenz auf zwei Ebenen anzubieten.

Eine Ebene, der „Therapieraum“ im engeren Sinne, vermittelt das Vertrautwerden mit den eigenen Impulsen, Wünschen und Bedürfnissen, ferner die Erfahrung, daß Steuermechanismen und Regulierungen den Umgang damit erleichtern. Dies geschieht in den analytisch orientierten Einzel- und Gruppentherapien, die zwei- bis dreimal pro Woche mit einer Dauer von 30–45 Minuten stattfinden. Die in der Therapie sich anbahnenden inneren, emotionalen Erfahrungen können dann im sozialen Umfeld des Klinikalltags geübt und ergänzt werden.

Dies ist die zweite Ebene, in der stationäre Psychotherapie stattfindet: der „Realitätsraum“. In der Auseinandersetzung der Einzeltherapie kann der Therapeut mit dem Patienten ganz konkret auf die Hintergründe seines Fehlverhaltens eingehen, sie ihm vertraut machen und emotionale Neuerfahrung ermöglichen. Aber die Einzelsitzungen genügen nicht, um das große Erfahrungs- und Lerndefizit der jugendlichen Patienten auszugleichen und aufzufüllen. Diese benötigen das Zusammensein mit den gleichaltrigen Mitpatienten und dem betreuenden Personal. Die sich unter allen Beteiligten entwickelnden vielfältigen Beziehungen, in denen alte Übertragungsmuster neu aufgerichtet werden, können im täglichen Erleben auf der Station deutlicher und dadurch für Korrekturansätze zugänglicher werden.

In diesem Bericht soll zwar vor allem die therapeutische Arbeit im Realitätsraum einer Jugendlichenstation beschrieben werden, doch die enge Verknüpfung mit den Vorgängen im verdichteten Raum der Einzeltherapie macht es sinnvoll,

diese zunächst kurz zu skizzieren. Die jugendlichen Patienten gehen zu ihren Einzeltherapeuten zu bestimmten angesetzten Sitzungen, die in der Regel zwischen 30 und 45 Minuten dauern. Diese finden immer im Gegenübersitzen statt. Es wird darauf geachtet, daß der Einzeltherapeut für seine Patienten im realen Tagesablauf keine Aufgaben zu erfüllen hat, um sicherzustellen, daß die therapeutische Beziehung nicht durch Realkonflikte gestört wird. Damit wird vor allem die mißtrauende Angst dieser Patienten ernstgenommen, sie sollten in dieser Therapie von Erwachsenen manipuliert und beeinflusst werden. Ein Therapeut, der auch Realitätsfunktionen bei dem gleichen Jugendlichen wahrnehmen muß, z.B. indem er auf die Einhaltung der Hausordnung achtet, wird seinem Patienten in der Einzelsitzung nur schwer glaubhaft machen können, daß er bereit ist, ihn freundlich, wohlwollend und annehmend zu begleiten. Der Jugendliche ist nicht in der Lage, differenzierend zu trennen, in welcher Rolle ihm dieser Erwachsene entgegentritt: ob im Augenblick mehr als der verstehende Therapeut oder als mit erzieherischen Funktionen beauftragter Stationsarzt. Die noch nicht genügend entwickelten Ichfunktionen, in diesem Fall die der unterscheidenden Realitätsprüfung, schaffen Verwirrung und erschweren die therapeutische Arbeit.

Zauner hat 1975 einige Gesichtspunkte herausgestellt, die die Behandlungssituation mit Jugendlichen wesentlich prägen:

Bei jugendlichen Patienten kommt es immer wieder zu einem abrupten Wechsel in der Psychopathologie und in der Einstellung zur Therapie und zum Therapeuten, oft nicht nur von einer Sitzung zur anderen, sondern auch innerhalb einer Behandlungsstunde. Deshalb muß der Therapeut jederzeit bereit und in der Lage sein, von der erlernten Standardtechnik der Psychoanalyse abzuweichen. Das macht es notwendig, daß sich der Behandler, auch wenn er konsequent die psychoanalytischen Erkenntnisse zum Verständnis der jeweiligen Behandlungssituation und ihrer inneren Dynamik heranzieht, nicht wie im klassischen Setting der analytischen Arbeit mit Erwachsenen als zurückhaltender und abwartender Therapeut versteht, sondern z.B. auch als Berater oder Vermittler von sachlichen Informationen zur Verfügung steht. Es ist sehr wohl mit der analytischen Grundhaltung vereinbar, daß der Therapeut auch echte Anteilnahme an den Interessengebieten des Patienten zeigt. Oft kann am Anfang einer Behandlung nur auf dieser Schiene des gemeinsamen Interesses für eine Sache der Boden für die Entstehung eines Arbeitsbündnisses (Green-son, 1973) bereitet werden. Das Bündnis des Therapeuten mit den gesunden Ichanteilen des Jugendlichen festigt die Realbeziehung und trägt zum Abbau von Mißtrauen bei. Auch wenn auf diesem Boden eine tragfähige Arbeitsbeziehung errichtet ist, darf die Belastung nicht unterschätzt werden, die für den Therapeuten entsteht durch den krassen Wechsel von Vertrauen und aggressiver Ablehnung im Verlauf der therapeutischen Arbeit mit Patienten in der Adoleszenz. Die Form, in der sie den Behandler immer wieder in seiner Vertrauenswürdigkeit prüfen oder ihm vorwerfen, daß er ja auch nicht anders sei als alle Erwachsenen und darüber hinaus seine Hilfe nur gegen Geld abgibt,

ist oft schwer zu ertragen. Dabei müssen jedoch Äußerungen von Aggression sehr sorgfältig beobachtet werden, da sie eine Form sind, in der sich Objektbeziehungen zeigen. Aggressive Handlungen müssen übersetzt und verstanden, allerdings nicht ohne Setzung von Grenzen und in jedem Falle hingenommen werden.

III. Der Realitätsraum und die dort angesiedelten Therapieformen

Die analytisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie wird ergänzt und erweitert durch das sozialtherapeutische Angebot und die einübenden und unterstützenden Therapieformen, die alle dem Realitätsraum zugehören. Bei unterschiedlichen Ansatzpunkten haben sie zum Ziel: Ausgleich des durch die Neurose bedingten Lerndefizites im Bereich des sozialen Feldes, ferner Bewußtmachen bestehender Konflikte, die so für die Aufarbeitung in der Einzeltherapie zugänglicher werden. Schließlich entstehen im Rahmen dieser Therapieformen angstmobilisierende Situationen, die sonst vermieden werden. Die immer neue Konfrontation mit den Angstausslösern bietet die Möglichkeit, ergänzend zum Geschehen in der Einzeltherapie Verständnis im Hier und Jetzt zu gewinnen und unterschiedliche Lösungen zur Konfliktbewältigung zu durchdenken und zu erproben. Die dadurch gewonnenen emotionalen Erfahrungen vermitteln neue Sicherheit und unterstützen den Prozeß des Durcharbeitens im Bereich des Realitätsraumes. (Greenson 1973, Zauner 1978)

Die folgenden einübenden und unterstützenden Therapieformen gehören deutlich in den Realitätsraum, sie finden jedoch nicht auf der Station selber statt, sondern der Jugendliche geht zu festen Zeiten und für eine klar vereinbarte Dauer an den Ort, wo die Therapie erfolgt. Sie sind teilweise ein fester Bestandteil des Stationslebens, sie werden aber auch, der Ausformung der Neurose entsprechend, gezielt verordnet. Es sind dies die Beschäftigungstherapie, die Sporttherapie und die physikalische Therapie mit Krankengymnastik.

Die Koordinierung der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung eines Gesamtbehandlungsplanes für jeden Jugendlichen liegt in der Hand des Stationsarztes bzw. Stationsleiters. In Tiefenbrunn kann diese Funktion auch von Diplom-Psychologen wahrgenommen werden. Beim Stationsleiter laufen alle Informationen über den Patienten zusammen, er vermittelt seinerseits die Überlegungen aller Beteiligten über neue innere oder äußere Therapieziele an die jeweiligen Mitarbeiter.

Nicht vergessen werden darf eine Form der unterstützenden Therapie, die Pharmakotherapie. Die Verordnung der Medikamente geschieht in der Regel durch den Stationsarzt, insbesondere ist es eine Maßnahme, die im Realitätsraum angesiedelt ist. Zauner (1974) fordert, daß bei der Verordnung von Psychopharmaka vor allem die folgenden diagnostischen Überlegungen vorausgehen sollten: Zunächst ist die Frage zu klären, welche Erscheinungen beeinflußt werden sollen, ob z.B. ein frühkindlicher Hirnschaden mit erheblicher motorischer Überaktivität besteht, oder ob einem Patienten mit schwerer Ichstörung der Einstieg in die Be-

handlung unter Medikamentenschutz ermöglicht werden soll. Weiter sollte stets überlegt werden, welchen Stellenwert die Verordnung eines Medikamentes für den Gesamtbehandlungsplan und den psychotherapeutischen Prozeß hat. Z.B. kann der verordnende Arzt über das Medikament dem Patienten gegenüber vorübergehend die Position eines „Hilfsichs“ einnehmen und ihn solange vor gefährlichen überschießenden Reaktionen schützen und damit entängstigen, bis er sich aus eigener Kraft steuern kann. Weitere Gründe für die Verordnung von Psychopharmaka können Hilfestellung in vorübergehenden Belastungssituationen sein, wie z.B. die Aufnahme eines Schul- oder Arbeitsversuches, die vermehrte Angst auslösen. Stets ist darauf zu achten, daß die Verordnung von Medikamenten ein wichtiger Teil der Arzt-Patienten-Beziehung ist. Daraus folgt, daß jede Medikamentengabe dem jugendlichen Patienten gegenüber ausdrücklich als Teil der Therapie benannt wird, und daß z.B. Veränderungen in der Zusammensetzung und Dosierung mit ihm in der gleichen Weise durchgesprochen werden wie andere unterstützende therapeutische Maßnahmen.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Stationsleiters ist die Organisation der begleitenden Elternarbeit. Sie ist notwendig, da die Eltern bisher die wichtigsten Beziehungspersonen des jugendlichen Patienten waren. Mit ihnen hat er sich identifiziert und an ihren Normen und Wertmaßstäben orientiert. Durch die Aufnahme in die Klinik und die damit verbundene äußere Trennung von den Eltern wird bei den meisten Jugendlichen der innere Prozeß der Ablösung verstärkt in Gang gesetzt.

In den Beratungsgesprächen, die nach Möglichkeit alle vier Wochen mit beiden Eltern oder der Gesamtfamilie und dem Jugendlichen gemeinsam stattfinden, geht es darum, Verständnis zu vermitteln für das Verhalten des Jugendlichen, allerdings ohne auf Einzelheiten aus der Therapie einzugehen. Ferner wird versucht, den Eltern und der Familie deutlich zu machen, daß der Patient Schwierigkeiten *hat* und nicht nur *macht*, aber es wird auch angestrebt, dem Jugendlichen mehr Einsicht in die schwierige innere Situation seiner Eltern zu geben, die ja auch einen Ablösungsprozeß durchmachen. Darüber hinaus wird in diesen Gesprächen der Ablauf der regelmäßigen Wochenendbesuche des Jugendlichen zu Hause besprochen, und die Planung für die Zeit nach dem Aufenthalt in Tiefenbrunn vorangetrieben.

Einen eigenen Beitrag zur Therapie im Realitätsraum, der einen hohen Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan der Jugendlichen hat, leisten die Sozialarbeiter. Sie vermitteln vor allem die Verbindung zur Außenwelt und regeln Schul- und Arbeitsversuche. Die Patienten werden entsprechend dem Therapieplan und ihren wachsenden Möglichkeiten stufenweise stärker mit den Anforderungen des Lebens draußen konfrontiert. Die Sozialarbeiter planen mit und wählen aus, welche Belastung wann möglich ist, auch aus ihrer Kenntnis der Schulen und Arbeitsstellen heraus. Sie haben engen Kontakt zu der jeweiligen Schule und Arbeitsstelle, informieren dort, soweit nötig, über die Eigenart der Erkrankung des Patienten und versuchen, auf diese Weise Verständnis zu wecken. Gleichzeitig begleiten sie unterstützend die Jugendlichen bei Schwierigkeiten, indem sie sich vorübergehend, bis deren eigene Möglichkeiten gewachsen

sind, als „Hilfsich“ anbieten. Ferner vermitteln sie je nach Notwendigkeit Zusatzbetreuung und Hilfen wie z.B. Nachhilfeunterricht, Legastheniebehandlung oder Sprachheilbehandlung.

Darüber hinaus liegen in ihrem Aufgabengebiet die Vorbereitung und Planung der nachgehenden Maßnahmen, Vermittlung von Eignungstests und Beratung beim Arbeitsamt, Vermittlung von Finanzierungshilfen und Wohnmöglichkeiten, Hilfen beim Schriftverkehr mit Behörden.

Die therapeutischen und pädagogischen Angebote, die die Arbeit im Realitätsraum prägen, werden vermittelt durch Erzieher, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Lehrer und Praktikanten. Ihrer aller Aufgabengebiet ist die Versorgung, Betreuung und Beaufsichtigung der Jugendlichen. Sie geben Hilfen bei der Gestaltung des Tagesablaufes, übernehmen die medizinisch-pflegerische Betreuung, überwachen die Schulaufgaben und sonstigen Pflichten, helfen im organisatorischen Bereich, wie z.B. der Selbstverwaltung der Teeküche. Sie bieten gezielte Beschäftigung an, wann immer sich die Gelegenheit dazu bietet (Sport, Basteln, Theaterspielen, Musizieren, Gartenarbeit, Backen, Kochen). Sie beteiligen sich aber auch über die Planungsgruppe an der Vorbereitung gemeinsamer Unternehmungen: Kino- oder Theaterbesuch, Schwimmen, Ausgestaltung der Gemeinschaftsräume, Planung eines Festes usw.

Einmal in der Woche findet eine Stationsversammlung statt. Hier treffen sich die Jugendlichen und die Betreuer in einem großen offiziellen Rahmen, um die Dinge zu besprechen, die das Zusammenleben auf der Station und in der Klinik betreffen. Dieses Forum bietet die Möglichkeit, aktuelle Fragen, z.B. zur Hausordnung, zu klären und evtl. Übertretungen zu regulieren, ohne daß die Instanzen Stationsarzt bzw. Stationsleiter oder der Abteilungsleiter eingeschaltet werden. Ereignisse, die die Gesamtgruppe betreffen, oder Spannungen können angesprochen und geklärt werden. Der geschlossene Gruppenrahmen macht allen deutlich erlebbar, wie der Umgangsstil untereinander ist, so können, wenn nötig, Korrekturen überlegt werden. Die Leitung der Stationsversammlung wechselt, sie liegt meistens bei einem Mitarbeiter der Station, kann aber auch von einem Jugendlichen wahrgenommen werden. Außer der Aufforderung, von sich selber und den eigenen Wünschen zu sprechen, wird keine Gesprächstechnik vorgegeben. Die Auseinandersetzungen finden auf dem Boden der Realitäten statt. Dieses Gremium wird verstanden als ein Instrument, die Jugendlichen zu aktivieren und zu selbstverantwortlicher Mitwirkung am Stationsleben zu gewinnen.

IV. Das therapeutische Milieu

Zu den in der stationären Psychotherapie wirksamen Faktoren gehören, wie schon erwähnt, die sich ergänzenden und verschränkenden Therapieformen des „Therapieraumes“ und des „Realitätsraumes“. Beide gehören in die Umgebung Klinik und bestimmen zusammen mit einer Reihe weiterer Faktoren, wie therapeutisch das Milieu ist, in dem die Patienten Hilfe finden sollen.

Das der Arbeit in der Jugendlichenstation in Tiefenbrunn zugrundeliegende wissenschaftliche Denkmodell ist das der Psychoanalyse von *Sigmund Freud*. Die dort niedergelegten Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, die Einsichten in die Entstehung von seelischen Fehlentwicklungen und Neurosen, das Wissen um die Phänomene Übertragung und Gegenübertragung sowie Abwehr und Widerstand werden zum Verstehen auch der Geschehnisse auf der Station herangezogen. Eine wesentliche Bereicherung für die Arbeit mit den jugendlichen Patienten und damit auch für den therapeutischen Umgang mit ihnen bedeutet die vermehrte Einbeziehung ich-psychologischer Überlegungen, wie sie von *Redl* (1971) und *Blanck und Blanck* (1978) beschrieben werden.

Das Rollenverständnis der Mitarbeiter, die „klinische und therapeutische Elastizität“ der Station (*Redl*, 1971) sowie die unbedingte Vermeidung einer regressiven Kultur (*Zauner*, 1978) sind wesentliche Voraussetzungen für die Entstehung und Erhaltung eines therapeutischen Milieus in der Klinik.

Zunächst ist der Umgang der Erzieher, Krankenschwestern und anderen Betreuer mit sich in ihrer beruflichen Funktion wichtig. *Zauner* hat mehrfach von der „pädagogischen Abstinenz“ der Mitarbeiter der Station gesprochen. Sie meint eine Einstellung der Betreuer, die der therapeutischen Abstinenz des Psychoanalytikers entspricht. Ein Mitarbeiter auf der Station sollte sich stets als Erzieher oder Krankenschwester sehen, also seinen spezifischen Aufgaben und seiner spezifischen Rolle entsprechend und nicht z.B. der Versuchung verfallen, die Eltern der Patienten ersetzen zu wollen oder gar besser als die Eltern sein zu wollen. Er sollte auch lernen, die eigenen eigenen Bedürfnisse in seiner Beziehung zu den Jugendlichen immer besser zu verstehen, damit sie nicht unversehens die therapeutische Beziehung überwuchern. Mit am schwierigsten, vor allem für den noch nicht mit dieser Arbeit vertrauten Mitarbeiter, ist es, sich mit den im äußeren Bild nur gering erscheinenden Fortschritten der therapeutischen und erzieherischen Arbeit zu begnügen. Denn während es bei der Therapie mit Erwachsenen in einer großen Zahl von Fällen um die Errichtung eines gesünderen Gleichgewichtes in den Beziehungen zwischen Es, Ich und Überich geht, also um Strukturveränderung, ist die Schaffung der inneren Voraussetzungen für einen normalen Entwicklungsgang das Ziel der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen. Das bedeutet vor allem Stärkung und Unterstützung der Ichfunktionen. Daraus folgt, daß die Heilung der Symptome nicht auf jeden Fall das nächstliegende Ziel sein kann, da diese oftmals dem Zusammenhalt der Ichfunktionen dienen, wie z.B. ganz bestimmte Zwangsrituale, die Schutz vor drohender Desintegration bieten. Dadurch bringt die Arbeit mit Jugendlichen, die sich ja noch auf dem Wege zum Erwachsenwerden befinden, der auch im Verlauf der stationären Therapie nicht abgeschlossen wird, viele Versagen für den Betreuer mit sich und verlangt von ihm die Fähigkeit, auch mit kleinen und kleinsten Teilerfolgen zufrieden zu sein.

Freud hat den Grundsatz aufgestellt: „Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden“. Dies gilt besonders für die stationäre Psychotherapie. Die klinische Situation mit ihren Versor-

gungsangeboten und dem geschützten Milieu darf keine „ökologische Nische“ werden, die es den Jugendlichen erlaubt, die Realität von Familie, Schule und Beruf zu verleugnen. Sie ist therapeutisch, wenn in ihr in ausreichendem Maße Bestandteile enthalten sind, die Entwicklungsprozesse, Wandlung und Wachstum anregen und ermöglichen. Ziel sollte sein, dem Patienten in der Krankenhausatmosphäre nicht den „Geschmack am normalen Leben“ zu verderben.

„Klinische und therapeutische Elastizität“, wie Redl (1971) sie nennt, ist ein weiterer unverzichtbarer Bestandteil, der eine klinische Einrichtung zu einer therapeutischen Station werden läßt. Redl meint damit die Fähigkeit des Milieus, sich besonderen therapeutischen Erfordernissen anzupassen, ohne daß entweder die Gesamtstruktur der Institution leidet, oder die für die Erfordernisse des einzelnen notwendigen Freiräume allzusehr eingeengt werden müssen. Das bedeutet: In einer Einrichtung mit gut tragendem therapeutischen Milieu muß es einem Jugendlichen ebenso möglich sein, vorübergehend stärker zu regredieren, ohne daß alle anderen auch in diesen Sog geraten, wie er vermehrte Risikobereitschaft ausprobieren darf, mit der Sicherheit, die anderen Jugendlichen werden dadurch nicht zum Mitagieren verführt. Elastizität meint hier, die Grenzziehung den Erfordernissen des einzelnen anzupassen, ohne die Notwendigkeit der Strukturierung für die gesamte Station aus dem Blick zu lassen.

Besonders wichtig für die Erhaltung des therapeutischen Milieus ist der Umgang mit den regressiven Phänomenen im Realitätsraum der Station. Die Strukturierung des Aufenthaltes durch Maßnahmen wie seine zeitliche Begrenzung, Setzung eines abgesteckten Therapiezieles, Einbeziehung von Schul- oder Arbeitsversuchen sowie der Elternarbeit in die therapeutische Arbeit wirkt den malignen Formen der Regression entgegen. Durch den Einsatz der einübenden und unterstützenden Therapieformen, wie Beschäftigungstherapie, Sport oder auch die medikamentöse Unterstützung, kann steuernd Einfluß auf das Ausmaß der Regression genommen werden, wenn diese Verfahren nicht einfach nur verordnet, sondern gezielt in die therapeutische Arbeit im Realitätsraum einbezogen werden. Ganz besonders wichtig ist die ausdrückliche Verordnung von einübenden und unterstützenden Therapieformen bei dem schwer Ich-gestörten Patienten. Nach Abklärung, welche Ichfunktionen ausreichend gut ausgebildet sind, ist ihre Belastung durch Aktivitäten im Realitätsraum eine therapeutische Notwendigkeit, da Fehleinschätzungen der gesunden Ichanteile und ihre zu weitgehende Schonung gerade bei diesen Kranken zu einer gefährlichen malignen Regression mit Rückzug auf ein präambivalentes Niveau führen kann.

Einen wesentlichen Einfluß auf die regressiven Vorgänge im Realitätsraum der Station haben die Mitarbeiter durch ihre Art des Eingehens auf die Wünsche und Bedürfnisse der jugendlichen Patienten. Deshalb ist es eine unverzichtbare Voraussetzung für alle Mitarbeiter, daß sie zunehmend mehr mit den theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse vertraut werden und die Vorgänge auf der Station und deren innere Dynamik einordnen und auswerten können. Ihre Interventionen sollten auf keinen Fall latente Konflikte oder

genetische Zusammenhänge ansprechen, sondern stets die Geschehnisse auf der sozialen Ebene im Hier und Jetzt betreffen. Mit dem Aufgreifen der Ereignisse auf der Ebene der Realität werden bei den jugendlichen Patienten regulierende und adaptive Ichfunktionen angesprochen und gestärkt, und die regressiven Triebbedürfnisse in den Therapie-raum verwiesen.

V. Die Ich-Entwicklung in der Adoleszenz und das „Life-Space-Interview“ als therapeutische Technik im Realitätsraum

Für die therapeutische Einflußnahme auf das Ich des Jugendlichen im Realitätsraum der Station bietet das „Life-Space-Interview“ (vom Übersetzer eingedeutscht: Therapeutische Auswertung von Ereignissen aus dem täglichen Leben) von Redl die geeigneten Techniken. Zunächst sollen jedoch noch einige spezielle Punkte der Ichentwicklung des Jugendlichen dargestellt werden.

Der Beginn der Adoleszenz ist gekennzeichnet durch biologische und psychische Vorgänge, die eine Zunahme des Triebdruckes einerseits und Veränderung der Triebqualität andererseits bedingen. Die bisher stabilen Ichstrukturen werden gelockert, sie sind dadurch nicht nur für Umorientierung und neue Leistungen zugänglicher, sondern auch leichter irritierbar. Dies führt zu erheblicher Verwirrung im psychischen Gleichgewicht. Das bisher festgelegte Kräfteverhältnis zwischen Ich und Es wird umgestoßen, einem relativ starken Es steht ein relativ schwaches Ich gegenüber, dem aber gerade in diesem Lebensabschnitt vermehrte Leistungen abgefordert werden.

Im Verlauf der der Adoleszenz vorausgehenden Latenzperiode werden einige besonders wichtige Ichfunktionen z.T. ausgebaut und erweitert, z.T. neu erworben. Die wachsende Fähigkeit, konstante Beziehungen aufrechtzuerhalten und Objektrepräsentanzen mit Werten zu besetzen, führt zu Objektkonstanz. Ferner ist es zunehmend möglich, über Internalisierungen von Ich- und Überichidentifikationen eine erste Identität zu errichten. Synthetische und integrative Ichfunktionen ermöglichen Widerstand gegen die Gefahr der Regression in schwierigen Situationen und über das Einsetzen neuer Steuerungsmechanismen den Aufbau der sekundären Autonomie. Die durch Internalisierungen erworbene Identität ist zunehmend dazu fähig, sowohl selbstkritisch zu sein, als auch durch Selbstachtung von der Umwelt in gewissem Grade unabhängig zu werden. Das Erlernen von Fertigkeiten, der Ausbau der angelegten intellektuellen und manuellen Fähigkeiten, der zunehmende Erwerb verbaler Ausdrucksformen für Gefühle und Wünsche steigern die Sicherheit in der Beherrschung der Umwelt und führen zu Selbstsicherheit. Die innere Fähigkeit, Aufschub oder Veränderung von Triebwünschen zu ertragen, führt vom primärprozeßhaften Erleben zum Sekundärvorgang.

Die physiologischen Reifungsvorgänge, die die Adoleszenz einleiten, bedingen ein starkes Anwachsen vor allem sexueller und aggressiver Triebregungen und verursachen eine Überschwemmung und damit Schwächung der Ichkräfte. Sexuelle und aggressive Regungen, anale und orale Impulse gelangen wieder an die Oberfläche und vermindern

die Zuverlässigkeit und Stabilität der Ichfunktionen. Das Überwiegen von Es-Impulsen führt zu erhöhten Abwehranstrengungen des Ichs und zu Ausformungen, die zunächst in für die Umwelt eher befremdlichen Verhaltensweisen deutlich werden. Schneller und für Außenstehende unverständlicher Wechsel zwischen zartester Zuneigung und ablehnendem Haß, Ideale von Askese und Zurückgezogenheit, die abgelöst werden von wilder Weltoffenheit und Gier, unvorstellbare Schlampigkeit und peinlichste Ordnung stehen dicht nebeneinander. Die Zurückweisung der Identifizierung mit den Eltern führt zur Veränderung und Umkehr der Überich- und Ichhaltungen, die bisherige Identität wird infrage gestellt, neue Identitäten werden probeweise übernommen und wieder verworfen. Der Jugendliche bietet in dieser Zeit alle Zeichen einer krisenhaften Erschütterung.

So fremd und bedrohlich diese Entwicklungsperiode oft erscheint, sie ist kein pathologischer Vorgang: Erikson nennt diese Zeit „die normative Krise“ der Adoleszenz und Blos spricht von einer „Experimentalperiode“. Über die Neuordnung und Neuorientierung hinaus bietet diese Krise auch noch die Möglichkeit, krankhaften Entwicklungen der frühen Kindheit entgegenzuarbeiten, frühere Defizite auszugleichen und Strebungen zu integrieren, die unveränderbar fixiert schienen.

Der lärmende und konflikthafte Verlauf der Reifungsvorgänge in der Adoleszenz macht die Grenzziehung zwischen normaler und krankhafter Entwicklung oft unmöglich, damit auch die Voraussage über ihren Ausgang. Dies macht die Schwierigkeiten der Indikationsstellung und prognostischen Einschätzung verständlich.

Das beschriebene Ungleichgewicht zwischen den Kräften des Ichs und den andrängenden Triebregungen macht deutlich, wie notwendig im Verlauf der Behandlung von Jugendlichen ichstützende und ichaufbauende Konzepte sind. An einem Beispiel soll gezeigt werden, wie das im Rahmen der therapeutischen Arbeit des Realitätsraumes geschehen kann:

Ulrike, 19 Jahre, ist Zwilling. Sie lebt zwar schon längere Zeit von ihrer Zwillingsschwester und von zu Hause getrennt, sie ist aber noch kein eigener, abgegrenzter Mensch geworden, sondern trauert um die Zeit, in der sie noch mit der Schwester zusammen war. Auf der Station findet sie wenig Anschluß bei den anderen Jugendlichen. Sie belagert statt dessen im wahrsten Sinne des Wortes die für sie zuständige Erzieherin. Sie läßt diese keinen Augenblick allein, und auch im Dienstzimmer kann die Erzieherin ihre Aufgaben nur im Beisein von Ulrike erledigen. Mit der sich arg bedrängt fühlenden Erzieherin wird auf einer Teamkonferenz besprochen, die Patientin, wann immer eine so bedrängende Situation entsteht, mit etwa folgenden Worten aus dem Raume zu schicken: „Ich habe jetzt noch für 10 Minuten hier eine Arbeit zu erledigen, bei der ich allein sein will. Dann habe ich eine halbe Stunde Zeit, in der können wir etwas zusammen tun, z. B. Tee trinken.“

Welcher Ichdefekt wird in diesem Beispiel besonders deutlich, und welche Hilfen werden der Patientin angeboten?

Ulrike findet auf der Station keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen, da diese auf ihre Sehnsucht nach Verschmelzung und symbiotischem Einssein nicht eingehen können und wollen. Dazu kommt die ständige Angst der Patientin vor Ablehnung durch ihre Mitpatienten, da sie diese nicht auf bestimmte Wünsche beziehen kann, sondern stets total und endgültig erlebt. Die Erzieherin, der sie als Patientin

besonders zugeteilt ist, bietet Ulrike die Sicherheit, hier ist jemand, der ist für mich da. Gleichzeitig schützen die Funktionen, die die Erzieherin auf der Station wahrnimmt, die Patientin vor andrängenden Wünschen nach Symbiose und deren gleichzeitiger Versagung. Ulrike sucht noch Beziehungen in Form der symbiotischen Verschmelzung, in der keine Trennung vom Objekt nötig ist. Sie hat es noch nicht gelernt, über den Vorgang der Identifikation und Introjektion unabhängig vom bedürfnisbefriedigenden Objekt zu werden. Sie hat in ihren Objektbeziehungen noch nicht das Niveau der Objektkonstanz erreicht.

Die Mitteilung der Erzieherin, sie wolle jetzt 10 Minuten alleine etwas tun, bedeutet für die Patientin, daß ein für sie wichtiger Mensch den Kontakt abbricht. Die dabei angegebene Zeitdauer enthält aber das Signal, daß, auch wenn dieser Mensch für bestimmte Zeit aus ihrem Gesichtskreis verschwindet, die Beziehung nicht zu Ende ist. Sie kann nach einer Trennungszeit wieder aufgenommen und weitergeführt werden. Die Zeitangabe 10 Minuten bietet der Patientin die Möglichkeit, sich zu orientieren und ihr Wissen darüber, wie lange es dauert, bis solche Zeitspanne vorüber ist, mobilisieren. Natürlich ist darin auch die Möglichkeit enthalten, sich selber für 10 Minuten etwas vorzunehmen. Der Vorschlag, vielleicht zusammen Tee zu trinken, enthält weitere an Ulrikes Ich gerichtete Hilfen. Die Erzieherin teilt ihr mit: „Ich möchte etwas mit Ihnen zusammen tun, nicht einer arbeitet und der andere sieht zu, sondern wir tun etwas, und das gemeinsame Tun verbindet uns.“ Tee trinken ist etwas, was die Jugendlichen von den Erwachsenen übernommen haben. Es soll also nicht nur irgend etwas übernommen werden, sondern eine Sache, die altersadäquat ist und auch Nähe anbietet. Schließlich nennt die Betreuerin erneut eine Zeitbegrenzung, diesmal für das Zusammensein. Sie gibt damit Ulrike einen Anstoß, sich schon jetzt mit dem Gefühl zu befassen, das auftreten wird, wenn die halbe Stunde zu Ende ist. Vielleicht überlegt sich die Patientin schon etwas für die Zeit danach, damit die Enttäuschung über das Ende des Zusammenseins nicht zu sehr anwächst. Es besteht aber auch die Möglichkeit, daß die Erzieherin sie bei diesen Überlegungen unterstützt. Darüber hinaus ist der Jugendlichen an einem Beispiel aus dem gemeinsamen Alltag deutlich gemacht worden, daß es manchmal nicht möglich ist, Wünsche und Bedürfnisse sofort und ohne Aufschub zu realisieren, sondern daß es nötig ist, deren Erfüllung auf einen späteren, günstigeren Zeitpunkt zu verschieben.

Auch eine so belanglos erscheinende Maßnahme, wie sie im vorstehenden Beispiel beschrieben wird, dient der therapeutischen Auswertung von Ereignissen aus dem täglichen Leben. Mit ihr wird dem Patienten in der Situation selber unterstützende Hilfe für bestimmte adaptive Ichfunktionen angeboten und so durch ein gezielt geführtes Gespräch ein wichtiger Beitrag zur Therapie im Realitätsraum geleistet. Es ist ein „situationsbezogenes therapeutisches Gespräch im aktuellen Lebenskontext“ oder „Life-Space-Interview“ nach Redl.

Das Konzept des „Life-Space-Interviews“ wurde entwickelt aus den Erfahrungen der stationären therapeutisch-pädagogischen Arbeit mit schwer- und schwerstgestörten Kindern und Jugendlichen. Es geht von der Beobachtung

aus, daß solche Patienten auf Grund schwerer Entwicklungsdefizite in den Ichstrukturen oft nicht in der Lage sind, bestimmte Ereignisse aus ihrer Umwelt realitätsentsprechend zu verstehen und adäquat zu reagieren. Ihre Antworten auf Erlebnisse des Alltags werden weniger durch die reale Situation bestimmt, sondern geprägt durch die eigene krankheitsbedingte Sicht; ihre Fähigkeit und Bereitschaft, mit der Realität richtig und angemessen umzugehen, ist wesentlich eingeschränkt. Die dadurch entstehenden Fehlinterpretationen von inneren und äußeren Erlebnissen müssen im Gespräch aufgegriffen und geklärt werden.

Dies kann geschehen unmittelbar zum Zeitpunkt des konflikthaften Ereignisses als „emotionale erste Hilfe“. Eine solche Hilfestellung ist immer dann angezeigt, wenn der Patient aufgrund seiner Behinderungen noch gar nicht in der Lage ist, auf längere und Verständnis vermittelnde Gespräche einzugehen, aber täglich auf der Station mit schwierigen Situationen konfrontiert wird. Das Beispiel von Virginia macht deutlich, was gemeint ist.

Sie ist ein 16jähriges Mischlingskind. Ihre Angehörigen leben in einer sehr konservativen Gegend von Deutschland und lehnen sie wegen ihrer Hautfarbe und der unehelichen Geburt ab. Besonders tut das die Mutter, da die Tochter immer wieder zum Hindernis bei neuen Lebensplänen wurde. Virginia ist auf der Station, weil sie Anfälle bekommt, in denen sie tobt, andere aggressiv mit dem Messer bedroht, aus dem Fenster springen will und die Stimme ihrer Mutter hört. Die Patientin selber hat beobachtet, daß sie vor den Anfällen oft ganz besonders starke Sehnsucht nach ihrer Mutter hat. Sie macht damit deutlich, daß sie über eine wichtige Ichfunktion, die Fähigkeit zur Binnenwahrnehmung, verfügt, daß dann aber die eigenen Steuerungsmechanismen nicht ausreichen, um mit einer so schwierigen inneren Situation umzugehen. An zwei Punkten muß hier „emotionale erste Hilfe“ einsetzen: Virginia braucht die Bestätigung, daß solche Selbstbeobachtung eine Voraussetzung für die Lösung von inneren Konflikten und damit wichtig ist. Darüber hinaus braucht sie dringend Unterstützung und Steuerungshilfen bei der Bewältigung dieser schwierigen Situation. Deshalb wird mit ihr vereinbart, daß sie sich in Zeiten wachsender innerer Spannung an eine von drei feststehenden Personen wenden darf, auch in der Nacht. Diese führen dann Gespräche mit ihr, vorwiegend über die vorausgegangenen Ereignisse und die durch sie geweckten Wünsche und Gefühle. Das verständnisvolle Eingehen auf ihre Not, der gemeinsame Versuch, über das Gespräch einen Weg zu finden, wie sie im jetzigen Augenblick damit umgehen könnte, vermittelt ihr zum einen das Gefühl, sie und ihr Problem seien wichtig, gibt ihr aber auch die Möglichkeit zu erfahren, daß das Durchdenken einer Situation Angst bindet und angemesseneres Reagieren einleitet. Dem kurzen Gespräch zum Zeitpunkt der intensiven Spannung können später längere folgen, in denen es darum geht, Wege zu finden und zu üben, die ihr den Umgang mit dem oft unerträglichen Druck ermöglichen. Die Ichleistung, inneren und äußeren Situationen zunächst denkend und dann handelnd zu begegnen, wird so gestärkt, ohne daß auf die psychodynamischen Hintergründe eingegangen wird.

Das Beispiel von Virginia zeigt eine Situation, in der es darum geht, „emotionale erste Hilfe“ bei der Bewältigung von panischer Angst, Wut und Schuldgefühlen zu leisten. In anderen Fällen kann mitfühlendes Verstehen von Ärger und Empörung verhindern, daß der Jugendliche sich zurückzieht und isoliert. In Ereignissen, die dazu führen können, daß ein Patient die bestehenden Beziehungen völlig abbricht, darf er auf keinen Fall sich selbst überlassen werden. Der Versuch, ihn in irgendeine Form der Kommunikation, verbal oder

avermal zu verwickeln, das Verbleiben in seiner Nähe ist Soforthilfe und macht es möglich, die konflikthafte Situation zu überbrücken und den Rückzug zu verhindern. Eine umfassende Hilfe bei der Bewältigung von inneren und äußeren Konflikten bietet auch die Hausordnung der Station, die der Regulierung von bestimmten Verhaltensabläufen, wie z.B. morgendliches Aufstehen oder Ordnunghalten in den Zimmern, dient. Sie bietet einen gesicherten Rahmen und damit Schutz und Steuerungshilfen bei andrängenden Willkürimpulsen, überschießenden Reaktionen oder der Neigung zu unkontrolliertem Ausagieren.

Der „therapeutischen Auswertung von Ereignissen aus dem täglichen Leben“ dienen Gespräche mit Patienten, die weniger sofortige Hilfe im Konflikt leisten, sondern unangemessene Verhaltensweisen verdeutlichen oder neugefundene Wege zur Konfliktlösung verstärken sollen. Vielfach unterscheiden sich die Ereignisse, die Anlaß für ein Gespräch bieten, nicht wesentlich von denen, die emotionale erste Hilfe erforderlich machen. Der wesentliche Unterschied liegt in ihrer größeren Ichnähe. Längere Gespräche in einem emotional aufgeschlossenen Augenblick sind vor allem dann sinnvoll und förderlich, wenn der Patient schon die Fähigkeit erworben hat, über einen kurzen Zeitraum zuzuhören. Solche Interventionen sind eine wichtige Brücke zur Einzeltherapie. Ein Gesprächsziel, das ganz besonders die Bemühungen der Einzeltherapie ergänzt, ist die Entfremdung des Ich vom Symptom.

Im Verlauf des Stationsalltages, gewöhnlich nach einem Aufenthalt von 14 Tagen bis drei Wochen, stellen die jugendlichen Patienten die alten Interaktionsmuster aus ihren Familien mit den gewohnten Übertragungsbeziehungen wieder her. Dadurch entfällt das erste erleichterte Gefühl vom Anfang des Aufenthaltes, und die bekannten Schwierigkeiten werden wieder deutlich. Die enge Verstrickung in ihre Behinderung macht es den Patienten unmöglich, das eigene Verhalten in problematischen Situationen mit nachfolgender Distanz zu beurteilen. In Gesprächen in Augenblicken, in denen der Jugendliche bereit und fähig ist zuzuhören, kann versucht werden, zunächst die geglückten eigenen Problemlösungsversuche aufzuzeigen, also die Teile des Ichs anzusprechen, die integrative Arbeit leisten, und sich dann weiter vorzuwagen und auch die pathologischen Lösungen genauer zu betrachten. Geschieht dies einheitlich von allen Betreuern und immer wieder in entsprechenden Situationen, kann es gelingen, dem Jugendlichen ichsyntone Verhaltensweisen aufzuzeigen, das Symptom von ihm abzulösen und sozusagen neben sein Ich zu stellen. Kann der Patient erst einmal über seine Behinderung distanziert nachdenken, wird es ihm auch möglich, in der Einzeltherapie daran zu arbeiten und neue Lösungswege zu wagen.

Andere Gespräche können die „Einmassierung des Realitätsprinzips“ zum Inhalt haben, auf die „Wiederbelebung eingeschlafener Wertgefühle“ (Redl) abzielen oder neue Verhaltenstechniken anbieten, wie es im Beispiel von Ulrike geschieht. Die „Erweiterung der Grenzen des Selbst“ als Ziel des „Life-Space-Interviews“ bietet wichtige Hilfen für die integrative Fähigkeit des Ichs der Patienten an über Ermutigung beim Einsetzen neuer Konfliktlösungen und Bestätigung des guten Gefühls der Selbstachtung.

VI. Schlußbemerkung

Mit den vorstehenden Ausführungen sollte nicht nur ein Bericht aus der Praxis einer psychotherapeutischen Jugendklinik gegeben werden. Vielmehr ging es darum, zu verdeutlichen, daß eine der großen Chancen der stationären Psychotherapie mit Jugendlichen in der Möglichkeit liegt, die „anderen 23 Stunden“ außerhalb der Therapie im engeren Sinne in den Gesamtbehandlungsplan mit einzubeziehen. So können für die notwendige Arbeit an den Ichfunktionen Konzepte ausgearbeitet werden, die den Realitätsraum der Klinik, ergänzt durch die Elternarbeit und Schul- und Arbeitsversuche, therapeutisch nutzbar machen.

Es war nicht Gegenstand dieses Berichtes zu untersuchen, ob es möglich ist, Konsequenzen aus den dargestellten klinischen Erfahrungen für die ambulante Psychotherapie mit Jugendlichen zu ziehen. Aber es könnte eine lohnenswerte Aufgabe sein zu überlegen, welche Konzepte über die therapeutischen Hilfen im Realitätsraum der Klinik in die Situation der Ambulanzbehandlung übernommen werden können. Aufgrund der Erfahrung der stationären Psychotherapie mit Jugendlichen ist nicht auszuschließen, daß am Ende solcher Überlegungen das Ergebnis steht, daß Psychotherapie mit Jugendlichen von Therapeuten in einer Einzelpraxis nur in glücklich gelagerten Fällen erfolgreich durchzuführen ist. Für die Verfasserin besteht kein Zweifel, daß auch die ambulante Psychotherapie mit Jugendlichen nur in speziellen poliklinischen Einrichtungen möglich ist. Dort steht eine Vielzahl von Mitarbeitern mit unterschiedlichen Funktionen zur Verfügung. Durch sie wird es möglich, die vielen anderen Stunden zwischen den Einzel- oder Gruppentherapien im engeren Sinne, die Eltern, die Freunde und den Lebensumkreis der jugendlichen Patienten sinnvoll in das therapeutische Geschehen miteinzubeziehen. Eine Reihe von Hilfen, wie sie im „Life-Space-Interview“ zusammengefaßt sind, könnten auch in entsprechende Konzepte für diese Arbeit aufgenommen werden.

Summary

Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy

This article describes clinical therapeutic experiences with hospitalized adolescents. Adolescent clinical psychotherapy seeks to prevent retardation by means of stimulating physical, emotional and cognitive development. The importance of fostering the ego functions is emphasized. Finally, the possibility of influencing the ego functions by means of the technique of 'Life-Space-Interview' (Redl, 1971) is discussed.

Literatur

- Balint, A.: Versagen und Gewähren in der Erziehung. In: Fürstenau, P. (Hrsg.), *Der psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft*, Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1974. – Balint, M.: *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, Frankfurt: Fischer 1969. – Ders.: *Das Problem der Disziplin*. In: Fürstenau, P. (Hrsg.), *Der psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft*, Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1974. – Berger, W.: *Die Einbeziehung der Eltern in die stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen*. In: T. F. Hau (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie in ihren Grundzügen*, Stuttgart: Hippokrates und Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1975. – Blanck, G.: *Einige technische Folgerungen aus der Ich-Psychologie*. In: Kutter, P. u. Roskamp, H. (Hrsg.), *Psychologie des Ich*, Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1974. – Blanck, G. und Rubin: *Angewandte Ich-Psychologie – Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta 1978. – Bos, P.: *Adoleszenz*. Stuttgart: Klett 1973. – Dührssen, A.: *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie 1967. – Dies.: *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie 1967. – Eissler, K. P.: *Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender*, in: *Psyche* (29) (1966), S. 837–872. – Erikson, E.: *Jugend und Krise*, Stuttgart: Klett 1970. – Freud, A.: *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, München: Kindler 1964. – Freud, S.: *Gesammelte Werke VIII*, S. 236; *Gesammelte Werke VII*, S. 187–194, Frankfurt: Fischer 1972 (4. Aufl.). – Greenson, R. R.: *Technik und Praxis der Psychoanalyse*, Stuttgart: Klett 1973. – Hau, Th. F.: *Frühkindliches Schicksal und Neurose*, Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie 1968. – Johnson, A. M.: *Zur Entstehung und Behandlung von Über-Ich-Defekten bei Jugendlichen*, in: Fürstenau, P. (Hrsg.), *Der psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft*, Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1974. – Künzel, E.: *Jugendkriminalität und Verwahrlosung*, Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie 1971. – Redl, F.: *Erziehung schwieriger Kinder*, München: Piper 1971. – Trieschman, A. E./Whittaker, J. K./Brendtro, K.: *Erziehung im therapeutischen Milieu*, Freiburg: Lambertus 1977. – Schultz-Henke, H.: *Der gehemmte Mensch*, Stuttgart: Thieme 1967. – Viebahn, I. von: *Zur Technik der analytischen Kindertherapie*, in: *Praxis der Kinderpsychologie* (19) 1970, S. 274–281. – Zauner, J.: *Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in der Klinik und im Heim*, in: *Praxis der Kinderpsychologie* (21), Heft 5/1972, S. 166–170. – Zauner, J.: *Probleme der Adoleszenz*. *Praxis der Psychotherapie* (18), 1973, S. 276–282. – Ders.: *Psychopharmaka und klinische Psychotherapie*. *Ztschr. f. Psychosom. Med.* (2), 1974, S. 138–147. – Ders.: *Psychodynamische und psychoanalytische Aspekte der Adoleszenz*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* (3), 1975, S. 41–54. – Ders.: *Das Problem der Regression und die Rolle des Durcharbeitens im Realitätsraum der psychotherapeutischen Klinik*. In: *Stationäre Psychotherapie*, Hrsg. Friedrich Beese, Verlag für Medizinische Psychologie 1978.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Angelika Stieber-Schmidt, Dachtmisser Straße 25, 2121 Reppenstedt bei Lüneburg.