

Mallmann, Doris / Neubert, Ernst-Otto und Stiller, Michael

**Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie Jugendlicher**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47 (1998) 5, S. 331-343

urn:nbn:de:bsz-psydok-40656

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

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce) . . . . .	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation) . . . . .	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children) . . . . .	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance) . . . . .	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy) . . . . .	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression) . . . . .	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase) . . . . .	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis) . . . . .	511

### Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child) . . . . .	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics) . . . . .	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children) . . . .	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients) . . . . .	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study) . . . . .	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation) . . . . .	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children) . . . . .	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood) . . . . .	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study) . . . . .	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children) . . . . .	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample) . . . . .	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children) . . . . .	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations) . . . . .	668

### Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time) . . . . .	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family) . . . . .	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?) . . . . .	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness) . . . . .	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence) . . . . .	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach) . . . . .	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self) . . . . .	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research) . . . . .	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry) . . . . .	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance) . . . . .	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children) . . . . .	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance) . . . . .	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption) . . . . .	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches) . . . . .	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents) . . . . .	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands) . . . . .	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma) . . . . .	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders) . . . . .	96

## Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward) . . . . .	773
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit .....	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus .....	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas .....	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen .....	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten .....	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis .....	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung .....	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung .....	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests .....	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik .....	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen .....	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik .....	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings .....	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36 .....	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive .....	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen ....	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen .....	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie .....	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen .....	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik .....	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen .....	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch .....	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie .....	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen .....	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie .....	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien .....	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse .....	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie .....	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens .....	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen .....	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung .....	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien .....	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen .....	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels .....	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie .....	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter .....	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision .....	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII .....	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien .....	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren .....	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen .....	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie .....	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik .....	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen .....	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner .....	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung .....	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen .....	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie .....	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter .....	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie .....	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters .....	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion .....	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1 .....	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen .....	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung .....	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher .....	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter .....	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung .....	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung .....	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

---

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen . . . . .	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie . . . . .	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen . . . . .	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs . . . . .	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern . . . . .	362

Editorial / Editorial . . . . .	63
Autoren und Autorinnen /Authors . . . . .	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements . . . . .	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (Leitender Arzt: Dr. med. M. Meusers)

## Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie Jugendlicher<sup>1</sup>

Doris Mallmann, Ernst-Otto Neubert und Michael Stiller

### Summary

Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy

In dealing with aggressive juveniles in a stationary setting it often is difficult to sustain the concept of therapy without risking the end of cooperation. A chance to save the ability to act on the therapist's side, offers the shorttime dismissal as a therapeutical measure. It works as a remedy in times of stationary crises' as well as a juncture with the juvenile's original system that is forced into the process of therapy closing links between the stationary ongoing and the dynamics of the familiar system outside.

### Zusammenfassung

Im Umgang mit aggressiven Jugendlichen ist die Einhaltung des Behandlungsrahmens häufig eine die Therapieansätze gefährdende, wenn nicht sogar vorzeitig beendende Hürde. Eine Möglichkeit, in derartigen Krisenmomenten therapeutisch handlungsfähig zu bleiben, bietet die Maßnahme der Kurzentlassung, die zugleich ein Bindeglied abgibt, das im Sinne systemischen Arbeitens das Ursprungssystem in den Therapieprozeß miteinbezieht und Prozesse auf der Station mit denen im Heimatsystem in Beziehung bringt. Das Verfahren wird in wichtigen Aspekten diskutiert und anhand von Fallbeispielen illustriert.

<sup>1</sup> Anstoß zu dieser Arbeit gab eine Reflexionsrunde über die Kurzentlassung nach vier Jahren praktischer Arbeit damit; unser Dank gilt allen Beteiligten.



## 1 Einleitung

In der stationären Behandlung von Jugendlichen stellt die Gruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens, auf welchem ätiologischen Hintergrund auch immer, eine besondere Problemgruppe dar. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil diese Patienten oft den Behandlungsrahmen als solchen in Frage stellen und daraus nicht selten Therapieabbrüche resultieren. KRIEBEL (1993) sieht in so „erwirkten“ disziplinarischen Entlassungen ein Ausagieren masochistischer Selbstbestrafungsbedürfnisse. GUNDERSON (1978) definiert als Bestandteile stationären psychotherapeutischen Arbeitens solchen Patienten gegenüber: Gehaltenwerden, Unterstützung, Struktur, Beteiligung und Bestätigung. Struktur meint, daß das therapeutische Milieu im Sinne einer Übergangsphase äußere Sicherheit zu vermitteln hat, wo innere fehlt oder unzureichend ist. KRIEBEL (1993) weist zu Recht darauf hin, daß im Vergleich zwischen ambulanten und stationären Psychotherapiepatienten bei letzteren eine stärkere Neigung zur Ich-Regression zu verzeichnen ist. Das gelte um so mehr, je schwerer die Störung sei und je früher sie liege. Dies drücke sich in feindseligen Übertragungsreaktionen aus, im Acting-out sogenannter separierter Persönlichkeitsanteile und in Form von Somatisierungen. KERNBERG (1988) warnt in diesem Zusammenhang vor einem Stationsmilieu, das zu regressionsfördernd ist. Dies führe zu einer weiteren Schwächung der Ich-Grenzen und damit zur Häufung „primär nicht neutralisierbarer Aggressionen“. STREECK-FISCHER (1991) nennt – speziell auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Störungen bezogen – die Gefahr, daß ohne strukturierende therapeutische Angebote destruktives und selbstschädigendes Verhalten oft noch zunimmt und daß solches Verhalten bei Mitpatienten ansteckend wirkt. Als wesentliche Hilfestellung nennt sie dabei eine räumliche und interpersonale Grenzziehung: „Notfalls muß eine zeitlich befristete Beurlaubung erfolgen, die Abstand herstellt, wenn Grenzen und Steuerung verloren gehen. Diesen zeitweiligen Abstand braucht nicht nur das Kind oder der Jugendliche, sondern auch das pädagogisch-therapeutische Team. Auf jeden Fall ist es wichtig, Bedingungen zu vermeiden, unter denen als Ultima ratio nur noch die Entlassung erfolgen kann (STREECK-FISCHER 1991, S. 108). Die Autorin greift diesen Gedanken unter dem Stichwort „Abstandsbeurlaubung“ später erneut auf (STREECK-FISCHER 1995).

## 2 Familientherapeutisches Arbeiten und aggressives Verhalten

Aggressives Verhalten wird aus analytischer Warte als ein Acting-out verstanden und unterschiedlich als Widerstandsform, als ineffizienter Wiederholungszwang zur unmittelbaren Spannungsreduktion oder als dissoziativer Ausdruck eines vorangegangenen Traumas gewertet. Aus behavioristischer Sicht ist Aggressivität eine gelernte Antwort auf Verstärker aus dem sozialen Umfeld. Der therapeutische Umgang damit ist aus dieser Perspektive die Arbeit mit operanter Konditionierung (Verstärkerprogramme) oder mit Strategien der kognitiven Verhaltenstherapie (Therapieverträge). Ein solches Verhalten wird als Ausdruck irrationaler Kognitionen oder unzureichender Problemlösefähigkeit begriffen.

Die Familie als wesentliches Referenzsystem des Jugendlichen wird inzwischen sowohl von analytischen als auch verhaltenstherapeutischen Schulen im Handeln mit aggressiven Jugendlichen genutzt. So erfolgt etwa durch Verhaltenstherapeuten eine Beratung der Eltern über grundsätzliche lernpsychologische Prinzipien sowie über Veränderungsmöglichkeiten innerfamiliärer Kommunikation (Modellernen, Rollenspiel). Grundsätzlich gilt aber zumeist, daß der Beginn des stationären Aufenthalts als Krise definiert wird, die ihrerseits Ausdruck einer Unfähigkeit im Familiensystem ist, die mit professioneller Hilfe angegangen werden muß. Der Professionelle versteht sich in diesem Zusammenhang als Handelnder für die eigentlich Sorgeberechtigten. Dies bedeutet, daß Krisen in der Behandlung, wie etwa aggressives Ausagieren, damit beantwortet werden, daß als Ultima ratio z.B. auf Time-out-Räume oder Medikamentengaben zurückgegriffen wird. Die Einbeziehung der Eltern erfolgt nicht, teilweise aus Schonung, teilweise aber auch aus der Haltung heraus, aufgrund eigener Professionalität die Krise allein bewältigen zu müssen, manchmal auch aus der Vorstellung heraus, besser damit umgehen zu können.

Eine veränderte Selbstdefinition des therapeutisch Tätigen im Sinne eines Dienstleistungsmodells für die Familie stellt SCHWEITZER (1995) vor. Er hat bereits früher aus systemischem Denken heraus für eine „komplementäre Beziehungsdefinition“ votiert. In diesem Verständnis ist etwa ein Heim nicht familienersetzend, sondern familienergänzend tätig (SCHWEITZER 1991).

### 3 Kurzentlassung im Herdecker Behandlungsalltag

In unserer Arbeit (stationäre Therapie mit 12 Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren auf einer offen geführten Station) verstehen wir uns als im Auftrag aller beteiligten Familienangehörigen tätig. Dies bedeutet in Krisen, wie sie etwa aggressive Ausbrüche der Jugendlichen darstellen, daß wir diese Situationen nutzen, um erneut in Kontakt mit den Eltern zu treten, sie zu informieren und ihre Stellungnahme uns und dem Jugendlichen gegenüber abzufragen. Wir werten damit Krise auch als Ausdruck einer unbewußten Motivation für Veränderung (KAST 1987). Bei massiven Übergriffen erfolgt neben einer aktuellen telefonischen Kontaktaufnahme in der konkreten Situation eine sogenannte Kurzentlassung. Dies bedeutet, daß unmittelbar eine Eskalation der Aggression dadurch unterbunden wird, daß der Jugendliche für bis zu 24 Stunden nach Hause zurückgeschickt wird, in aller Regel mit einem Auftrag, der auf das Krisenergebnis bezogen ist.

Time-out-Maßnahmen sind aus der pädagogischen Arbeit bekannt, z.B. „antiseptischer“ Hinauswurf bei REDL und WINEMAR (1976). Wir halten dabei allerdings nicht nur eine so herbeigeführte Deeskalation für therapeutisch wirkungsvoll, sondern auch die darüber hinausgehende Beteiligung der Eltern. Im weiteren geht es dann im Sinne kognitiv-verhaltenstherapeutischer Orientierung um die Förderung der Kommunikationsfähigkeit mit Elementen wie Klarheit, Zugewandtheit und Ressourcensuche. Wie schon zu Beginn einer stationären Aufnahme nutzen wir solche Krisen auch zur Ausarbeitung von Verträgen, deren Partner in erster Linie der Jugendliche und die Eltern

und in zweiter Linie wir als Einrichtung sind. Von besonderer Bedeutung ist über diese systemisch-therapeutische Sicht hinaus, daß dem Jugendlichen selbst die stationäre Behandlung als Attraktor erscheint, dessen Verlust es zu vermeiden gilt.

Situationen aggressiven Ausagierens sind häufig solche, in denen sich die Familien daheim als sehr hilflos und ohnmächtig erlebt. Durch die hier praktizierte Vorgehensweise finden sie unserer Erfahrung nach stärker in die Position des Handlungsfähigen zurück (s. folgendes Fallbeispiel). Nach von SCHLIPPE (1991, S. 370) gelten Erhalt und Verbesserung von Handlungsfähigkeit sowohl bei Therapeuten wie auch bei Patienten als übergeordneter Imperativ therapeutischer Ethik: „Sorge dafür, daß Du handlungsfähig bleibst, und suche nach Wegen, wie Dein Gegenüber ein wenig mehr handlungsfähig wird als vorher!“ Für den Jugendlichen ist die Kurzentlassung weniger entwürdigend, als sonst eine Machtprobe zwischen der Institution und ihm. Zudem macht er die wesentliche Erfahrung, daß nach diesem Time-out das Beziehungsangebot auf der Station fortbesteht. Dies entspricht einem weiteren ethischen Postulat von SCHLIPPES (1991), wonach mit der Intervention, der Etablierung von Unterschieden, die Integrität des Gegenübers gewahrt sein muß.

„Unterbrechung von interaktiven Mustern und deren Ersetzung mit solchen, die dem Problemsymptom nicht die Möglichkeit geben, Behandlungsmöglichkeiten zu zerstören“, ist eine Beschreibung von CALDWELL (1994, S. 598; Übers. Verf.) für Strategien des sozialen Konstruktivismus. Dem liegt als logisches Bezugssystem zugrunde, daß die Störung aus der sozialen Situation mit und um den Patienten erwächst und kein individuelles Persönlichkeitsmerkmal darstellt.

#### 4 Beutung der Kurzentlassung für die Familie und das Team

Für den therapeutisch Tätigen bietet die Kurzentlassung eine zusätzliche Chance, emotional zugewandt bleiben zu können. Positive Bezogenheit zwischen Patient und Therapeut ist ein wesentliches Element erfolgreicher Therapie, wenn nicht gar das entscheidende (STONE 1987).

Die Bedeutung der Kurzentlassung für das betreuende Team und die Gruppe der Jugendlichen auf der Station liegt zu einem großen Teil darin, daß bei den Jugendlichen Klarheit über die Regelseite des Zusammenlebens und bei den Erwachsenen Verhaltenssicherheit besteht. Dies allein führt schon zu einer Reduktion von gewalttätigem Verhalten. Die Kurzentlassung hat gegenüber Maßnahmen, die zur Eingrenzung eskalierenden Verhaltens eingesetzt werden können, wie z.B. Medikation, Fixierung oder Verbringung in Time-out-Räume, nicht den Nachteil irgendeiner Zwang- oder Gewaltförmigkeit, sondern ist eine Konsequenz, die oftmals zwar zunächst als unangenehm erlebt wird, aber nicht eigentlich wehtut oder kränkt.

Schon vor der stationären Aufnahme wird die Familie über unser stationäres Konzept einschließlich der Kurzentlassung informiert. Dies ist Teil des gemeinsamen Therapievertrags. Indem wir den Vertrag des Jugendlichen und seiner Familie mit uns ernst nehmen, bestehen wir auf dem damit gegebenen Bezugssystem. Bei Gewalt oder Sachbeschädigung etwa ist die Kurzentlassung eine klare Rückmeldung auch auf der Hand-

lungsebene. Der Jugendliche muß seine Eltern anrufen, sie bitten, ihn abzuholen, oder sich in öffentliche Verkehrsmittel begeben: Er oder sie kann dies nicht so einfach vor sich oder seinen Eltern verschweigen, verdrängen oder umdeuten. Für den Jugendlichen und uns bedeutet dieses Vorgehen auch, daß wir uns nicht in zermürbenden Stellvertreterkämpfen verausgaben und in aufkommender Antipathie abstoßen. Aus dem Clinch, in den der Jugendliche mit anderen oder mit Betreuern geraten ist, wird er in die auch räumliche Erfahrung von Abstand entlassen.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die Eskalation, die auf der Station vermieden wird, auch zu Hause nicht stattfindet. Trotzdem liegt es in der therapeutischen Absicht, daß mit der Kurzentlassung Situationen oder Prozesse, die für den Jugendlichen ganz normal sind, in eine für ihn erlebbare Krise geführt werden, teilweise auch im Sinne einer inszenierten Krise. In dieser außergewöhnlichen Situation wird eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten oder der Familie wahrscheinlicher. Oftmals kommt es erst durch die Mitteilung der Kurzentlassung beim Jugendlichen zu einer der Situation angemessenen affektiven Reaktion.

Immer wieder haben wir beobachtet, daß Jugendliche gerade dann auf Station aufdrehen, wenn in ihrer Familie wichtige Entwicklungen stattfinden, die sie beunruhigen (z.B. Trennungsabsichten der Eltern), oder wenn sie ihre Eltern aktuell besonders brauchen (z.B. bei Konflikten mit anderen Jugendlichen in der Stationsgruppe). Auch dann ist es wichtig und mit der Kurzentlassung möglich, dem Jugendlichen Gelegenheit zu geben, an der Entwicklung zu Hause unmittelbar teilzunehmen bzw. dort Zugehörigkeit und Unterstützung zu erfahren.

Obwohl die Kurzentlassung immer auch den pädagogischen Charakter der Konsequenz behält, kann durch die Deutung des Verhaltens gegenüber dem Jugendlichen und seiner Familie dieses Ereignis auch therapeutisch genutzt werden. Wenn etwa der Sinn der Aggression die Sorge um die Eltern zu sein scheint, werden sozial erwünschtere Handlungsalternativen vorgeschlagen, etwa der Besuch der Jugendlichen zu Hause oder der der Eltern auf der Station.

Das Ziel von Familientherapie, Familienmitglieder in einen Auseinandersetzungsprozeß zu bringen, in dem sie eigene Ressourcen entdecken, ist tendentiell im stationären Setting gefährdet. Die Kurzentlassung bringt an wichtigen, krisenhaften Punkten der Behandlung den Prozeß über die Gespräche hinaus in die Familie zurück. Dabei nutzen wir auch die Eltern als Kundige, bei denen wir Rücksprache nehmen und von denen wir Unterstützung in der Behandlung ihrer Kinder benötigen. Damit kehrt sich die Bedürftigkeit um und die Familie kann sich in einer Position der Kompetenz und Stärke erleben, in der Ressourcen zur Bewältigung der Situation leichter aktiviert werden können.

Wenn die Anwendung eingrenzender Zwangsmittel immer auch die Pathologisierung krisenhaften oder eskalierenden Verhaltens bedeutet, also die Sicht der Familie auf den Jugendlichen als Kranker (Indexpatient) verstärkt wird, so wird mit der Kurzentlassung die Krise weder medizinalisiert noch verharmlost, sondern der Familie zur Mitarbeit übergeben und diese zur Eigenbewegung angeregt. Es kommt auf diese Weise nicht so leicht zu der falschen Konkurrenzsituation zwischen den dem Anschein nach jeder Situation gewachsenen Betreuern und den sich vor der geballten Professio-

nalität des medizinischen, psychologischen und pädagogischen Teams beschämt fühlenden, mit Schuld- und Versagensgefühlen beschäftigten Eltern.

## 5 Aktualisierung der Therapieentscheidung

Für das Verhältnis des Jugendlichen zur Therapie, das er selbst in einer aktiven Weise definieren muß, wenn die Behandlung überhaupt Aussicht auf Erfolg haben soll, bietet das angesprochene Vorgehen bedeutsame Entwicklungsmöglichkeiten. Mit der Kurzentlassung steht der Jugendliche neu vor der Entscheidung für oder gegen Therapie, für oder gegen seinen Veränderungswunsch, dem gegenüber er sich selbst ambivalent erlebt. Von der Seite der Therapeuten und Betreuer wird signalisiert: „Wir halten die Therapie knapp - es kommt auf Dich an.“ Gleichzeitig wird seine Erwartung an die Einrichtung, ihn festzuhalten und mit ihm als Objekt etwas zu machen, konterkariert: In der Abstandssituation kann er eine Vergewisserung von Freiheit und Autonomie gewinnen; daß es von ihm selbst abhängt, was aus der Therapie wird. Wenn natürlich auch nicht in jedem Fall mit solcher Einsicht zu rechnen ist, so wird sie doch tendenziell in der Spannungsphase nach einem überforderten und überfordernden Erleben und Verhalten auf der Station begünstigt. Die vermeintliche Verweigerung von Therapie kann zu einem ähnlichen Vorgang führen, wie ihn MILTON ERIKSEN für eine hypno-therapeutische Behandlung beschreibt: Der Patient „gab zu, daß er nicht sicher war, ob er wirklich eine richtige Hypnose wollte. Ich anerkannte dies, indem ich mich ausdrücklich weigerte, irgendeinen formellen Versuch zu machen. Dies stellte einen umgekehrten double-bind dar: Er fragte nach etwas, von dem er nicht sicher wußte, ob er es wirklich wollte. Es wurde ihm verweigert. Deshalb mußte er es nun wollen, da er es jetzt in Sicherheit tun konnte“ (CIOMPI 1982, S. 376)

## 6 Beispiele für Kurzentlassungen aus der klinischen Praxis

(a) *Klaus*: Im folgenden Fallbeispiel werden die Möglichkeiten und Grenzen dieses Konzepts beschrieben. Wir beziehen uns hier auf das Beispiel eines 16jährigen Jungen, Klaus genannt, der mit einer Störung des Sozialverhaltens in Form von verbalen Aggressionen und Verweigerungen auf dem Hintergrund einer chronischen Grunderkrankung (Mukoviszidose) aufgenommen wurde.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde Frau H. von Klaus' leiblichem Vater geschieden. Die Mutter wollte nicht, daß dieser Kontakt zu dem Kind aufnehme: Er sei Alkoholiker und außerdem kümmere er sich auch nicht um Klaus. Seit 14 Jahren lebte Frau H. in einer anderen festen Beziehung, aus der Ina (fünf Jahre alt) hervorging.

Zwischen Klaus und dem Partner der Mutter, den er als Vater akzeptiert, besteht ein harmonisches Verhältnis. Problematisch ist die Beziehung zur Mutter. So kommt es zwischen Klaus und ihr immer wieder zu aggressiven Auseinandersetzungen, da Klaus nachlässig mit den für ihn lebensnotwendigen Behandlungsmaßnahmen, wie dem Inhalieren und der Drainage umgeht. Frau H. wünscht sich weniger mühsame Kämpfe mit Klaus; außerdem sei sie oft mit Klaus' Verhalten überfordert. Neben seiner Verweigerung provoziere er die Mutter, halte sich nicht an Verabredungen und entwende auch Geld aus ihrem Portemonnaie. Die Mutter hat bereits an eine mög-

liche Fremdunterbringung gedacht, ohne das Anliegen konkret verfolgt zu haben. Klaus selbst äußert den Wunsch, so weit wie möglich ein ganz normaler Jugendlicher sein zu dürfen und an der Diagnose Mukoviszidose nicht zu verzweifeln. Auch er wolle mehr Eigenverantwortung im Umgang mit den notwendigen medizinischen Maßnahmen erlernen.

Mit Klaus und seiner Mutter thematisierten wir bereits im ambulanten Vorkontakt und anlässlich des Aufnahmegesprächs die Möglichkeit der Kurzentlassung. So teilten wir unsere Erfahrung mit, wonach Konflikte auf der Station auch im familiären Zusammenhang gedeutet werden müssten und wir deshalb den Kontakt zu den Eltern herstellen. Bezogen auf Klaus könne dies bedeuten, daß es, falls er etwa die Gruppentherapie verweigere, sich nicht an Inhalationszeiten halte, sich prügele oder Messer bei sich führe – was vorgekommen war –, zu einer 24stündigen Kurzentlassung nach Hause kommen könne. Vor einer Kurzentlassung, vereinbarten wir weiterhin, gäbe es z.B. bei einmaligem Verweigern des Inhalierens zunächst einen telefonischen Kontakt zwischen Mutter und Sohn. Sollte das nicht ausreichen, würden wir ihn mit der Hausaufgabe kurzentlassen, über die Bedeutung des Inhalierens mit seiner Mutter zu sprechen.

Mit derartigen Vereinbarungen verabschiedeten wir gemeinsam einen Therapievertrag für die stationäre Behandlung. Klaus signalisierte, daß er sich an alle Verabredungen halten wolle und es sicher zu keiner Kurzentlassung kommen werde. An dieser Stelle war Klaus die Verantwortung für sein Handeln klar und die Anbindung an die wahren Eltern etabliert. Für den Fall einer Kurzentlassung wurde konkret vereinbart: Klaus solle am Tag grundsätzlich selbst mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren. Für den Fall einer abendlichen Eskalation erklärte sich die Mutter bereit, Klaus mit dem Auto abzuholen.

Zu Beginn des stationären Verlaufs erschien Klaus ganz normal, gut integriert und offensichtlich bemüht, seine Inhalationen durchzuführen, die Medikamente einzunehmen und sich an die stationären Regeln zu halten. Während dieser Honey-moon-Zeit entstand bei uns vorübergehend der Eindruck, Klaus' Mutter sei ihm gegenüber besonders rigide eingestellt und eher unnachtsichtig. Es schien so, als halte sich Klaus an sein Versprechen, es zu keiner Kurzentlassung kommen zu lassen. Nach einer Phase des Einlebens revidierten wir unser Bild. Klaus spielte zunächst mit den Inhalationsterminen und war erst nach Aufforderung bereit, Folge zu leisten. Es kam zu ersten telefonischen Kontakten zwischen ihm und seiner Mutter, da er die Inhalation auch gänzlich verweigerte. Daraufhin inhalierte Klaus, agierte aber auf der Verhaltensebene zunehmend. So zeigte er den Erwachsenen gegenüber ein distanzloses, ständig forderndes Verhalten. Alle Wünsche, die er stellte, sollten nach Möglichkeit sofort erfüllt werden.

In diese Zeit fiel dann auch die erste Kurzentlassung. So deuteten wir Klaus' Verhalten und die kleineren Regelverstöße als Beziehungswunsch an die Mutter. Anlässlich der ersten Kurzentlassung protestierte Klaus zunächst lautstark und weigerte sich, nach Hause zu fahren. Nach kurzer Zeit beruhigte er sich zwar, ließ uns aber wissen, daß er fahren, aber nicht mit der Mutter reden werde.

Klaus kam geordneter auf die Station zurück, stellte aber klar, mit seiner Mutter nicht über das Inhalieren gesprochen und sich zu Hause gelangweilt zu haben. Zweierlei teilte er uns auf diese Weise mit: Daß wir ihn nur teilweise zur Mitarbeit verpflichten könnten und daß es für ihn attraktiv war, auf der Station zu sein. Es wechselten dann im weiteren Verlauf Phasen, in denen Klaus zur Mitarbeit durchaus bereit war, mit solchen, in denen er vermehrt aufdrehte, so daß mehrere Kurzentlassungen folgten. Das grenzüberschreitende Verhalten wurde von uns als Ruf nach der Familie verstanden. Offensichtlich gab es für Klaus außer dem Einhalten der medizinischen Behandlungsmaßnahmen noch mehr innerhalb der Familie zu klären. In den Familiengesprächen wurden auch die Vorkommnisse thematisiert. Klaus' Mutter gab an, es habe sich an den Wochenenden mit Klaus daheim alles ein wenig entspannt. Auch müsse sie nicht mehr hinter Klaus herlaufen, um ihn an seine Medikamenteneinnahme zu erinnern. Aber alles in allem

sei der Umgang mit ihm nach wie vor sehr anstrengend. Auch wir erlebten das auf der Station, so hatte er mit einem Rollstuhl einer Mitpatientin eine verglaste Tür durchbrochen. Hierbei zeigte sich in besonders eindrucksvoller Weise wie wichtig es für Klaus war, nach Hause zu können. In einem auf die Kurzentlassung folgenden Einzelgespräch teilte Klaus uns mit, daß sich seine Mutter von ihrem langjährigen Lebenspartner getrennt und ein neuer Lebensgefährte bereits bei ihnen Einzug gehalten habe, mit dem Klaus befürchte, nicht zurechtzukommen. Wir deuteten Klaus' Verhalten so, daß er prüfen müsse, ob er zu Hause noch seinen angestammten Platz habe.

Um dieses berechnete Bedürfnis angemessen befriedigen zu können, also ohne Kurzentlassungen provozieren zu müssen, vereinbarten wir als weitere Kontaktmöglichkeit einen einmal wöchentlich stattfindenden Besuchstag daheim. Klaus und seine Mutter sprachen in dieser Zeit über die Möglichkeit, für ihn eine Wohngemeinschaft zu suchen. Vor dem Hintergrund des Besuchstags wurde Klaus im stationären Setting ruhiger und umgänglicher. Die Anzahl der Kurzentlassungen ging wesentlich zurück. Klaus konnte mit seiner Mutter über die anstehende Zukunft sprechen, und die gemeinsame Perspektive ging zunehmend in Richtung Heimunterbringung. Diese sollte auch die für ihn so wichtigen medizinischen Belange erfüllen. In Zusammenarbeit mit dem klinikeigenen Sozialdienst und dem zuständigen Jugendamt konnte eine entsprechende Einrichtung gefunden werden. Bevor Klaus in diese Wohngemeinschaft ging, verbrachte er nach der Entlassung noch einige Zeit bei seiner Mutter. Beide bereiteten so den Wechsel in seine neue Heimat gemeinsam vor. Aus informellen Besuchen und Kontakten nach der Entlassung ist uns bekannt, daß er sich dort gut eingelebt hat.

*(b) Jonas:* Mit Jonas nahmen wir ein 12jähriges Pflegekind auf, das von der körperlichen Entwicklung her eher älter wirkte. Jonas kam zur Aufnahme, weil er nicht einmal in einer Sonderschule für Erziehungsschwierige im Gruppenunterricht zu halten war. Auf neue Situationen reagierte er mit massiver Angstentwicklung, Verweigerung und Autoaggressivität. Gerade zu Beginn des stationären Aufenthalts beinhalten die soziale Situation für Jonas wiederholt massive emotionale Überforderungen. Wie auch daheim zeigte sich selbst in der hiesigen Beschulungssituation nur der Einzelunterricht als Arbeitsmöglichkeit. Während des stationären Aufenthalts kam es gerade im mittleren Drittel wiederholt zu Kurzentlassungen, die wie eine Notbremse des Jugendlichen wirkten. Dies führte dazu, daß wir im Familiengespräch mit den Pflegeeltern einen Besuchstag in der Woche vereinbarten, der die Situation im weiteren so weit entspannte, daß sie zu halten war. Ein gemeinsamer therapeutischer Prozeß konnte abgeschlossen werden, und die Reintegration in die häusliche Situation erfolgte zusammen mit einer Sonderregelung für die Beschulung.

*(c) Ali:* Der 13jährige Ali, einziges Kind ausländischer Eltern und schon im Herkunftsland adoptiert, kam auf unsere Station, weil er zu Hause und in der Sonderschule für Erziehungshilfe nicht mehr zu halten war (Zitat aus dem Anmeldebogen: „schwerstbehindert erziehungsschwierig“). Er würde sich kaum an Regeln halten und durch häufige Prügeleien mit Mitschülern auffallen. Auch Ali und seinen Eltern wurde vor der Aufnahme deutlich gemacht, daß er bei Prügeleien und entsprechenden Grenzübertreten kurzentlassen werden würde. Nach einer Zeit der Eingewöhnung ließ es Ali häufiger zu dieser Konsequenz kommen. Der Vater holte ihn dabei mehrmals mit zunehmendem Ärger mit dem Auto aus 40km Entfernung ab. Da diese Fahrten für die Familie auch ein finanzielles Problem bedeuteten, ermöglichten wir einen Kostenzuschuß durch das Krankenhaus. Trotzdem ließen uns die Eltern, die nur mit Schwierigkeiten Deutsch sprachen, ihre Unzufriedenheit mit der Regelung deutlich spüren. Obwohl sie sich mit dem Sohn überfordert fühlten, sehnten sie sich doch sehr stark nach familiärem Zusammenhalt, so daß sie auch die Möglichkeit einer Heimunterbringung weit von sich wiesen. Um einer Spaltung entgegen-

zuwirken und Alis Eigenverantwortung zu betonen, schlugen wir mehrmals vor, Ali möge doch den Weg nach Hause mit Bus und Zug zurücklegen, was die Eltern erst nach langem Ringen mit ihrer Sorge um den Sohn zuließen. Alis Gewinn durch die stationäre Aufnahme waren die Kontakte zu anderen Jugendlichen. Er fand, daß hier „mehr los“ wäre als zu Hause und ging bei jeder Kurzentlassung nur ungern fort. Anlaß für die erste Kurzentlassung war, daß er einer Mitarbeiterin den Schal so fest um den Hals zog, daß sie sich bedroht fühlte, auch wenn Ali selbst das Geschehen als Spaß darstellte. In seinem Verhalten wechselte er – vor allem gegenüber Erwachsenen – oft abrupt zwischen gutem Kontakt und hochmütiger oder aufbrausender Zurückweisung von Anforderungen und Regeln. Während bei den Eltern eine gewisse Ambivalenz bezüglich der häufigen An- und Abreise ihres Sohnes bestehen blieb, begann Ali, dessen Beziehungen auch zu Betreuern tiefer wurden, ansatzweise seine eigene Verantwortung zu erkennen. Um dies zu fördern und ihm eine lebenspraktische Wahrnehmung und Perspektive zu vermitteln, organisierten wir mit ihm zusammen ein Praktikum in einer beruflichen Bildungsstätte für Jugendliche, das er täglich für einige Stunden besuchte, wenn er es nicht zu einer Kurzentlassung kommen ließ.

In Alis Fall diente die Kurzentlassung dazu, dem Jugendlichen seine eigene Verantwortung zu geben und bewußtzumachen, wie er mit seinem Verhalten Chancen nutzt oder vergibt. Bei Ali deuteten wir schließlich seinen häufigen „Gebrauch“ der Kurzentlassung positiv als Zeichen von Sehnsucht nach der Familie und letztlich als seine eigene Entscheidung, die Therapie zu beenden. Für die Eltern und Ali hatte diese Interpretation etwas Versöhnliches; zugleich erlebte Ali auch den Verlust. Später erhielten wir die Information, daß die Situation in der Familie noch schwierig, in der Schule aber deutlich gebessert sei.

*(d) Sven:* Sven war ein 15jähriger Jugendlicher, der von der körperlichen Entwicklung her noch jünger wirkte und mit Schulphobie und multiplen sozialen Ängsten vorgestellt wurde. Er erlebte sich selbst eher als 12jährigen. Er war einziges Kind seiner Eltern und wurde von beiden mit allen zur Verfügung stehenden Kräften umsorgt. Die mit der stationären Aufnahme verbundene vorübergehende Trennung von den Eltern war ein erster Kraftakt, bei dem sich die Eltern bei allen eigenen inneren Ambivalenzen dem Jungen gegenüber durchsetzen mußten und dies auch schafften. Wegen der starken Gebundenheit und der immer wieder aufkeimenden Unsicherheit über den stationären Aufenthalt des Sohnes erfolgten einmal wöchentlich Familiengespräche, und die Eltern fanden sich in der Woche abends in der Ausgangszeit zu Besuchen ein. Nachdem Sven die Aufnahme überstanden hatte, ging er zunehmend in altersangemessenen Kontakt mit den anderen. Dies äußerte sich auch zunehmend darin, daß er mit Regeln und Vereinbarungen spielte und indirekt in Konflikt mit den Erwachsenen trat. In einer solchen Situation erfolgte eine Kurzentlassung, die Sven selbst wie einen Aufstieg zum Jugendlichen erlebte. Für die Eltern blieb das in dieser Situation weitgehend unverständlich, weil Sven sich im Kontakt mit ihnen deutlich stärker in die Position des unsicheren, ängstlichen und maximal sorgebedürftigen Kindes zurückfallen ließ. Die Entlassung erfolgte nach drei Monaten, nachdem Sven es als letzte Hürde geschafft hatte, mit einigen Anstrengungen unter Zuhilfenahme von Eltern und Betreuern über einen vorher festgelegten Zeitraum hinweg eine Außenschule zu besuchen.

*(e) Tim:* Der 15jährige Tim, aus einer in Trennung befindlichen Familie, kam mit heftigen aggressiven Durchbrüchen und mit fremddestruktivem Verhalten zu uns. Er hatte seinem Vater mehrfach Prügel angedroht und war an seiner Heimatschule des öfteren durch tätliche Übergriffe Mitschülern gegenüber aufgefallen. Unter anderem hatte er einen Mitschüler so verprügelt, daß dieser ambulant im Krankenhaus behandelt werden mußte. In einer daraufhin einberufenen Klassenkonferenz wurde dann entschieden, Tim für eine unbestimmte Zeit vom



Unterricht auszuschließen. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes versuchte Tim mehrfach, Mitpatienten unter Druck zu setzen, mittelbar auch darüber, daß er Geschirr zertrümmerte und Mobiliar bespuckte. So wollte er Chef einer für uns zunächst nicht erkennbaren Subkultur werden. Auch sprach er wiederholt Drohungen gegenüber Mitarbeitern aus und kündigte etwa an, deren Autos zu beschädigen. Während seiner Behandlung wirkte die Kurzentlassung als Entlastungsraum, der Tim die Möglichkeit entzog, eine Atmosphäre der Ansteckung und Desintegration unter den anderen Jugendlichen der Station zu verbreiten.

Des weiteren wurde der Arbeitsprozeß innerhalb der Familie angeregt, denn durch die häufige Folge von Kurzentlassungen wurde dem Vater die Tragweite von Tims Aktionen bewußt und er faßte den Entschluß zur Heimunterbringung.

Noch während der Behandlung kümmerte sich der Vater gemeinsam mit Tim um einen Platz in einer Wohngemeinschaft. Diese sollte die für ihn wichtigen Belange, wie die Chance auf einen Ausbildungsplatz, beinhalten und gleichzeitig gewährleisten, daß Besuchskontakt sowohl zum Vater als auch zur Mutter bestehen könnte.

Nachdem das Thema Auszug nun besprechbar war, nahm die Zahl der Kurzentlassungen ab und Tim wurde ruhiger. Es gelang ihm, an einem erlebnispädagogischen Kurzprojekt in Form einer Abenteuerwanderung mit anschließender Übernachtung im Freien teilzunehmen, und in Form eines wöchentlichen Besuchstages daheim gestaltete er den Abschied sowohl vom Vater als auch von der Mutter.

Nach zwei Monaten Aufenthalt auf der Station wurde Tim zunächst für eine Zeit des Übergangs zum Vater entlassen. Anschließend wechselte er in eine Wohngemeinschaft nach Norddeutschland. Von Tim, der nach seiner Entlassung über Telefonate den Kontakt zu uns hielt und auch einer Einladung zum Sommerfest folgte, hörten wir, daß er sich dort gut eingelebt und sich auch die Beziehung zum Vater durch regelmäßige Besuche entspannt hatte.

*(f) Tamara:* Tamara war eine Jugendliche, die als Einzelkind in ihrer Ursprungsfamilie aufgewachsen war. Seitdem sie in der Lage gewesen war, über die nächsten Angehörigen hinaus Kontakt zur Außenwelt aufzunehmen, geriet sie immer wieder in Konflikte mit Gleichaltrigen. Schon im Kindesalter wurde das Mädchen verprügelt. Immer wieder gewannen die Erwachsenen den Eindruck, daß sie zur Mißhandlung einlud, diese in Kauf nahm. Die Integration in den Kindergarten gelang im ersten Anlauf nicht, erst im Jahr vor der Einschulung in einem zweiten Versuch, wobei den Eltern rückgemeldet wurde, daß für die Schule große Probleme zu erwarten seien. Dies bestätigte sich praktisch von Beginn der Einschulung an und schlug sich darin nieder, daß Tamara bereits aus der ersten Klasse heraus ein Aufnahmeverfahren für eine Sonderschule für Erziehungsschwierige erhielt. Tamara wurde in einem integrativen Modell von Sonderschullehrern im Klassenverband oder im Einzelunterricht beschult. Auch diese Situation mündete häufig darin, daß das Mädchen beurlaubt wurde, weil ein Unterricht nicht möglich war. Für 14 Tage erfolgte die Beschulung auf einer Sonderschule für Lernbehinderte, ein Intelligenztest hatte entsprechende Werte ergeben, auch dort sah man sich aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten nicht länger in der Lage, mit dem Mädchen umzugehen. Das Jugendamt war bereits von den Eltern einbezogen worden, die Unterbringung in einer Tagesgruppe sollte die Situation, die auch daheim zwischen Tamara und ihrer Mutter sehr schwierig wurde, entlasten. Nach neun Monaten wurde auch dort der Verbleib in Frage gestellt, zahlreiche Konflikte um und mit Tamara waren dem voraus gegangen.

Die stationäre Aufnahme erfolgte auf dem Hintergrund der doch auch für kinderpsychiatrische Verhältnisse sehr eingeschränkten Anpassungsfähigkeit der Jugendlichen mit einer 14tägigen Probezeit. Schon am Tag der Aufnahme kam es zur ersten Kurzentlassung. Die Atmosphäre unter den Jugendlichen war fast von Beginn ihrer Anwesenheit an von Unruhe und

Gespanntheit geprägt. Da Tamara etwa 100 km entfernt vom Krankenhaus wohnte, war die organisatorische Umsetzung der Kurzentlassung ein Problem, und für die Eltern, die sie abholten, sehr aufwendig. Trotz der Vorinformation gerade über diesen Punkt war auch Spannung bei den Eltern spürbar, als sie praktische Erfahrung damit machten. Zwar kam Tamara ruhiger auf die Station zurück, dies änderte sich jedoch innerhalb von Stunden wieder. Noch in der ersten Woche kam es zu einem Krisenfamiliengespräch, in dem weitere Sonderregelungen getroffen wurden, um die geplante Probezeit durchführen zu können. Obwohl auch eine medikamentöse Intervention vereinbart wurde, kam es zu Kurzentlassungen. In der zweiten Woche kam es zu massiven Ausgrenzungsreaktionen der anderen, weil selbst die Gleichaltrigen Tamaras Verhalten als extrem „peinlich“ für sich erlebten und jede Situation mieden, gemeinsam mit ihr in der Öffentlichkeit aufzutreten. Die Kurzentlassungen erlaubten uns im nachhinein trotz der Schwere der Problematik, die 14 Tage Beobachtungszeit durchzustehen und eine weitreichendere Empfehlung zu geben.

*(g) Theo:* Der 15jährige Theo kam wegen Schulschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten daheim zur Vorstellung. Zuletzt war er ganze Nächte weggeblieben und hatte sich mit älteren Jugendlichen aus kriminellem Milieu zusammengetan. In dieser Situation war es auch zu einer Straftat gekommen, wegen der im Verlauf des stationären Aufenthaltes eine Gerichtsverhandlung erfolgte, und die Verordnung von Sozialstunden. Theo zeigte eine sehr wache soziale Kompetenz und nutzte diese, die Jugendlichen und die Erwachsenen für seine Belange einzusetzen. Schon bald erfolgte die erste Kurzentlassung. Theo setzte Mitpatienten unter Druck und er verschaffte sich eine mächtige Position in der vor Erwachsenen verdeckt gehaltenen Subkultur. Es folgten weitere Kurzentlassungen, nach drei Monaten die Entlassung. Letztlich blieben die Eltern immer dahingehend ambivalent, wieviel Verantwortung Theo für sein eigenes Handeln zuzuweisen war. Dies machte sie auch zwiegespalten gegenüber den von ihrem Sohn erwirkten Kurzentlassungen. Darin lag ein Spaltungspotential auch mit uns als Behandlern. Das Behandlungsende erfolgte zwar nicht als Abbruch, jedoch wurde eine kritische Bilanz gezogen. Nach der Entlassung erfuhren wir über die Psychotherapeutin, die Theo und die Familie ambulant betreute, daß es den Eltern besser als zuvor gelang, ihrem Sohn Grenzen zu setzen.

## 7 Schluß

An dieser Stelle sei betont, daß wir in den Fallbeispielen nicht auf alle therapeutisch-pädagogischen Prozeßschritte eingegangen sind, sondern nur solche beschrieben haben, die unsere Arbeitsweise der Kurzentlassung verdeutlichen. Nach unseren bisherigen vierjährigen Erfahrungen bewährt sich die Kurzentlassung in der täglichen therapeutisch-pädagogischen Praxis einer offen geführten jugendpsychiatrischen Station. Notwendige Voraussetzung zur Anwendung dieser Methode ist die intensive Mitarbeit des Ursprungssystems, also der Familie oder des Heims. Dieses Vorgehen setzt Absprachen voraus, auch den Hinweis, daß es schon am Tag der Aufnahme, möglicherweise am Abend, zu einer Kurzentlassung kommen kann. Hier liegt es in der Verantwortung des behandelnden Teams, Eltern gut vorzubereiten, was heißt, sie zu Beginn einer krisenhaften Entwicklung als die besten Kenner ihres Kindes miteinzubeziehen. Ein formelles Einverständnis zum Konzept der Kurzentlassung erfolgt in der Regel leichter als das innerliche Mittragen in der Krisensituation.

Bewährt hat sich eine frühzeitige Einbeziehung der Eltern nach folgendem Modus: Im Beisein der Jugendlichen werden diese angerufen, um ihnen mitzuteilen, daß etwa bei der Fortsetzung von Auseinandersetzungen durch ihr Kind dieses selbst eine Kurzentlassung herbeiführt. Dadurch wird der Jugendliche in seiner Verantwortlichkeit benannt, und Vater oder Mutter können ihren Einfluß auf Sohn oder Tochter geltend machen oder dies zumindest versuchen. Die Eltern aktualisieren an dieser Stelle den Therapieauftrag.

Anders als bei der Arbeit mit Familien kann die Kurzentlassung bei Jugendlichen aus Heimen zusätzliche Probleme aufweisen, da es bei der Vielzahl der Beteiligten schwierig ist, einen gemeinsamen Informationsstand zu erreichen und beizubehalten. Zudem gibt es zwischen professionellen Helfern und betreuten Jugendlichen eine andere emotionale Bezogenheit und Verbindlichkeit als bei Jugendlichen, die in Familien leben.

Die Kurzentlassung soll dazu dienen, die Mitglieder des Ursprungssystems in der Verantwortung zu belassen. Gleichzeitig ist sie eine deeskalierende Handlungsmöglichkeit, die durch die Regulierung von Nähe und Distanz eine gemeinsame Basis für die weitere Zusammenarbeit erhält. Grenzen der Umsetzung unseres Vorgehens können auch mit einer zu großen räumlichen Entfernung zum Elternhaus bzw. Heim gegeben sein.

Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte ist die Kurzentlassung ein wertvolles Instrument, um Jugendlichen gegenüber im stationären Alltag zwischen Beziehung und Ausstoßung therapeutisch gewappnet zu sein und ihnen die Verantwortung für ihr Handeln zu lassen, familiäre Beziehung sowie familiären Einfluß zu erhalten und zu nutzen.

## Literatur

- ADLER, G./SHAPIRO, L.N. (1973): Some Difficulties in the Treatment of the Aggressive Acting-Out Patient, *Am. Journ. of Psychotherapy* 27, 548-556.
- CALDWELL, M.F. (1994): Applying in the Treatment of Patients Who Are Intractably Aggressive. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 597-601.
- CIOMPI, L. (1982): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung, Stuttgart: Klett-Cotta.
- GUNDERSON, I. G. (1978): Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus, *Psychiatry* 14, 327-335.
- HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P. (1991): Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 362-368.
- KAST, V. (1987): Der schöpferische Zwang. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. Olten: Walter.
- KERNBERG, O.F. (1988): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KRIEBEL, A. (1993): Spielräume und Grenzsetzungen in der stationären Psychotherapie. *Psychosom. Medizin* 39, 75-88.
- REDL, F./WINEMAN, D. (1976): Steuerung des aggressiven Verhaltens beim Kind, München: Piper.
- VON SCHLIPPE, A. (1991): Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik - vier Imperative. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 368-375.
- SCHWEITZER, J. (1991): Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 171-176.

- STREECK-FISCHER, A. (1991): Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 105-112.
- STREECK-FISCHER, A. (1995): Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 44, 209-215.

Anschrift der Verfasser/in: Dr. Doris Mallmann, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Beckweg 4, 58313 Herdecke.