

## 2.2

### *Die psychoanalytische Adoleszententherapie und ihre Parameter im psychiatrischen System*



Paß P.F., in: Innsbrucker Arbeitskreis für Tiefenpsychologie: Texte zur Theorie und Praxis der Psychoanalyse, Innsbruck 1982

## DIE PSYCHOANALYTISCHE ADOLESZENTENTHERAPIE UND IHRE PARAMETER IM PSYCHIATRISCHEN SYSTEM

### EINLADUNG ZUM WERKSTATTGESPRÄCH

Ich möchte Sie einladen zu einer Art Werkstattgespräch, wo wir in einen Erfahrungsaustausch treten können, d.h. weniger uns mit therapeutischen Fertigprodukten überbieten, als uns auf Werkstücke und -prozesse unserer Arbeit aufmerksam machen In einem Bereich, wo es noch genügend "heiße Eisen" gibt, um daran zu schmieden.

Das Referat versucht Innerhalb der Leitlinie Parameter und Psychoanalyse - Modifikationen und Anwendungen der klassischen Technik - einen doppelten Einstieg: Adoleszenz und psychiatrisches System.

Ich beginne mit Adoleszenz und Adolescententherapie, komme dann zur stationären Psychotherapie, meinem Arbeitsbereich, und füge eine Kasuistik an, um dann zu einigen Hinweisen zur Technik der Adolescententherapie zu gefangen. Wenn wir Im folgenden von Adoleszenz sprechen, verstehen wir - mit P. BLOS (1973) - unter diesem Begriff den psychischen Aspekt des Jugendalters.

### ADOLESZENTENTHERAPIE

Die psychoanalytische Theorie der Technik macht rieben der klassischen Obertragungs-Neurose auch psychosomatische Krankheiten, Charakterstörungen, Borderline-Zustände und narzisstische Störungen zugänglich; A. FREUD eröffnete für die Kindertherapie die psychoanalytische Kompetenz (1927). Die Behandlung psychischer Störungen In der Adoleszenz Ist hIn- gegen immer noch "weitgehend ein weißer Fleck auf der psychoanalytische« 1 Landkarte" (II. MÜLLER-POZZI 1980). Diese Bilanz deckt sich mit A. FREUDs Feststellung vor 20 Jahren: Trotz aller Anstrengungen und Veröffentlichungen bleibe die Pubertät nach wie vor ein "Stiefkind in der psychoalytischen Theorie und Therapie" (1960). Sie verweist darauf, dass unsere Einsicht in die verwirrenden, emotionalen Erscheinungen dieser Entwicklungsphase so unvollständig seien, da die spätere Rekonstruktion in der Erwachsenenanalyse nur selten die Amnesie der Pubertätsaffekte aufzuheben vermöge, die analytische Behandlung in der Pubertät selbst, scheitere oft am ungewöhnlich hohen Widerstand.

Gegenüber dem Vorschlag von Analytikern, sich bei Jugendlichen auf eine nur erzieherische Arbeit einzuschränken, verweist A. FREUD auf die Notwendigkeit, in der Adolescententherapie den "Weg zum Aufbau einer neuen Technik" zu gehen und im Sinne EISSLERs mit "technischen Abänderungen" zu arbeiten, die die Schwäche und Unreife des Ichs, die Herabsetzung der Toleranz für Versagungen, die geringere Bedeutung des Verbalisierens und die größere Bedeutung des Agierens hinreichend berücksichtigen.

Persönlich bewegt mich die Frage der Adolescenten-Therapie, da mir die zunehmende Häufigkeit von Psychiatrie-Patienten gerade aus der Spät- und Postadoleszenz ins Auge fällt, wie auch die Schwierigkeit, diese Patientengruppe differentialdiagnostisch einzuordnen und ein entsprechendes Therapiekonzept zu entwickeln. Die mir in den letzten zwei Jahren vorgestellten Patienten fielen zu 51 % in die Altersstufe zwischen 17 und 24 Jahren; zu 73 % wurden sie ins Landesnervenkrankenhaus eingewiesen wegen Suizidalität bzw. Suizidversuchs<sup>1</sup>, sie erhielten die Aufnahmediagnose Entwicklungskrise, neurotische Störung, Borderline-Zustand oder Psychose.

Welche psychoanalytischen Konzepte stehen uns als Bezugssystem für die Adoleszenten-Therapie zur Verfügung?

## PSYCHOANALYTISCHE ENTWICKLUNGSKONZEPTE ZUR ADOLESZENZ

Seit Freuds drei Abhandlungen zur Sexualtheorie 1906 - mit dem Kapitel III: Die Umgestaltungen der Pubertät - gilt die Pubertät als Neuauflage des Ödipus-Komplexes; es zeigt sich zunächst eine verstärkte Abhängigkeit von den Eltern mit wiederbelebten, inzestuösen Wünschen und zunehmend dann der Loslösungskonflikt, bevor neue Partner Libidinös besetzt werden. Die triebdynamische Entwicklung ist dabei der Motor zur Erreichung des Genitalprimats und zur Unterordnung der prägenitalen Strebungen - als Vorlust. A. FREUD (1936/1964) stellt zum traditionellen, psychoanalytischen Entwicklungsschema fest: Die Pubertät werde als spezifische Entwicklungsstufe von der Psychoanalyse eher vernachlässigt gegenüber der infantilen Sexualperiode; sie zeichnet ihrerseits ein Profil, das die Pubertät spezifisch erscheinen läßt durch die Beachtung der Ich-Leistungen, -Wandlungen und -Störungen. Sie verweist auf spezifische Formen der Abwehr, die die Pubertät kennzeichnen, u.a. Askese, Intellektualisierung, primitive Formen von Identifizierung; die Labilität des Ichs ist ein Kennzeichen der Adoleszenz. In ihrem Bilanzartikel (1960) setzt A. FREUD diese Linie fort und hebt hervor: Der Jugendliche zeige in der analytischen Behandlung Widerstände, denen man sonst bei Patienten in Zeiten der Trauer oder während unglücklicher Verliebtheit begegne, wo keine Libido zur Übertragung oder zur Besetzung der Vergangenheit frei sei, solange dieser Kampf um die Ablösung von den Eltern im Gange sei.

E.H. ERIKSON (1956/1978) ordnet dem Jugendalter zentral den Begriff der Ich-Identität zu; die entscheidende Entwicklungsaufgabe dieser Phase ist demnach, die bisher entstandenen Teilidentifikationen zu integrieren zu einem Selbst-Konzept von Kontinuität und Einmaligkeit, um sich abzugrenzen und so für die Phase des jungen Erwachsenen - die Phase der Intimität - fähig zu werden.

E. JACOBSON (1964/1973) wendet gegenüber dem epigenetischen Schema Eriksons ein, dass die Prozesse der Adoleszenz und Post-Adoleszenz nicht einfach stufenmäßig aufeinander folgten, vielmehr "ein sehr komplexer und konfliktgeladener Vorgang" seien. Die Umformung der Selbst- und Subjekt-repräsentanzen führt durch dramatische Phasen von Regression und Progression, durch quälende Zustände von Schuldkonflikten, von hypochondrischen und paranoiden Ängsten und streift öfter die Grenze zur Psychose oder Delinquenz. In der späten Adoleszenz tritt eine Stabilisierung ein; das Ober-Ich wird als Überpersönliche, moralische Instanz abgemildert durch reife Ich-Ziele; das Ich-Ideal bildet nun eine Brücke zwischen Ich und Ober-Ich und führt zu individualisierten, bewussten Wertvorstellungen. In der Folgezeit kann das Ich sich dann von den Interessen des Berufes und der Partnerwahl absorbieren lassen. JACOBSON zeigt die intrapsychischen Prozesse auf in ständiger Wechselwirkung mit den internalisierten Objektbeziehungen und erweist sich so als Repräsentant einer analytischen Objekt-Beziehungstheorie (vgl. O.F. KERNBERG 1981).

P. BLOS (1962/1973) unterscheidet fünf Phasen der Adoleszenz. Gerade die Spätphasen - Spät- und Postadoleszenz - haben zunehmend das Interesse der Forschung auf sich gelenkt. Neuere Konzepte der Adoleszenz führen die Identitätsthematik fort: B. VOGL-HEYDER (1979)

wie auch R. BERNA-GLANTZ (1980) weisen - In Anschluss an M. Wähler - darauf hin, dass zwischen den frühkindlichen Phasen der Trennung und Individuation und der Adoleszenz eine Entsprechung besteht: Es geht um die Identitätsbildung, um Differenzierung und Übung von Ich-Funktionen, um Gehversuche - weg von der Mutter/den Eltern - und die Möglichkeit der Wieder-Annäherung; wichtig ist dabei die zuverlässige, emotionale Präsenz und Verfügbarkeit der Bezugspersonen, bis das Ich des Kindes bzw. des Adoleszenten genügend sicher gebildet sind, um sich von den Eltern abzulösen und neue Beziehungen zu gleichaltrigen Partnern einzugehen. Das Konzept der Entwicklungs-Subphasen von Trennung und Individuation erinnert an den Prozess, den II. STIERLIN (1970) - im Rahmen seines Delegationsinodells - Für das Jugendalter feststellt: das unabschließbare "Drama von Trennung und Versöhnung".

Wir können zusammenfassen: Bei den psychoanalytischen Konzepten zur Adoleszenz kommt zunehmend die Ich-Psychologie zum Tragen; über die "Zweizeitigkeit" zur frühkindlichen Sexualperiode und ihre bloße Rekapitulation hinaus erhält die Adoleszenz damit ihr spezifisches Profil als Entwicklungsphase; gleichzeitig erweitert sich damit auch das Spektrum der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten.

## DIE STATIONÄRE PSYCHOTHERAPIE

Die Anfänge der psychoanalytischen Arbeit im psychiatrischen Bereich zeigen sich eigentlich nur als eine Art ambulanter Therapie im stationären Setting; man führte analytische Sitzungen durch mit stationär aufgenommenen Patienten; der stationäre Aufenthalt bedeutet - wie es J. FOUORAINE von Chesnut Lodge beschreibt - nur eine Art Warteraum Für die psychoanalytische Behandlung (vgl. S.O. HOFFMANN et al. 1981). T. MAIN, S.U. FOULKES und U.R. BION versuchten in ihrer Arbeit am Northfield Military Hospital eine Verbindung von Psychoanalyse und Gruppenarbeit; als Leitbegriff tauchte dabei die "therapeutische Gemeinschaft" - 1946 zum ersten Mal bei T. MAIN - auf und gewann vor allem durch M. JONES eine Bedeutung, die weit über den psychotherapeutischen Ansatz hinausging in die Bereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik (H. HILPERT, R. SCHWARZ, F. BEESE 1981). Seit etwa zehn Jahren ist im deutschen Sprachraum zunehmend der Ansatz des "therapeutischen Raumes" - so zuerst M. POHLEN (1972) - verbreitet. Nach diesem Konzept versuchen auch wir in einer psychiatrischen Abteilung im Landesnerven-Krankenhaus Rankweil/Vorarlberg zu arbeiten seit etwa zwei Jahren, einer für Institutionsentwicklung recht kurzen Zeit (vgl. E. HEIM 1978), so dass sich unsere Arbeit als Anfangserfahrung versteht.

Nach dem Konzept des "therapeutischen Raumes" wird die Therapie-Station als eine dynamische Einheit verstanden - mit einem doppelten Fokus: Auf der einen Seite besteht der durch analytische Verfahren geprägte "Therapieraum" und auf der anderen Seite der durch die Station, soziale Wirklichkeit und die Alltagsprobleme bestimmte "Realitätsraum" (F. IIEIGL, K. NERENZ 1975).

Konkret bedeutet das: Die Patienten erleben In Stationsablauf, Visiten, Stationsgruppen, Arbeits- und Beschäftigungstherapie einerseits eine Reihe sozialer Beziehungen und Anforderungen nach dem Realitätsprinzip - und andererseits In der analytischen Therapie (zwei bis drei mal Einzel- oder Gruppentherapie) ein triebfreundliches und regressionsförderndes Klima. Der therapeutische Raum wird damit zu einem Feld vielfacher dynamischer Prozesse mit der Reinszenierung früher Konflikte; der duale Ansatz lässt besonders Spaltungsvorgänge sichtbar werden aus dem Bereich früher Störungen: Demnach wird z.B. der Stations-Arzt als einschränkende Autorität erlebt, der

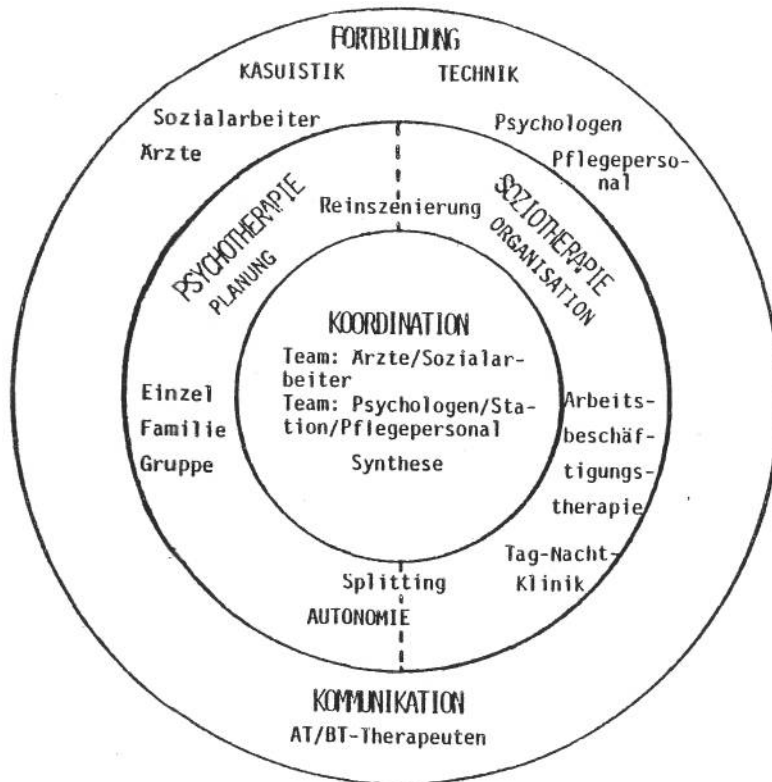
einem "Überhaupt nicht" vertraut, der Psychotherapeut oder die Stations-Schwester als "immer verstehend" erlebt. Diese Psycho- und Sozialdynamik bedarf der regelmäßigen Koordination im Team der Mitarbeiter, wo die Spaltungs- und Übertragungsvorgänge bearbeitet werden. Auf den Patienten bezogen, bedeutet das: Dem Angebot, die frühen Objekt- und Selbstrepräsentanzen zu projizieren und frühe Konfliktsituationen zu reinszenieren, entspricht das therapeutische Angebot, die wachsende Fähigkeit des Ichs zur Synthese und zum Ertragen der Ambivalenz zu unterstützen (vgl. die therapeutische Funktion des "containing" und "holding" bei BION und WINICOTT, zit. bei O.F. KERNBERG 1981).

Auf die Institution Krankenhaus bezogen, wo wir im Rahmen einer Akutpsychiatrie arbeiten, stellt sich damit die Frage: Wieweit kann der Patient auf dem Weg zur Ich-Identität den Therapeuten als Garant von Autonomie und Zuverlässigkeit erleben? Nur wenn der Therapeut für sich selbst - innerhalb der Institution - nicht um seine Autonomie gebracht wird, kann er dem Patienten auf dem Weg zur Autonomie und Identitätsfindung Hilfestellung geben, ts ist - Für unsere Anfangsphase der stationären Psychotherapie im psychiatrischen System - eine zentrale Lebenserfahrung, dass Therapieplanung, Stationsverlegung, Arbeitsfindung und Entlassung wesentlich in den therapeutischen Prozess gehören und nicht organisatorisch oder administrativ abgespalten werden dürfen (vgl. F. HEIGL, H. NEUN 1981).

## DAS ARBEITSFELD DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE

Im vorgestellten Konzept des "therapeutischen Raumes" zeigt sich deutlich: Der Psychoanalytiker, der im stationären Bereich arbeitet, kann sich aus dem "Spannungsfeld der Institutionen" (STROTZKA 1980) nicht heraushalten. Wohl oder übel muss er sich seiner "freischwebenden Aufmerksamkeit" begeben und den Fragen von Institution und Organisationsentwicklung stellen (vgl. PASS-ZEILLHIGER 1981). Damit das psychiatrische System eine "fördernde Umwelt" (D.W. WINNICOTT 1974) werden kann, bedarf es neben der Autonomie des Psychotherapeuten für seine Arbeit der Koordination, des ständigen Austausches zwischen Pflegepersonal, Ärzten und Therapeuten. So stehen neben der Arbeit mit den Patienten inzwischen auf unserem "Programm" vierzehntägig Kasuistik- und Fortbildungsseminare (Gruppenarbeit, therapeutische Techniken) mit Ärzten und Pflegepersonal, ein Fortbildungsseminar mit Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten sowie regelmäßige Stationsteams, wo die Situation einzelner Patienten - "mit uns" - besprochen wird. Erfahrungsgemäß braucht die Arbeit im Umfeld der Psychotherapie dabei einen Großteil von Zeit und Energie.

Schaubild: Das Arbeitsfeld der Psychotherapie



An dieser Stelle möchte ich eine Kasuistik einbringen. Frau H, ist 23 Jahre alt, Büroangestellte, und lebt seit sechs Jahren allein in einer Stadtwohnung,, während die Eltern in einer Landgemeinde einen kleinen Stickereibetrieb führen. Frau M. wird dem Therapeuten vorgestellt, nach dessen Urlaub, nachdem sie bereits zwei Monate im Krankenhaus ist und schon das Entlassungsthema angeschnitten wurde. Frau M. war nach einem Suizidversuch, einer schweren Intoxikation, zwangsweise eingewiesen worden; bislang ist sie auf eigenen Wunsch auf der geschlossenen Station - für Frauen - untergebracht. Die Diagnostik hat ergeben: schwere Konzentrationsstörung, hirnorganische Zeichen, schwere Angstneurose, akzessorische Depression, hohe Suizidalität.

Beim Ersteindruck wirkt Frau M. schwächig,, wie ein Teenager gekleidet, während des Gespräches versteckt sie sich häufig hinter ihren langen Haaren.

Im Mittelpunkt des Erstinterviews stehen vielfache Klagen: Sie sei zu nichts nutze, werde immer Übersehen - Frau M. verweist dabei auf ihre Körpergröße - die jüngere Schwester werde inner gefragt, bei ihr dagegen lade die Mutter alles ab, was sie mit dem Vater - einem Alkoholiker - seit ihrer frühesten Kindheit erlebe; ähnlich lade auch ihr älterer Bruder, wie der Vater ebenfalls Alkoholiker, alles bei ihr ab -und ebenso ihr Arbeitgeber; nach zwei Monaten gehe es ihr wie am Anfang; sie könne sich sogleich wieder umbringen, wenn sie entlassen werde, das sei die "Erlösung". Sie möchte entweder sich oder ihren Vater umbringen, aber dabei werde ihr der Therapeut ja sicher nicht helfen, äußert Frau M. mit flüchtigem Seitenblick am Ende des Erstinterviews. In der Folgezeit werden jeweils Gespräche im Sinn einer Proberotherapie von Mal zu Mal einzeln ausgemacht mit der ausdrücklichen Frage, ob Frau M. wiederkommen möchte. Gleichzeitig mit den beginnenden Gesprächen erlebt Frau M. eine Serie von Anfällen, die im ärztlichen Kollegenteam als epileptisch imponieren und - zusätzlich zur psychotherapeutischen

Abklärung - zu weiteren, hirnorganischen Untersuchungen führen. Vom Stationsarzt wird Frau M. unterrichtet, dass neben der psychotherapeutischen die weitere organische Abklärung fortgesetzt werde und sie noch nicht entlassen werden könne. In einem Splitting nimmt der Stationsarzt die Rolle der kontrollierenden Autorität auf sich, der den weiteren stationären Aufenthalt verfügt. Die Patientin wirkt während dieser Zeit offen für die therapeutische Arbeit, äußert, gern zu kommen, fühlt sich vom Therapeuten verstanden; zugleich äußert sie, er - der Therapeut - werde ja dafür bezahlt. Ebenfalls hofft sie, bei der organischen Untersuchung möge doch noch ein Befund herauskommen, obwohl sie wiederum keinen "Dachschaden" haben möchte; jedenfalls, wegen seelischer Probleme als krank zu gelten und deshalb in einem Krankenhaus zu sein, hält sie für "unmöglich" im Blick auf ihre Familie wie ihre Arbeitskollegen: "Ich hab kein Recht, Probleme zu haben" - ist ein häufiges Wort in dieser Phase der Behandlung. Ihre ambivalente Einstellung gegenüber sich selbst und der Therapie kennzeichnet die Patientin: Sie sei so "launisch" und könne sich selbst dabei nicht leiden.

Die Befunde sind negativ und Frau M. wird darüber informiert. Vier Wochen lang aktiviert sie Anfälle; sie erhält vom Stationsarzt die Anweisung, nur in Begleitung einer Mit-Patientin die Station zu verlassen. Daraufhin entwickelt die Patientin Weglauf-Phantasien, die sie einmal in die Tat umsetzt. Es gelingt Frau M., einmal der Begleiterin zu entkommen und "einfach immer weiter zu laufen und zu laufen"; spätabends trifft sie wieder im Krankenhaus ein.

Nach dem negativen Ergebnis der Organuntersuchungen verbalisiert Frau M. zunehmend negative Gefühle in der Therapie und äußert auch wiederum suizidale Gedanken: Sie fühle sich wie ein Gefangener in der geschlossenen Station ähnlich wie früher im Internat, in das sie mit elf Jahren geschickt wurde. Sobald Frau M. in der Therapie von sich als Kind sprechen kann, das vor der Internatszeit wild und tyrannisch war, hören die Anfälle auf und zeigen sich - zusammen mit dem Weglaufen -damit als Reinszenierung ihrer Kindheit und frühen Adoleszenz, im klinischen System.

Für die Anfangsphase der stationären Therapie zeichnet sich folgendes Bild der Übertragung internalisierter Objekt-Beziehungen ab: Gleichzeitig mit ihrer Rebellion (= Weglaufen und Anfälle) reinszeniert Frau M. projektiv frühe Wünsche nach ausreichend guter, mütterlicher Sorge: Auf der Station pflegt sie mit großer Hingabe eine ältere Mit-Patientin. Die Mutter, die ja für den ausfallenden Mann beruflich einzuspringen hatte, habe "nie Zeit für uns Kinder" gehabt; vielmehr hatte die Mutter ja seit langem die Identifikation mit ihrem eigenen Helfersyndrom der Tochter angeboten; die Besuche bei der Großmutter erlebt Frau M. als Sich-Wohlfühlen, die Gespräche als ein "In-allem"-Verstanden-Werden; allerdings wohne die Großmutter weit entfernt und Besuche seien selten. Ähnlich gut und "auf der gleichen Wellenlänge" verstehe sie sich mit ihrem älteren Bruder, der aber selbst soviel eigene Probleme habe. Die Erfahrung der einschränkenden Autorität des Stationsarztes aktiviert die frühkindliche und aktuelle Konfliktsituation mit dem Vater: Wie sie mit 17 Jahren es einfach in seiner Gegenwart nicht länger aushielt und sich fluchtartig eine eigene Wohnung besorgte, so reinszeniert sie ein fluchtartiges Weglaufen von der Station. Das analytische Gespräch wird von Frau M. als "Sich-verstanden- Fühlen" erlebt und führt zur Übertragung positiver Objekt-Beziehungen; frühe Frustrationen schlagen sich zugleich nieder im Vorbehalt gegenüber dem Analytiker, er werde ja für seine Arbeit bezahlt. Die stationäre Psychotherapie zeigt in der Anfangsphase eine Streuung der verschiedenen Übertragungen im "Therapeutischen Raum". Zugleich erscheint eine Schichtung der verschiedenen Übertragungsebenen bzw. Regressionsniveaus: Weglaufen und Trotzanfälle imponieren als Konflikt um die Autonomie aus der Phase der Individuation und

Loslösung; entsprechend schwankt die Patientin auch "launisch" zwischen positiven und negativen Selbst- und Objektrepräsentanzen und kann Ambivalenzen nur rudimentär ertragen, etwa in ihrer Beziehung zum Analytiker. Zugleich weisen die - agierten - Pfliegewünsche bzw. die Rebellion gegen den Mangel an ausreichender Fürsorge auf präverbale Entwicklungsstufen bis zur Symbiose. In der Gegenübertragung wird verstärkt die Autonomiefrage von Frau M. erlebt und zeigt sich als eine Spiegelung: Die Autonomie dieser psychotherapeutischen Behandlung selbst steht in Frage, da ja somatische Behandlungsansätze überlagernd mitlaufen.

Der Therapeut und Frau M. besprechen nun die weitere Therapieplanung und legen den stationären Aufenthalt mit sechs weiteren Wochen fest, wobei dieser Termin ausdrücklich als von der Patientin revidierbar erklärt wird; eine anschließende ambulante Therapie wird als Möglichkeit vorgestellt. Frau M. äußert erleichtert: "Jetzt weiß ich, woran ich bin." Die analytische Grundregel wird verstärkt in der Therapie eingebracht als Einladung, einen Freiraum zu haben, um in Gedanken spazieren zu gehen. Frau M. übersetzt ihre Suizid Wünsche in Freiheitsphantasien von Weglaufen, Verreisen, Auswandern und seine Ruhe haben, eine Atmosphäre von freundlicher Weite finden (vgl. M. BALINTs Philobatismus). Frau M. bringt Erinnerungen an einen gemeinsamen Reiturlaub mit ihrer Freundin vor drei Jahren: und einige Bilder, die sie vor ihrer stationären Einweisung als großflächige Bleistift-Zeichnungen hergestellt hat. Diese Bilder zeigen anschaulich die innere Situation der Adoleszenz und die Selbst-Konzepte von Frau M.

Bild 1: ein galoppierendes Pferd, mit einem Zaun im Hintergrund und der Assoziation: "so richtig frei";

Bild 2: ein Pferdekopf ohne Halfter; Assoziation: "ein junges Pferd -noch so richtig unschuldig";

Bild 3: ein Pferdekopf mit Halfter; Assoziation: "Das hat mir so gefallen". Dieses Bild ist als einziges nach Vorlage entstanden. Bild 4: ein gefallener Soldat, mit seinem Gewehr daneben. Assoziation: "So friedlich; das mag ich ganz gern; der hat's jetzt vorbei. Vielleicht war's kein schöner Tod, aber der hat's vorbei".

In Anschluss an Bild 4 folgen weitere Assoziationen: Das Leben sei ein ständiger Kampf, am Arbeitsplatz die Auseinandersetzungen mit ihrem Chef. Zum Bild 1 folgen Wünsche, über die Weite zu reiten, dann sich hinzulegen und zu sterben. Bild 4-vom Kampf und der männlichen Identifizierung - erweist sich bald als "Abwehr durch Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil" (A. FREUD 1960); Frau M. äußert den Wunsch, einen Hund neben sich zu haben, sich anzukuscheln; sie berichtet auch von Gesprächen mit jungen Männern - und äußert den Wunsch, jetzt auf die offene und männlich-weiblich gemischte Station zu kommen. Nach ihrer Verlegung zeigt sie sich gut gelaunt und eröffnet die Sitzung: "Fragen Sie mich; ich verlier' gern die Kontrolle" (vgl. Bild 3). Auf der Station reinszeniert Frau M, frühadoleszente Wünsche: Sie verhält sich wie ein "U-Boot", ist zumeist abwesend, isst nicht und nimmt doch zu - und verbringt Stunden mit ihrer etwa gleichaltrigen Mit-Patientin, "ihrer Freundin"; zusammen seien die beiden so richtig wie "albernde Mädchen", heißt es im Stationsteam, die dauernd die Köpfe zusammenstecken, Stunden lang reden und sich Über alles lustig machen. Auf den Stationsarzt reprojiert Frau M. weiterhin ihr rigides Ober-Ich und lehnt es brüsk ab, den ersten Besuch in ihrer Wohnung probeweise in Begleitung zu machen. Beim Vertrauen gelte "alles oder nichts". Die Entlassungsfrage nimmt in der Therapie breiten Raum ein. Frau M. pendelt zwischen



vorzeitigem Abbruch des stationären Aufenthaltes wie auch der Psychotherapie, Besuchen in ihrer Familie, und in ihrer eigenen Wohnung, wie an ihrer Arbeitsstelle. Sie erhält vom Therapeuten bestätigt, dass sie Spielraum habe und das Pendeln - zwei Schritte vor und zurück - dazu gehöre; sie selbst bestimme, wann sie entlassen werde. Zum Übergang wird Frau H. die Nachtambulanz empfohlen. Frau M. pendelt stark zwischen den Gefühlen von Vertraut- und Fremdsein an den verschiedenen Orten. Sie entscheidet sich bald fest, die Psychotherapie ambulant fortzusetzen und schließlich auch - nach Probegesprächen - das Angebot der Nachtambulanz anzunehmen.

## STATIONÄRE ADOLESCENZENTHERAPIE

Wenn wir die vorgetragene Kasuistik auf ihre Interventionen hin anschauen, können wir nun herausstellen, was uns für die Adoleszenztherapie spezifisch und wichtig erscheint (vgl. H. MÜLLER-POZZI 19110; G. u. R. BLANCK 1978):

Der Konflikt des Es und Über-Ich, zwischen unbändigen Freiheitswünschen und den empfindsam erlebten Einschränkungen, zieht sich durch die gesamte Therapie als Leitlinie und erfordert von Anfang an eine deutliche Akzentuierung der Freiwilligkeit in der realen Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Der Therapeut muss erfahrbar sein als Garant der Autonomie und wird als Identitätshilfe überprüft vom Adoleszenten.

Solange die reale Beziehung - Abklärungsphase/hierarchische Untersuchungen - nicht geklärt ist, kann die Patientin sich nicht der Übertragungs-Reaktion überlassen, da das Ich von kognitiver Desorganisation (Konzentrationschwierigkeiten) bedroht ist (Frau H. wehrt ab: "Therapeut wird ja bezahlt").

Der Therapeut hat ihm zu helfen, zweckmäßige Methoden zu finden im Umgang mit der Realität (Arbeitssituation, Wohnungsfrage) wie im Umgang mit den Trieben (z.B. vorschießende und verleugnete Aggressivität gegenüber Ärzten und Pflegepersonal). Gegenüber der Realitätsprüfung und -kontrolle bleibt die genetische Dimension eher im Hintergrund.

Die Reaktionsbildungen - Abwehr gegen Triebdurchbrüche - werden positiv gedeutet als adaptive Leistung zum Meistern des sozialen Kontaktes: So wird bei Frau M., das Zögern gegenüber neuen Situationen und Objektbeziehungen akzeptiert als Ergebnis ihrer z.T. negativen Lebenserfahrung mit den Eltern, Vorgesetzten und Kollegen als eine Signalangst.

Die Adoleszenztherapie erfolgt weitgehend im Bereich der Objektbeziehungen; die Triebdynamik ist darin impliziert, die sexuelle Entwicklung wird eher wenig verbalisiert. So spricht Frau M. nicht ausdrücklich von Sexualität; als relevante Themen aber zeigen sich bei ihr die Erinnerungen ans Reiten, ihr Wunsch, einen Hund bei sich zu haben, ihre Gesprächskontakte mit jungen Männern, ihre endlosen Gespräche mit der Freundin. Präödicale und ödicale Wünsche scheinen sich wiederzubeleben und führen zur Besetzung von hetero- und homosexuellen Objekten - eine Entwicklung, wie sie - nach R. BLOS (1973) - der Prä- und Frühadolescenz entspricht. 6. Die Reaktivierung frühkindlicher Konflikte aktualisiert den direkten Konflikt mit den Eltern, den Frau M. z.T. auf ihren Chef überträgt, z.T. zu verdrängen sucht. Die Bewältigung dieser konflikthaften Realität steht bei Frau M. noch aus; unmittelbar wichtig - als Voraussetzung der stationären Psychotherapie - war die Kooperation ihres Chefs, der ihren Arbeitsplatz sicherte und die weitere ambulante Therapie in der Arbeitszeit ermöglicht.

Als spezifische Züge der stationären Therapie zeigen sich in der vorliegenden Kasuistik:

Die stationäre Psychotherapie ermöglicht Frau M. den Zugang zur analytischen Therapie, der

sonst für diese Patientin nicht erreichbar wäre (vgl. A. FREUD 1960), da zunächst kaum Krankheitseinsicht besteht und das "psychisch krank" für sie unter ein soziales Tabu fällt.

Das Splitting - im therapeutischen Raum - ermöglicht einen Zugang zu frühen Schichten der Störung, wo "ganz oder gar nicht" vertraut wird; dieser Borderline-Zug ist phasenspezifisch gefärbt: Freiheit geben oder verweigern.

Das konkrete, stationäre Setting hat ein Doppelgesicht: Die - wegen der auftretenden Anfälle - protrahierte Abklärungsphase wie auch ein Arztwechsel während der Urlaubszeit verstärkt bei Frau M. regressive Tendenzen im malignen Sinn (Rückzug und Trotz). Zugleich kann in der stationären Reinszenierung der zentrale Konflikt in den Mittelpunkt treten: Die Eltern/= Älteren sind nicht vertrauenswürdig und werden als Re-projizierung eines rigiden Ober-Ichs erlebt. Eindrucksvoll re-inszeniert Frau M. Protest und Rebellion in ihren Anfällen, ihrem Weglaufen und Untertauchen, wie vorher in ihrem Suizidversuch.

Frau H. reaktiviert die präadoleszente Gefängnissituation im Internat, wie die Kindheitssituation, wo sie zusammen mit den Brüdern wild und tyrannisch sein konnte; je mehr die - z.T. im stationären Aufenthalt agierten - Teilidentifikationen in Richtung eines neuen Selbstbildes gesammelt werden, desto mehr kann das gestärkte Ich auf Agieren verzichten.

Die Entlassungsphase aktiviert die Dynamik von Trennung und Wiederannäherung gegenüber dem Therapeuten und der Institution Krankenhaus. Diese Situation erscheint besonders fruchtbar als Identitätshilfe, dass Frau M. dazu kommt, "selbst" frei und gezielt sich zu entscheiden in Bezug auf Ihre weitere Lebensplanung wie auch die ambulante Fortführung der Psychotherapie.

Entscheidend für die ambulante Fortführung der stationären Psychotherapie ist die rechtzeitige Rücknahme der eingeführten Parameter. Nur wenn am Ende des stationären Aufenthaltes die Parameter, die die Autonomie von Patienten zeitweise einschränken (z.U. Zwangseinweisung wegen Suizidalität, Aufenthalt auf der geschlossenen Station), genügend bearbeitet und rechtzeitig aufgehoben werden, besteht eine Chance zur ambulanten Fortsetzung der Psychotherapie (vgl. O.F. KERNBERG 1981).

Abschließend können wir festhalten: Von A. FREUD hatten wir uns eingangs den Hinweis geben lassen, in der Adoleszententherapie den "Weg zum Aufbau einer neuen Technik" zu versuchen; um die "Schwäche und Unreife des Ichs" hinreichend zu berücksichtigen, seien entsprechende "technische Abänderungen" einzuführen. Die Ichpsychologie und die Objekt-Beziehungs-Analyse ermöglichen eine differenziertere Sicht in die verwirrend erscheinenden Vorgänge der Adoleszenz und erweitert das Spektrum unserer Interventionsmöglichkeiten« Im Blick auf die "Schwäche und Unreife des Ichs" wurden in der vorliegenden Kasuistik ich-unterstützende (G. u. R. BLANCK 1978) und Ich-integrierende (O.F. KERNBERG 1961) Techniken besonders beachtet, wie sie in der schweren Pathologie ich-schwacher Patienten entwickelt wurden.

Das stationäre Setting wurde dabei als der "therapeutische Raum" angesehen, wo die Vorgänge früher Objekt-Spaltung sich re-inszenieren und psychotherapeutisch die Ich-Synthese gefördert werden kann. Die Diskussion der "technischen Abänderungen" in der Adoleszenten-Therapie könnte durch die neueren Entwicklungen in der analytischen Psychotherapie neue Impulse erhalten.

## LITERATUR

- Beese, F. (Hg.), Stationäre Psychotherapie, Göttingen 1978
- Berna-Glantz, R., Von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter, in: Psyche 1980 (34) 430-448
- Blanck, G. u. R., Angewandte Ich-Psychologie (1974) Stuttgart 1978
- Bios, P. (1962), On Adolescence. A Psychoanalytic Interpretation. Deutsch: Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation, Kempten 1973
- BUrgin, D., Spätadoleszenz und Autonomie, in: Psyche 1980 (34) 449-463
- Erikson, E.H. (1956),The Problem of Ego Identity, in: Identity and Life Cycle, New York 1959.  
Deutsch: Das Problem der Ich-Identität, in: Identität und Lebenszyklus, Frankfurt 1966, 123-211
- Foudraine, J., Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie, München 1979 Freud, A. (1936), Das Ich und die Abwehrmechanismen, München 1968  
ders. (1958),Adolescence. Deutsch: Probleme der Pubertät, in: Psyche 1960/61 (14) 1-24
- Freud, S. (1905), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, in: Gesammelte Werke V, Frankfurt a.M. 1972
- Heigl, F u. K. Nerenz, Gruppenarbeit in der Neuroseklunik, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 19/5 (9) 96-105
- Heigl, F u.. H. Neun (Hg.), Psychotherapie im Krankenhaus, Göttingen 1981
- Heim. E Aufbauschritte der therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik, in: Psychiatrische Praxis 1978 (5) 14-24
- Hilpert, H., Schwarz, R, u. F. Beese, Psychotherapie in der Klinik, Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie, Heidelberg 1981
- Jacobson, E, (1964), The Seif and the Object World. Deutsch: Das Selbst und die Welt der Objekte, Frankfurt 1973
- Kernberg, O.F., Zur Theorie der Psychoanalytischen Psychotherapie, in: Psyche 1981 (35) 673-704
- König, K. u. U. Sachsse, Die zeitliche limitierung in der klinische Psychotherapie, in: Heigl, F, u. H. Neun, Psychotherapie im Krankenhaus, Göttingen 1981, 168-173
- Mahler, M., Pln E. u. A. Bergmann, Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation, Frankfurt 1978

Müller-Pozzi, H Besonderheiten in der Psychoanalyse mit Jugendlichen, in: Psyche 1980 (34) 339-364

Pass, P.F. u. G.F. Zeillinger, Psychoanalytiker-Ausfallssymptome-Psychosoziale Versorgung, in: Texte, Innsbrucker Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, 1981 (1) 2-22

Pohlen, M., Gruppenanalyse in einem neuen, klinischen Organisationsmodell, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 1972 (6) 16-29

Rudnitzki, G., Berufsfindung als Adoleszentenproblem und als psychotherapeutischer Auftrag, in: Heigl, F. u. H. Neun, Psychotherapie im Krankenhaus, Göttingen 1981, 190-199

Stierlein, H., Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter, Frankfurt a.H. 1978

Strotzka, H., Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen, München-Wien-Baltimore 1980

Trimborn, W. et al.. Die Bearbeitung von Trennung und Entlassung im Rahmen der stationären Psychotherapie, in: Heigl, F. u. H. Neun, Psychotherapie im Krankenhaus, Göttingen 1981, 157-168

Trojan, A., Psychisch Krank durch Etikettierung? - Die Bedeutung des Labeling Ansatzes für die Sozialpsychiatrie, München-Wien-Baltimore 1978

Vogt-Heyders B., Jugendlichentherapie, in: P. Hahn (Hg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band IX, Ergebnisse für die Medizin (1), Zürich 1979. 888-899

