

Meng, Heiner; Bürgin, Dieter

Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 7, S. 489-496

urn:nbn:de:0111-opus-9090

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs 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 pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

49. Jahrgang 2000

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Friedrich Specht, Göttingen – Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Heiner Meng und Dieter Bürgin

Summary

The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry

In the discussion about the interdisciplinary in-patient treatment in child and adolescent psychiatry up structural questions have been more important than questions concerning qualitative aspects of the team process up to now. While the problems to solve became more complex (for example in the treatment of severely traumatised children), teams in charge of the care are challenged to define their position on a qualitative level of the treatment. A consensus between psychiatric and educational points of view is of particular importance. In order to contribute to an interdisciplinary discussion, 14 propositions from the point of view of child and adolescent psychiatry about the quality of pedagogy are put forward.

Zusammenfassung

In der Diskussion um die vergleichsweise junge Praxis der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiegen auf der Ebene des Teamprozesses strukturelle Fragen gegenüber qualitativ-inhaltlichen. Die Behandlungsteams werden bei den zunehmend schwierigeren Behandlungsaufträgen, wie zum Beispiel bei schwer traumatisierten Jugendlichen, gezwungen, sich bezüglich der qualitativen Ebene auf die eigene Praxis zu besinnen. Dabei ist ein Konsens zwischen den Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Pädagogik – als integrierten Teilen stationärer, interdisziplinärer, kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung – von zentraler Bedeutung. Im Sinne eines Diskussionsanstoßes werden aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht 14 Thesen zur Qualität der erforderlichen Pädagogik vorgelegt.

1 Einleitung

Eine besondere Station für Kinder und Jugendliche zur psychiatrischen Behandlung muß, gemessen an der langen Tradition einer kustodialen Psychiatrie einerseits und an der langen Tradition der Pädagogik andererseits, als eher neuere Entwicklung betrachtet werden. Vor nicht allzu langer Zeit kamen auffällige Jugendliche entweder in ein Heim oder – wenn dessen Möglichkeiten überschritten wurden – in eine psychiatrische Klinik. Dabei wurden diese Patienten selbstverständlich zusammen mit Erwachsenen

hospitalisiert. Die relativ junge Jugendpsychiatrische Abteilung (JPA) der Kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik (KJUP) in Basel wurde 1993 eröffnet und ist die zweitälteste auf Jugendliche spezialisierte Klinik in der Schweiz (Meng u. Bürgin 1998).

Die Vielfalt psychiatrisch-pädagogischer Modelle, mit der die Aufgaben einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung gelöst werden können, ist unterdessen recht differenziert (für einen Überblick s. Streeck-Fischer 1995). Gemeinsam ist diesen Modellen, daß – implizit oder explizit – der Pädagogik aufgrund der altersspezifisch noch wenig gefestigten Ich-Strukturen der jungen Patienten eine gewichtige Aufgabe zukommt. Dies ist ein Spezifikum kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken, das sie abgrenzt von den stationären Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie mit ihren fast ausschließlich der Pflege zugeordneten Betreuungspersonen.

Jugendliche haben im klassischen Altersbereich einer Adoleszentenstation die Pubertät als körperliche Reifung bereits hinter sich. Die psychische Entwicklung hingegen verläuft viel protrahierter. Berücksichtigt man die aus dieser Entwicklungsdysharmonie resultierende relative Steuerungsschwäche des Ichs (Bürgin 1986), so wird die Bedeutung einer pädagogischen Betreuung offensichtlich. Um so erstaunlicher ist die Tatsache, daß weder von pädagogischer noch von jugendpsychiatrischer Seite die Bedeutung der pädagogischen Betreuung angemessen ins Zentrum gestellt worden ist. Wohl finden sich differenzierte Überlegungen grundsätzlicher Art, wie derartige Abteilungen strukturiert werden sollten (z.B. Heim 1984; Streeck-Fischer 1991), weniger aber Angaben über die Qualität einer Pädagogik, die ein derart integrierender Bestandteil der Heilbehandlung sein soll. Wir gehen davon aus, daß die Pädagogik, welche in einer jugendpsychiatrischen Abteilung benötigt wird, eine spezifische und anspruchsvolle ist. Auch Psychiatrisschwestern und -pfleger fungieren im beruflichen Alltag stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in erster Linie als Pädagogen.

Im folgenden soll aus jugendpsychiatrischer Sicht in einer Reihe von Thesen zur Qualität der Pädagogik bei stationären Behandlungen Stellung genommen werden.

2 Vierzehn Thesen zur Qualität der Pädagogik

(1) Pädagogik muß Bedingungen schaffen, in denen Entwicklung nicht nur möglich wird, sondern auch dauerhaft fortschreiten kann:

Schwere Störungen Jugendlicher gehen zumeist mit dem Unvermögen einher, für innere Spannungen eine Sprache zu finden, die von bedeutungsvollen anderen verstanden werden kann. Diese Patienten sind oftmals gezwungen, Handlungen oder den Ausdruck über den Körper an Stelle von Worten zu wählen, um ihre inneren Konflikte zu kommunizieren (Blos 1964/65). Aus dieser Not entsteht oft die Indikation zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Soll eine Behandlung erfolgreich sein, so muß diese Tatsache im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

Denn sie ist mit der Notwendigkeit verknüpft, für die Patientinnen und Patienten einen pädagogisch-therapeutischen Rahmen zu finden, der eine Umkehrung der Situation bewirkt und dazu beiträgt, daß Worte an die Stelle der Handlungen oder der

Körpersprache treten. Entsprechende pädagogische Interventionen provozieren mitunter allerdings heftige Gegenreaktionen, die darauf zielen, den bereitgestellten Rahmen anzugreifen. Es ist deshalb, zusätzlich zum Rahmen, noch die Fähigkeit erforderlich, trotz aller Attacken (Psychopathologie des Indexpatienten, der Familie oder eines allfällig infizierten Umfeldes), die vorgesehenen Rahmenbedingungen aufrecht zu erhalten, damit die psychische Entwicklung der Jugendlichen ohne die oft provozierten Betreuungsabbrüche weiter voranschreiten kann.

(2) Pädagogik soll durch Handeln zum Denken anregen:

Vor allem traumatisierte Jugendliche haben bezüglich ursächlicher Zusammenhänge rund um ihr traumatisches Erleben oft keine Sprache gefunden, die ihnen als Mittlerin zum Erschließen der Bedeutung ihrer Nöte behilflich sein könnte und teilen ihre Anliegen statt dessen in Form von Handlungen oder Somatisierungen mit. Solches „Agieren“ kann als Mitteilungsfragment für Patientinnen und Patienten wie auch für die Helfer gleichermaßen irreführend und mit vielen Möglichkeiten des Mißverstehens verknüpft sein. Wenn es dem behandelnden Team gelingt, mit einem Jugendlichen über solches „Handeln“ in einen Handlungsdialog zu treten, so vermag die Patientin oder der Patient schließlich den Sinn seines Agierens zu erkennen und allmählich durch Sprache zu ersetzen. Geeignetes Re-agieren von pädagogischer Seite kann diese Transformation erleichtern und verstehbare, verbal kommunizierbare Sinnzusammenhänge aufzubauen; es kann aus dem Handeln Denken entstehen lassen.

(3) Das Vorstellungsbild einer positiven Entwicklung in sich wach halten:

Der Säugling identifiziert sich mit der positiven emotionalen Besetzung, die er in der Innenwelt seiner primären Betreuungspersonen erlebt (Glanz oder Leuchten im Auge der Mutter). Die Fähigkeit einer zentralen Betreuungsperson, die Phantasie einer positiven Entwicklung des Schutzbefohlenen ohne Verleugnung in sich selbst wachhalten zu können, stellt in analoger Weise einen Kernpunkt für die Entwicklung einer positiven Selbstrepräsentanz des Kindes dar. Für Kinder und Jugendliche, die an ausgeprägten psychischen Störungen leiden, ist die wertschätzende gegenseitige Einstellung noch um so bedeutsamer, denn die Vorstellung einer eigenen positiven Entwicklung kann dem Kind/Jugendlichen helfen, seine destruktiven Angriffe auf sich selbst abzuschwächen. Geht diese positive Haltung und Einstellung bei den pädagogischen Betreuerinnen und Betreuern den einzelnen Jugendlichen gegenüber verloren, so ist ihnen eine zentrale handlungsfreie Einwirkung abhanden gekommen. Ein krampfhaftes Aufrechterhalten einer positiven Haltung, um den Preis der Verleugnung von Strukturdefiziten allerdings, würde höchstens einen gekünstelten Dialog und damit keine eigentliche Entwicklungsförderung in der Beziehung ermöglichen. Die grundsätzlich positive Einstellung zu den Entwicklungskräften bei den Patientinnen und Patienten muß nicht nur stets frisch aktiv aufgebaut, sondern ihr möglicher Verlust bei jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter, oder im Team als ganzem auch dringend erkannt und bearbeitet werden. Wenn dem so ist, kann diese Tatsache als wichtiges Diagnostikum gebraucht werden, und es besteht keine Notwendigkeit, daß die Pädagoginnen und Pädagogen – in Identifikation mit den Jugendlichen – der Ver-

suchung erliegen, sich deswegen als schlechte, weil nicht liebesfähige und hilfsbereite Helfer zu disqualifizieren.

(4) Fähigkeit, in den inneren und äußeren Bewegungen eines Patienten positive Bewegungen wahrnehmen zu können:

Eine qualitativ hochstehende Pädagogik auf einer jugendpsychiatrischen Station umfaßt auch die Fähigkeit, sich von (alters-, geschlechts- oder kulturbezogenen) Normvorstellungen bezüglich der allgemeinen Entwicklung von Jugendlichen zu distanzieren, damit in der spezifischen Lebenssituation eines Patienten vorhandene oder neu auftretende entwicklungs-förderliche Bewegungen (auch geringen Ausmaßes) wahrgenommen und gewichtet werden können. Dies umfaßt aber keinesfalls ein blauäugiges Festhalten an omnipotenten Heilungsphantasien, die weder mit sinnvollem und vertretbarem Aufwand noch vielleicht überhaupt je erreicht werden können. Hierzu gehört auch das konstante Reflektieren des (psychisch und ökonomisch) Machbaren.

(5) Offenheit gegenüber eigenen negativen Gefühlen und Phantasien:

Hospitalisierte Jugendliche sind vielfach gezwungen, sich mit heftigsten, oft sehr bedrohlichen Affekten (z. B. tiefgreifende Ängste) und inneren phantasmatischen Vorstellungen – zumeist bereits der Ausdruck eines Versuchs innerer Verarbeitung – auseinanderzusetzen. Krank machen nicht die Phantasien an sich, sondern die Unfähigkeit der Patientinnen und Patienten, diese in einen inneren (und äußeren) Dialog einzubringen. Hierfür brauchen sie Führer und Begleiter, die solche Versuche unterstützen und jeweilige Wege unerschrocken mit ihnen zusammen zu beschreiten versuchen. Dies bedingt eine Bereitschaft der Begleiter, sich vergleichbaren Bildern in sich selbst zu stellen, sofern solche in ihnen wachgerufen werden, was rasch der Fall ist, wenn Probe-Identifikationen mit den Patientinnen und Patienten erfolgen. Es bedeutet aber nicht, die eigenen Phantasmen und Vorstellungsbilder den Jugendlichen mitzuteilen, sondern umfaßt in erster Linie die Fähigkeit, eine solche innere eigene Auseinandersetzung zuzulassen und mit den eigenen inneren Vorgängen möglichst angstfrei in einem dialogischen Kontakt zu stehen.

(6) Resistenz gegenüber psychischer Infektion:

Vieles von dem, was unsere Patienten erleben, haben alle Helfenden – wenngleich meistens in bedeutend geringerem Ausmaß – auch erlebt. So berühren viele der Konflikte der Patienten, neben den spezifischen Fragen ihrer eigenen individuellen Entwicklung, auch Grundfragen psychischer Entwicklung schlechthin. Somit sind viele der Probleme, welche die Jugendlichen auf einer Abteilung mit sich tragen, den Pädagoginnen und Pädagogen nicht völlig fremd. Nur haben diese Wege gefunden, damit kreativer umzugehen und Lösungen zu finden, welche die Person weitgehend konfliktfrei belassen. Trotzdem geraten die Betreuenden durch die heftigen und intensiven Prozesse der Betreuten in eine gewisse psychische Resonanz mit mehr oder weniger starkem Mitschwingen. Letzteres ist notwendig, um die Jugendlichen zu verstehen („nur der Verwundete heilt“, C. G. Jung); es enthält aber die Gefahr, daß aus dem Mitschwingen eine eigentliche psychische Infektion entsteht und die neurotischen oder psychoti-

schen Konflikte der Patientinnen und Patienten die Helfenden zu destabilisieren vermögen. Die offene interpersonale Kommunikation im Team und regelmäßige Supervisionen müssen in diesen Fällen als Gegenmittel eingesetzt werden.

(7) Sich bereit halten für das Auffangen negativer Emotionen:

Die hospitalisierten Patientinnen und Patienten sind für ihre Entwicklung darauf angewiesen, negative Emotionen in lebendige Beziehungen einbringen zu können. Bedingt durch schwerste Lebensschicksale können solche Emotionen äußerst heftig sein, vergleichbar einer gewaltsamen Injektion (Ogden 1979). Diese Emotionen und ihr Druck in der zwischenmenschlichen Situation können derartig stark werden, daß sie die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – über den Mechanismus der projektiven Identifikation – veranlassen, an Stelle und erfüllt mit den Gefühlen der Patientinnen und Patienten zu handeln. Eine lebendige und hilfreiche pädagogisch-therapeutische Beziehung muß so belastbar sein, daß projektiv abgespaltene Affekte in Partialidentifikation dosiert von den Betreuenden aufgenommen werden können, ohne daß diese dabei selbst Schaden nehmen. Bei frühgestörten Patientinnen und Patienten besteht die Hoffnung, daß die Erwachsenen bei einer solchen unbewußten, archaischen Kommunikationsform Wege finden können, um die von den Jugendlichen abgespaltenen unerträglich scheinenden Affekte und unbrauchbaren Gefühle durch eigene Arbeit (intrapsychische Umwandlung, Wahrnehmen und Denken statt Handeln, Verarbeiten in der Teamgruppe) in eine Form bringen zu können, in der eine dosierte Rückgabe und Rücknahme möglich werden könnte. Gelingt dies aus irgendeinem Grund nicht und müssen solche Affekte unverändert abprallen, so wirkt dies bestenfalls nicht hilfreich; ungünstigenfalls führt es zu einem Ansteigen von Angst im Patienten mit einer Vertiefung der Pathologie.

(8) Bereitschaft, so wertfrei wie möglich wahrzunehmen:

Pädagogische Arbeit in einer jugendpsychiatrischen Abteilung ist unabdingbar damit verknüpft, sich mit ungewohnten inneren und äußeren Lebenssituationen abzugeben. Ungewohnt kann nicht nur die individuelle Entwicklung eines Patienten sein, sondern auch die Spezifität einer Familienkonstellation, welche in irgendeiner Form mit dem Leiden in Verbindung steht. Ein zu enges oder zu weites Werteraster (Moral, Religion) oder gesellschaftliche Normen, können für die spezifischen Konfliktbildungen verantwortlich sein. Was entwicklungshindernd oder entwicklungsfördernd wirkt, ist in jeder einzelnen Situation diskussionsbedürftig. Je mehr Leute in einem Betreuungsteam arbeiten, desto mehr unausgesprochene Grundkonzepte umgeben die Patientinnen und Patienten. Das Team muß – schon wegen der Professionalität seines Vorgehens, aber auch um den Jugendlichen nicht zu schaden – das seiner Pädagogik zugrunde liegende Werte- und Konstruktssystem anhaltend austauschen, reflektieren und aufeinander abstimmen, um im pädagogischen Handeln an einem gemeinsamen Strick ziehen zu können.

(9) Sicherheit und Respekt im Umgang mit verschiedenen Räumen:

Das Konzept verschiedener virtueller Räume (intrapsychische und interpersonale Übergangsräume, therapeutische und pädagogische Räume, intramurale und extramurale

Realitätsräume), das auf den Ideen von D. Winnicott aufbaut, hat sich im Alltag als Orientierungshilfe sehr bewährt. Es gilt, die Übergänge zwischen den verschiedenen Räumen zu verstehen und die dynamischen, nicht selten konfliktgeladenen und auch infektiösen Prozesse an ihren Grenzen in das pädagogische Handeln einzubeziehen. Ein erfolgreicher Umgang mit diesem Konzept verlangt eine behutsame Wahrnehmung der dynamischen Prozesse in den eigenen internalisierten „Räumen“, und wie diese im Kontakt zu denen der Jugendlichen stehen.

Unter dem Aspekt einer ausgewogenen, nicht ausschließenden triadischen Beziehungsgestaltung, d.h. im Wunsch, eine anwesende oder abwesende dritte Person so in dyadische Beziehungen miteinzubeziehen, daß ihr eine autonome Position bezüglich ihres seelischen Erlebens, Denkens und Handelns zugestanden wird, muß der „Dritte“ sowohl in Übergangsräumen im Sinne von Winnicott als auch in anderen Räumen (z.B. dem therapeutischen Raum der Abteilung) in flexibler Weise Bedeutung erhalten und die Möglichkeit eines balancierten emotionalen Austausches zwischen mindestens drei, z.T. aber mehreren Partnerinnen und Partnern im Auge behalten werden.

(10) Dosierte konfrontieren und fordern:

Konfrontation ist in der pädagogischen Arbeit unerlässlich. Um psychische Entwicklung anzuregen, muß die Frustrationstoleranz abgeschätzt werden, und es kann in der Beziehung nicht Frustrationsfreiheit gesucht, sondern wenn immer möglich nur eine optimale, d.h. eine für das Ich gerade noch tolerable Frustration angestrebt werden. So gehört es zur pädagogischen Kunst, das Ausmaß an Realitätskonfrontation steuern zu können, selbst wenn diese Fähigkeit durch die Patientinnen und Patienten immer wieder angegriffen und eingeschränkt wird (Redl 1987). Das im Einzelfall entwicklungsfördernde Quantum und die Form, in der die Konfrontation erfolgt, orientieren sich an der Person des Gegenübers, an der Diagnose, am Funktionieren der übrigen Gruppenmitglieder und am sorgfältig erarbeiteten und stets wieder überprüften Konsens des Betreuerteams.

(11) Fähigkeit, einen geeigneten Rahmen zu erkennen, wählen und erschaffen zu können für den Transport eines bestimmten und unter Umständen heiklen pädagogischen Inhalts:

Die Frage „wie sag ich's meinem Kinde“ bedarf im pädagogischen Alltag einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station ganz besonderer Reflexion. Um dosiert konfrontieren und fordern zu können, muß das pädagogische Wann und Wie auch unter psychopathologischen sowie gruppen- und familiendynamischen Aspekten gemeinsam abgewogen und antizipierend gestaltet werden. F. Redl (1957) hat diesen Aspekt in seinem „life space interview“, in dem die verschiedenen Aspekte dieser pädagogischen Technik differenziert erörtert werden, meisterhaft dargestellt.

(12) Mut haben, mit den pädagogischen Regeln im Hinblick auf die spezielle Psychopathologie eines Patienten zu spielen:

Für das Funktionieren einer kinder- oder jugendpsychiatrischen Abteilung sind für die Pädagoginnen und Pädagogen selbstauferlegte und den Patienten vorgegebene Spiel-

regeln unerlässlich. Wie jede Regel können sie aber – sofern sie sich zu Selbstzwecken verfestigen – die Betreuenden dazu verführen, bei Lösungsversuchen im Einzelfall starr und unflexibel zu werden und gegebenenfalls kreative, an der Psychodynamik orientierte Vorgehensweisen nicht mehr zu nutzen. Aufgestellte Regeln schematisch anzuwenden, kann zwar entlastend, aber auch sinnentleert und einengend wirken; sich in begründeten Fällen über solche hinweg zu setzen, trägt die Gefahr der Willkür in sich, bedarf aber auch des persönlichen Mutes und einer nicht geringen Portion Natürlichkeit und Zivilcourage. Ein solches Verhalten ist mit der Notwendigkeit verknüpft, einen individuellen Entscheid nicht nur gegenüber anderen Patienten, sondern auch gegenüber anderen Teammitgliedern argumentativ zu vertreten. Nicht die Regeln sind das Ziel, sondern die individuelle Entwicklung eines jeden Patienten, die aber auf Regeln angewiesen ist. Der Patient in seiner speziellen (Längsschnitt) und momentanen (Querschnitt) Lebenssituation und nicht eine abstrakte Regel, die sich auf eine wenig konkrete Gruppe bezieht, steht bei jeder pädagogischen Intervention im Zentrum. Gleichzeitig bleibt die Gruppe der jugendlichen Patientinnen und Patienten aber ein durch überschaubare, transparente und gegebenenfalls modifizierbare Regeln gelenkter Organismus.

(13) Fähigkeit, neben der pädagogischen Arbeit spezifische Beobachtungen machen zu können, insbesondere bezüglich Psychopathologie und Psychopharmakotherapie eines Patienten:

Beobachtungen über einen Jugendlichen auf den verschiedensten Ebenen seines alltäglichen Verhaltens bilden einen integrierenden Bestandteil zum vertieften Verständnis seiner Psychopathologie und Psychodynamik. Sie bilden oft zentrale Orientierungspunkte, um psychiatrische Interventionen steuern zu können. Ohne differenzierte pädagogische Beobachtungen und Rückmeldungen aus den verschiedenen Lebenssituationen der Patienten ist unter stationären Verhältnissen beispielsweise keine sinnvolle Psychopharmakotherapie möglich.

(14) Bereitschaft zur Selbstreflexion:

Die persönliche Geschichte der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tritt in den täglichen Interaktionen immer wieder in kleinere Überschneidungen mit den Geschichten der betreuten Patientinnen und Patienten. Diese Tatsache kann als lästiges Berufsrisiko empfunden werden. Sie stellt aber eine wesentliche Ressource dar für ein nach milieuthérapeutischen Grundsätzen arbeitendes Team. Dieses stellt wegen der unterschiedlichen Verletzlichkeiten seiner Mitglieder gleichsam einen komplexen Resonanzkörper dar, welcher die vom Patienten ausgelösten Tonmuster klarer erkennbar macht. Die hervorgerufenen Resonanzen stellen alle Teammitglieder vor die Aufgabe, ihre persönlichen Strukturen in geeignetem Rahmen immer wieder kritisch zu überdenken. So muß stets von neuem geklärt werden, welche Aspekte eines beobachteten Prozesses spezifisch für den Patienten sind (Gegenübertragung), welche aus der jeweiligen Innenwelt des Pädagogen stammen (eigene Übertragung) und wo sich beides mischt. Ohne eine derartige kritische (Selbst-) Reflexion besteht die Gefahr, daß Patienten durch Mitglieder des Behandlungsteams „mißbraucht“, d.h. nicht in ihrer Ei-

genständigkeit, sondern nur mit der Erwartungsbrille der jeweiligen Pädagogin/des jeweiligen Pädagogen wahrgenommen werden.

Die Aufzählung dieser Thesen ist nicht abschließend; dennoch mag sie den Blick auf Kernbereiche der pädagogischen Auseinandersetzung in der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung lenken. Denn jedes Behandlungsteam wird im Laufe seiner Betreuungsarbeit gezwungen sein, mit dem einen oder anderen Aspekt Erfahrungen zu sammeln.

Literatur

- Blos, P. (1964/65): Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozeß. *Psyche* 18: 120-138.
- Bürgin, D. (1986): Entwicklungsstörungen in der Adoleszenz. *Zentralblatt für Jugendrecht* 73: 128-133.
- Heim, E. (1984): *Praxis der Milieuthherapie*. Berlin: Springer.
- Meng, H.; Bürgin, D. (1998): Jugendpsychiatrische Abteilung. Aufbau und erste Erfahrungen. *Psychiat. Praxis* 25: 61-66.
- Ogden, Th.H. (1979): On Projective Identification. *Am. J. Psychoanal.* 60: 357-373.
- Redl, F. (1959): The Life Space Interview. *Am. J. Orthopsych.* 29: 1-18.
- Redl, F. (1987): *Erziehung schwieriger Kinder*. Zürich: Piper.
- Streeck-Fischer, A. (1991): Entwicklungsfördernde Laufställe. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40: 328-333.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit sog. Frühstörungen. *Psychotherapeut* 40: 79-87.

Anschrift der Verfasser: Dr. Heiner Meng, Prof. Dr. Dieter Bürgin, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik, CH-4058 Basel; E-mail: heiner.meng@unibas.ch.