

Annette Streeck-Fischer

2. Auflage



Trauma und Entwicklung

Adoleszenz – frühe Traumatisierungen
und ihre Folgen

 Schattauer

Annette Streeck-Fischer

Trauma und Entwicklung

2. Auflage

This page intentionally left blank

Annette Streeck-Fischer

Trauma und Entwicklung

Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen

2., überarbeitete Auflage

Mit 34 Abbildungen und 45 Tabellen

 **Schattauer**

Prof. Dr. med. Annette Streck-Fischer

International Psychoanalytic University Berlin
Stromstr. 3, 10555 Berlin
und
Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen
annette.streck@t-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2006, 2014 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Projektleitung: Eva Wallstein, Stuttgart
Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin
Umschlagabbildung: Bild einer 16-jährigen Jugendlichen mit multiplen Traumatisierungen in ihrer Entwicklung mit beeindruckender Darstellung der Mangelversorgung von Mutter und Kind
Satz: am-productions GmbH, Wiesloch
Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6803-1

ISBN 978-3-7945-2980-3

Vorwort zur 2. Auflage

In Unkenntnis der Folgen, die traumatische Belastungen in der Entwicklung haben können, wurden schwer gestörte Jugendliche über lange Zeit hinweg nur als gewaltbereite, dissoziale, in Richtung einer Borderline-Störung sich entwickelnde oder anderweitig beeinträchtigte junge Menschen wahrgenommen. Die diagnostischen Klassifikationssysteme tragen der klinischen Erfahrung, dass die Folgen von Traumatisierungen in der Entwicklung weit reichen können, nicht angemessene Rechnung. Was dort als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) beschrieben wird, gibt die Vielfalt und den Schweregrad der Beeinträchtigungen nicht annähernd wieder. Traumatisierungen, zu denen es in der frühen Kindheit kommt, schlagen sich in der gesamten weiteren biopsychosozialen Entwicklung in Form von komplexen Störungen nieder. In der Adoleszenz mit ihren Entwicklungsrisiken kommt erschwerend hinzu, dass die früh traumatisierten Patienten in dieser Zeit leicht den Verführungen schneller Befriedigungen wie beispielsweise süchtigem Verhalten erliegen. In einer randomisierten kontrollierten, von der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (VaKJP) geförderten Therapiestudie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, bei denen es sich überwiegend um Borderline(entwicklungs)-Störungen bzw. komplexen Traumatisierungen handelte, konnten wir die hohe Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit mit den jungen Patienten belegen. Die Studie wurde 2014 mit dem Heigl-Preis prämiert – ihre Ergebnisse belegen einmal mehr, dass es sich unbedingt lohnt, mit diesen schwierigen Jugendlichen zu arbeiten.

Dabei bedürfen Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen einer längeren Behandlung, damit sie ihre traumatischen Reenactments überwinden und ihre psychischen Verwundungen bearbeiten können.

In der Neuauflage wurden alle Kapitel aktualisiert. Dabei wurden auch neurobiologische Forschungsergebnisse zum Jugendalter integriert, die zeigen, dass die Umstrukturierung des Gehirns in der Adoleszenz mit Gefährdungen einhergeht, die zu berücksichtigen wichtig sind – sowohl in Hinblick auf die Diagnostik wie auch in Hinblick auf die Therapie. Die Suche nach schnellen Befriedigungen, unzureichende Steuerungsfähigkeiten oder ein Borderline-ähnliches Verhalten Jugendlicher finden darin eine Erklärung. Darüber hinaus werden die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit und Selbstregulation sowie deren pathologische Ausformungen ausführlicher dargestellt. Auch fließen die Ergebnisse der erwähnten Therapiestudie in die Beschreibung der Psychopathologie komplexer Traumatisierungen und deren Diagnostik ein.

Die Probleme in der Behandlung sowie das therapeutisch-technische Vorgehen werden anhand von Beispielen ausführlich dargestellt. Die Relevanz des geschilderten therapeutischen Vorgehens wird auch durch die vorliegende Evaluation bestätigt.

Mein Dank gilt den Jugendlichen, die wir in der Klinik Tiefenbrunn behandelt haben. Durch die vielfältigen Herausforderungen, vor die sie uns und das therapeutische Team, dem mein Dank ebenfalls gilt, immer wieder gestellt haben, haben sie uns dazu gebracht, viel von ihnen zu lernen. Oft genug haben sie uns auf den Prüfstand gestellt und dennoch – oder gerade auch deshalb – haben wir gerne mit ihnen gearbeitet.

Als gegenwärtige Präsidentin der „International Society of Adolescent Psychiatry and Psychology“ (ISAPP) ist es mir ein besonderes Anliegen, hilfreiche Entwicklungswege für diese Jugendlichen zu finden.

Berlin und Göttingen,
im August 2014

Annette Streeck

Vorwort zur 1. Auflage

Es geht in diesem Buch um Jugendliche, die in ihrer Entwicklung schweren Belastungen ausgesetzt waren und oft schwer traumatisiert wurden. Frühe Traumatisierungen infolge von Vernachlässigung, Misshandlungen und Missbrauch graben sich tief in Körper, Geist und Seele eines jungen Menschen ein und bestimmen sein Leben – weit umfassender als das vielfach zur Kenntnis genommen wird. Es ist ein Anliegen dieses Buches zu verdeutlichen, was Traumatisierungen in der Entwicklung anrichten und dazu beizutragen, diese Jugendlichen in ihrem selbst- und fremddestruktiven Verhalten zu verstehen, die Vielfalt der Folgen ihrer Traumatisierungen zu erkennen, neurobiologische Zusammenhänge zu erfassen und die Probleme zu überwinden, die sich bei ihrer Behandlung stellen. Ich greife dabei auf meine langjährige Tätigkeit als Leiterin der Kinder- und Jugendlichenabteilung des Krankenhauses Tiefenbrunn zurück, eine Tätigkeit, zu deren Schwerpunkten die Anwendung und Weiterentwicklung psychoanalytischer und kinderpsychiatrischer Konzepte in der klinischen Versorgung von schwer gestörten Kindern und Jugendlichen gehört.

Therapeutische Arbeit mit den jugendlichen Patienten bedeutet immer auch, mit jungen Menschen in Kontakt zu kommen, die sich zumeist von ihren Eltern und der Welt der Erwachsenen abgewandt und zurückgezogen haben. Es sind Jugendliche, die sich meist nicht mit Worten mitteilen, die ihre Problematik aber handelnd zum Ausdruck bringen. Sie sind in einem Alter, in dem sie mit den therapeutischen Mitteln der Kinderpsychotherapie nicht mehr, mit den Mitteln der Erwachsenenpsychotherapie noch nicht erreichbar sind.

Darum sind für die therapeutische Arbeit besondere Einstellungen erforderlich. Es müssen besondere Wege der Erkenntnis und des therapeutischen Umgangs beschritten werden, will man vermeiden, dass aus problematischen Adoleszenten chronische Psychatriepatienten oder Kriminelle werden.

Das Buch ist in mehrere Teile gegliedert, die einen Spannungsbogen von psychoanalytischen Verstehenszugängen über Folgen von Traumata, neurobiologische und entwicklungspsychologische bzw. psychopathologische Aspekte des Säuglings- und Kleinkindalters und der Adoleszenz bis hin zu Besonderheiten der Psychotherapie Jugendlicher und traumatisierter Jugendlicher beschreiben.

Im ersten Teil werden die verschiedenen Dimensionen dargestellt, die zum Verständnis schwer gestörter Jugendlicher berücksichtigt werden müssen. Dabei wird vor allem auf implizite Ausdrucksformen und szenische Informationen der nicht symbolischen konkretisierten Mitteilungen der Jugendlichen fokussiert. Im zweiten, dritten und vierten Teil werden psychoanalytische Konzepte zum Verständnis der normalen und pathologischen Adoleszenz vorgestellt; hier wird auch das Problem berührt, welche gesellschaftliche Relevanz militante Adoleszenzentwicklungen haben. Weiter werden die verschiedenen Störungsbilder der Adoleszenz in Abhängigkeit von dem jeweiligen Strukturniveau dargestellt. Solche entwicklungsorientierten psychoanalytischen Konzepte, die um die operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ) erweitert werden, stellen Mittel bereit, um die Pathologie in ihrem Schweregrad erfassen zu können.

Im fünften Kapitel werden verschiedene ätiologische Modelle diskutiert, die geeignet sind, zum Verständnis einzelner Störungsbilder aus dem Spektrum der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der Adoleszenz beizutragen, jedoch auch den Zugang zur Komplexität von Entwicklungs Traumata zu erschweren. Das Ausmaß der Folgen von Traumatisierung in der Entwicklung wird im sechsten und siebten Kapitel unter Aspekten des Verlustes von Kohärenz, Grenzen, Gedächtnisstörungen und Dissoziation ausgeführt. Zu einem umfassenderen Verständnis tragen darüber hinaus neuere Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung bei, dargestellt im achten Kapitel, mit deren Hilfe Selbst-Affekt- und Impulsregulationsstörungen, Gedächtnisstörungen oder die Folgen von Dissoziationen in der Entwicklung erklärt werden können. Im neunten Kapitel geht es um neurobiologische Folgen von frühen Traumatisierungen für die Hirnentwicklung. In den beiden folgenden Kapiteln werden Besonderheiten der Behandlung von Jugendlichen und insbesondere von Jugendlichen mit komplexen Störungen geschildert. Dabei werden therapeutische Verstrickungen und „maligne Tänze“ mit den jugendlichen Patienten dargestellt, wie sie bereits in Freuds Behandlung von Dora erkennbar sind. Sie beziehen sich vor allem auf Erfahrungen aus der eigenen therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und aus Supervisionen und haben meine therapeutischen Konzepte geprägt. Abschließend werden im zwölften Kapitel Besonderheiten der stationären Psychotherapie dargestellt, die für viele dieser jungen Patienten unverzichtbar ist. Welche therapeutischen Mittel und

Wege hilfreich und günstig waren, haben letztlich die jugendlichen Patienten selbst entschieden, die uns unmittelbar gezeigt haben, was weiter führt und was ihnen hilft. Ihre Geschichten sind an verschiedenen Stellen in anonymisierter Form dargestellt.

Das Buch wendet sich an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ebenso wie an Kinder- und Jugendlichenpsychiater, an Psychotherapeuten und Psychiater, die mit erwachsenen Patienten therapeutisch arbeiten und an Psychoanalytiker, Psychologen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen und in der Jugendhilfe. Das Buch richtet sich auf die Phase des Übergangs von der Kindheit ins Erwachsenenalter, eine Entwicklungsphase, die viele Besonderheiten aufweist, die zu erkennen notwendig ist, wenn diesen jungen Patienten adäquate therapeutische Hilfe zuteilwerden soll.

Manchmal kann man am Gänseliesel in Göttingen, einem Platz im Zentrum der Stadt, solche Jugendlichen treffen, wie sie in diesem Buch beschrieben werden. Ich habe mich gelegentlich zu ihnen gesetzt, sie aber nicht angesprochen, weil ich mir nicht sicher war, ob sie mich nicht als unangenehmen Eindringling wahrnehmen würden, der ich nicht sein wollte. Für mich ging von diesen Jugendlichen immer eine Aufforderung aus, mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Meine Erfahrungen haben mir gezeigt, dass es sich lohnt, diesen Kontakt zu suchen, den zu finden nicht immer leicht ist.

Tiefenbrunn,
im Januar 2006

Annette Streack

Danksagung

Dem Buch liegen meine inzwischen mehr als dreißigjährigen Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen zugrunde, denen ich in meiner kinderpsychiatrischen, psychotherapeutischen und psychoanalytischen Arbeit begegnet bin. Es war zuerst Friedrich Specht, der damalige Abteilungsvorsteher der Abteilung für Kinderpsychiatrie an der Universität Göttingen, dessen Vorlesungen zu Störungsbildern in der Kindheit und Adoleszenz mich beeindruckt und fasziniert haben. Er war es auch, der das Projekt zur therapeutischen Versorgung dissozialer und drogenabhängiger Jugendlicher initiiert hat, in dem ich meine ersten Erfahrungen mit schwer gestörten, verwahrlosten und drogenabhängigen Jugendlichen gesammelt habe. Von Friedrich Specht habe ich gelernt, dass die Achtung der Würde jedes Menschen eine ständige Herausforderung in der Begegnung und in der Arbeit insbesondere mit psychisch kranken und abhängigen Patienten, mit Kindern und mit Jugendlichen ist.

Johann Zauner, damaliger Leiter der Abteilung „Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ am Krankenhaus Tiefenbrunn und dessen stellvertretender Direktor hat mir mit seiner Begeisterung für Fragen der Adoleszenz und mit seinen überaus anregenden Seminaren zur psychoanalytischen Theorie und Therapie die Arbeit mit besonders schwierigen jugendlichen Borderline-Patienten nahe gebracht. Johann Zauner war einer der Pioniere, die die analytische Psychotherapie Jugendlicher in Deutschland aufgegriffen und weiterentwickelt haben. Als ich seine Nachfolge in der Kinder- und Jugendlichen-Abteilung in Tiefenbrunn antreten konnte, war das für mich eine große Herausforderung.

Auf meinem Weg haben mich in den vielen Jahren Dieter Bürgin und Peter Riedesser als Mitstreiter, Kollegen und Freunde begleitet. Ich denke häufig an die vielen Treffen zurück, an denen gelegentlich auch Margarete Berger und Jörg Wiese teilgenommen haben, bei denen wir unter der großen Buche in unserem Garten sitzend Überlegungen angestellt haben, wie die Psychoanalyse im Kindes- und Jugendalter in die Kinder- und Jugendpsychiatrie hineingetragen werden könne. Dieter Bürgin mit seinem fundierten psychoanalytischen Wissen zur Theorie und Praxis übernahm oft die Funktion des Vordenkers, während Peter Riedesser mit seinem Ideenreichtum und dem Blick für brennende Zeitprobleme die Richtungen bestimmte. Er ist leider viel zu früh verstorben.

Mit Dieter Bürgins und Peter Riedessers Hilfe habe ich 1997 den internationalen Kongress „Adoleszenz und Trauma“ organisiert, an dem zwei Referenten teilgenommen haben, die mit ihren innovativen Ansätzen aus der Bindungstheorie und Neurobiologie meinen weiteren Umgang mit den Jugendlichen beeinflusst haben: Peter Fonagy mit seinem Konzept des präreflexiven Selbst und der Mentalisierungsstörung, der mein Verständnis der Psychodynamik und Behandlung von frühen Störungen erweitert hat, das zu dieser Zeit vor allem von den von Otto F. Kernberg entwickelten Konzepten bestimmt war, und Bessel van der Kolk, der mit seinen integrativen Ansätzen aus Trauma-, Stress- und Bindungsforschung mich ermutigt hat, die Komplexität der Störungen dieser Jugendlichen mit ihren kognitiven, affektiven und körperlichen Beeinträchtigungen zu erkennen und nicht zugunsten

einseitiger Konzepte aus dem Auge zu verlieren.

Wichtig war auch der Besuch meiner Kollegin Luise Reddemann in Tiefenbrunn, die ihre damals noch in der Entwicklung befindlichen Konzepte zum „sicheren Ort“ und den „hilfreichen Helfern“ vorgestellt hat. Ihren Hinweis, dass die Arbeit mit den Patienten im stationären Rahmen für alle Beteiligten erträglich sein müsse und dass es therapeutisch nicht nützlich ist, traumatische Szenarien miteinander zu durchleben, hat mich überzeugt und mein weiteres therapeutisches Handeln beeinflusst. Bis dahin hatte ich mehrfach leidvoll erfahren müssen, mit welcher Intensität Jugendliche ihre traumatischen Beziehungserfahrungen in therapeutischen Institutionen wiederherstellen können.

Ulrich Sachsse und ich haben zur gleichen Zeit bei den gleichen Lehrern am Lou-Andreas-Salomé-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Göttingen und in Tiefenbrunn unsere psychoanalytische und psychotherapeutische Weiterbildung gemacht. Wir haben die gleichen kasuistischen Seminare besucht, und wir haben wechselseitig zur Kenntnis genommen, für welche Themen sich der andere jeweils interessierte. Ulrich Sachsse hat mehrere Jahre lang die Mitarbeiter der Jugendlichenstation in Tiefenbrunn supervidiert. Wir haben gemeinsam eine Tagung zu „Körper – Seele – Trauma“ ausgerichtet, an der international anerkannte Traumaforscher wie Rachel Jehuda, Aric Shalef oder Leonore Terr teilgenommen haben.

2002 konnte ich eine weitere internationale Tagung „Adoleszenz – Destruktivität – Bindung“ mit Unterstützung von Friedrich Specht, Jörg M. Fegert und Franz Resch organisieren. Diese Tagung war der Anregung von Enrico de Vito, dem damaligen Präsidenten der Internationalen Gesellschaft für Adoleszenz-Psychiatrie und -psychotherapie (ISAPP) gefolgt.

Meine ehemaligen Mitarbeiter haben mit ihrer engagierten Arbeit und ihrer Kreativität mein Denken und Handeln in vieler Hinsicht beeinflusst. Ihr Bestreben, für die jugendlichen Patienten ein wachstumsförderndes Milieu herzustellen und sie in ihren Belangen zu begleiten, hat mich immer wieder beeindruckt. Es würde zu viel Platz beanspruchen, ihnen allen hier namentlich zu danken. Besonders erwähnen möchte ich aber Sigrun Büniger, meine langjährige Oberärztin, sowie Helga Schrader-Mosbach und Andreas Wagner, die als klinische Psychologen, und Iris Kepper, die als Körpertherapeutin mit mir zusammengearbeitet haben. Sie haben mit ihrer Arbeit manch neue Perspektive zum Verständnis von Beeinträchtigungen der Jugendlichen eröffnet und gezeigt, dass die Betrachtung des Psychischen nicht ausreicht, um diese Jugendlichen zu verstehen, sondern dass es notwendig ist, ihr Handeln, ihre körperlichen Mitteilungen, ihre kognitiven und Wahrnehmungspotenziale in das Verständnis ihrer Problematik einzubeziehen. Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind vor allem in die Kapitel zu Körper und Kognitionen eingeflossen.

Ohne die Jugendlichen selbst, von denen ich so viel gelernt habe, wäre dieses Buch nie geschrieben worden. Auch wenn es häufig um leidvolle Erfahrungen ging, um traumatische Vergangenheiten und zerstörerische Inszenierungen, haben sie mir immer die Zuversicht gegeben, dass sich die gemeinsame Arbeit lohnt, und das hat sich immer wieder bestätigt. Sie haben zum Teil beeindruckende Entwicklungen durchgemacht und unter Beweis gestellt, dass die Adoleszenz tatsächlich eine Chance ist, die nicht unterschätzt werden sollte.

Danken möchte ich den Lektorinnen der 1. wie auch der 2. Auflage, Katja Ehmcke und Marion Lemnitz, die mir sehr geholfen haben. Durch ihre straffe, sorgfältige und umsichtige Bearbeitung wurde es möglich, das Buch jedes

Mal erstaunlich schnell fertig zu stellen. Mein Dank gilt auch Frau Dr. Hardt und Frau Wallstein vom Schattauer Verlag für ihre freundliche und entgegenkommende Unterstützung bei beiden Auflagen.

Am allermeisten gilt mein Dank aber meinem Mann, der mich ermutigt hat, dieses Buch fertig zu stellen, der mich begleitet und meine Texte gelesen hat und dabei auch meinen Gedankenflügen die Bodenhaftung gegeben hat, die sie brauchten, um verständlich zu werden. Mit ihm verbinden mich viele auch fachliche Gemeinsamkeiten, nicht zuletzt das Interesse

für die verkörperten Inszenierungen, die er aus einer mikroanalytischen Perspektive erforscht.

Ihm ebenso wie meinen Kindern Nina und Hendrik ist dieses Buch gewidmet. Meinen Kindern deshalb, weil sie mir dicht wie niemand sonst vor Augen geführt haben, was die Lebensphase „Adoleszenz“ in aller lebendigen Vielfalt ist – sowohl ihre Potenziale und ihre Kreativität und auch die Begegnungen mit vielen Aspekten der impliziten familiären Vergangenheiten. Sie haben mich gelehrt, darin eine Kraft zu finden.

Inhalt

1	Einführung _____	1	2.5.7	Männlich – weiblich: geschlechts- spezifische Zuordnungen _____	50
1.1	Trauma und Entwicklung _____	2	2.5.8	Bedeutung der Gleichaltrigengruppe in der Adoleszenz _____	51
1.2	Adoleszenz und Trauma _____	5	2.6	Emerging Adulthood – eine vernachlässigte Lebensphase? ____	53
1.3	Probleme der Diagnostik – Probleme der Behandlung _____	7			
2	Adoleszenz – verschiedene Perspektiven _____	11	3	Adoleszenz und Struktur – Adoleszenz und Krise _____	55
2.1	Adam und Eva – eine Adoleszenzgeschichte _____	12	3.1	Krisenhafte Adoleszenzverläufe ____	55
2.2	Unschärfe Grenzen zwischen Normalität und Pathologie _____	14	3.2	Adoleszenz und Strukturbildung ____	56
2.3	Neurobiologie der Adoleszenz ____	15	3.3	Grenzstörungen, die mithilfe der Strukturdiagnostik erfasst werden _____	60
2.4	Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz _____	17	3.3.1	Mäßig integriertes Strukturniveau, emotional-instabil und doch noch Borderline _____	60
2.4.1	Veränderungen des Körpers _____	17	3.3.2	Klassifikation von Störungen mit »falscher« Strukturbildung _____	63
2.4.2	Loslösung von den Eltern _____	18	3.3.3	»Falsche« Strukturbildung in der Strukturachse der OPD-KJ ____	67
2.4.3	Neue Beziehungen zu Gleichaltrigen _____	19	4	Pathologische Adoleszenz und das gesellschaftliche Entgegenkommen _____	69
2.4.4	Selbstvertrauen und neue Wertorientierungen _____	21	4.1	Über die Sehnsucht nach Größe, Identität und Kontinuität der Betrogenen _____	69
2.4.5	Soziale und berufliche Identität ____	21	4.1.1	Die geliebte Größenfantasie _____	69
2.5	Selbst- und Identitätsentwicklung in der Adoleszenz aus psycho- analytischer Sicht _____	22	4.1.2	Die Sehnsucht nach der verlorenen Ordnung der Dinge ____	70
2.5.1	Das Selbst am Ende der Latenz und vor Beginn der Adoleszenz _____	24	4.2	Ideologien von Ungleichheit und Gewalt als mächtige Organisatoren _____	72
2.5.2	Von der Einheit zur Differenzierung ____	25			
2.5.3	Frühadoleszenz _____	27			
2.5.4	Mittlere Adoleszenz _____	34			
2.5.5	Spätadoleszenz _____	45			
2.5.6	Die Reinszenierung infantiler Konflikte und ihre Ich-syntone Bewältigung ____	47			

5	Adoleszenz und Persönlichkeitsstörung _____	77	6.1.3 Vernachlässigung _____	105	
5.1	Definition von Persönlichkeit _____	78	6.1.4 Misshandlung _____	106	
5.2	Gene oder Umwelt? _____	80	6.1.5 Missbrauch _____	107	
5.3	Konstitution, Temperament versus Entwicklungsperspektive _____	82	6.1.6 Gewaltbereitschaft _____	109	
5.4	Persönlichkeitsstörungen: Traumatisierung in der Entwicklung _____	84	6.2 Geschichte der Traumakonzepte – was heißt Trauma in der Entwicklung? _____	110	
5.5	Trauma – Borderline – MCDD oder ADHS? Eine kritische Diskussion _____	86	6.3 Folgen von Traumata _____	113	
5.5.1	Komorbiditäten und Modelle zum Verständnis der Folgen früher Traumatisierung _____	86	6.4 Primäre Reaktionen: frühe Formen des Umgangs mit Bedrohung _____	117	
5.5.2	Diagnose »Borderline-Störung« bei Kindern und Jugendlichen _____	86	6.5 Reaktionsmuster bei chronisch traumatischem Stress _____	119	
5.5.3	Entstehungsbedingungen von Borderline-Störungen aus psychoanalytischer Sicht _____	88	6.5.1 Flight-/Fight-Antworten – Auswirkungen auf Regulationen _____	120	
5.5.4	Empirische Befunde _____	91	6.5.2 Vermeiden, Compliance-Verhalten – Verlust von Fantasie, Konstriktion _____	122	
5.5.5	Was hat es mit der Diagnose MCDD auf sich? _____	93	6.5.3 Dissoziation _____	123	
5.5.6	MCDD und/oder ADHS und/oder PTBS _____	94	6.5.4 Erstarrung und der Mangel an sensorischer Integration _____	124	
5.6	Gewalt, Dissozialität und Borderline-Störung/PTBS _____	97	6.6 Komplexe Traumafolgestörung oder die Entwicklungstrauma-Diagnose – zwei gegenwärtig verwendete Konzepte _____	124	
5.6.1	Psychodynamische Erklärungen von Gewaltverhalten _____	98	7	Aspekte der Psychopathologie der Folgen von Traumatisierung in der Entwicklung _____	131
5.6.2	Impulsive/aggressive versus verdeckte/instrumentelle Gewalt _____	99	7.1	Was ist ein psychisches Trauma? _____	131
5.6.3	Verdeckte/instrumentelle Gewalt _____	101	7.2	Verlust von Kohärenz _____	132
6	Komplexe traumatische Belastungsstörung – Borderline-Störung – MCDD _____	103	7.3	Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung _____	137
6.1	Zu den Fakten _____	103	7.4	Grenzenstörungen und die verschiedenen Realitäten _____	139
6.1.1	Definitionen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch _____	104	7.4.1	Zusammenbruch der Dialektik von Realität und Fantasie _____	142
6.1.2	Häufigkeit _____	105	7.4.2	Zerstörte Dialektiken im Übergangsraum _____	144

7.5	Auswirkungen von traumatischen Belastungen auf das Gedächtnis/ Beeinträchtigungen der Fähigkeit des Mentalisierens _____	145	8.9	Pathologische Bedingungen in der Entwicklung _____	204
7.6	Dissoziation oder Flucht, wenn keine Flucht möglich ist _____	150	8.9.1	Annäherung an ein Verlaufsmodell traumaspezifischer Antworten in der Entwicklung _____	205
7.6.1	Das Übererregungskontinuum – das Dissoziationskontinuum _____	154	8.10	Gestörte Affektregulation und gestörte Mentalisierung in der Entwicklung _____	209
7.6.2	Dissoziation und Transmission _____	154	8.10.1	Äquivalenzmodus _____	209
7.7	Sprachlosigkeit und Acting out _____	157	8.10.2	Als-ob-Modus oder Mimikry _____	210
7.8	Verlust von Vertrauen – Traumatisierung in der Bindung – traumatische Reenactments _____	158	8.10.3	Zum teleologischen Modus _____	212
7.9	Sucht als Selbsthilfemaßnahme _____	161	9	Hirnentwicklung – Gedächtnis – schnelle Wege – Trauma _____	213
7.10	Stress und kognitive Einschränkungen _____	162	9.1	Gehirn und Gedächtnis _____	214
7.11	Posttraumatischer Stress und sensomotorische Störungen _____	167	9.1.1	Kindliche Amnesie _____	216
7.12	Bewusstsein – Körper – Fühlen: ein Exkurs zu Damasio _____	173	9.2	Schnelle Wege – primäre Antwortmuster _____	218
8	Normale und pathologische Entwicklung _____	181	9.3	Hirnentwicklung und frühe Traumatisierung _____	220
8.1	Normale Entwicklung in der Kindheit _____	181	9.3.1	Besonderheiten bei gewaltbereiten Jugendlichen _____	225
8.2	Bindungsmuster _____	187	9.4	Bedeutung der Vagusbremse _____	225
8.3	Das fantasmatische Kind _____	191	9.5	Stressbiologie _____	227
8.4	Selbst- und Aufmerksamkeitsregulation _____	192	10	Die therapeutische Beziehung: Missverständnisse, Missbrauch und Angriffe _____	229
8.4.1	Normale Entwicklung _____	192	10.1	Dora und die (Wieder-)Herstellung einer missbräuchlichen Beziehung _____	229
8.5	Spielfähigkeit _____	198	10.1.1	Fallgeschichte _____	231
8.6	Exkurs zur Entwicklung von mangelnder Selbstregulation bei ADHS _____	199	10.1.2	Die Beziehung zwischen Freud und Dora _____	232
8.7	Mentalisierung und Affektregulation _____	201	10.2	Innere und äußere Realität _____	238
8.8	Zwei Stressregulationssysteme _____	202	10.3	Angriffe auf die therapeutische Beziehung: traumatische Tänze _____	242

10.4	Wiederholungszwang _____	243	11.5.8	Traumaexposition _____	284
10.5	Vom Honeymoon zum deadly dance _____	244	11.5.9	Die Behandlungsphasen – an einem Fallbeispiel _____	286
10.6	Missbrauchstanz _____	248	11.5.10	EMDR bei Jugendlichen _____	289
10.7	»Therapeutischer Tanz« oder wie entwicklungsförderliche Laufställe geschaffen werden _____	249	12	Stationäre Psychotherapie: Besonderheiten der Behandlung in der Klinik ____	295
11	Vom Handeln zur Therapie ____	255	12.1	Stationäre Psychotherapie in der Behandlungskette stationärer Versorgung _____	296
11.1	Behandlung zwischen Bindung, Trauma und Entwicklung _____	256	12.2	Der Weg zur stationären Behandlung _____	298
11.2	Entwicklungspsychotherapie oder »Beziehung first« _____	258	12.2.1	Vorüberlegungen und Planungen der Behandlung _____	298
11.3	Lernen aus Erfahrung – Lernen von Wissen _____	261	12.2.2	Wartezeitgestaltung _____	298
11.4	Herstellung einer (therapeutischen) Beziehung – grundsätzliche Probleme im Umgang mit Jugendlichen _____	262	12.3	Grundkonzepte stationärer Psychotherapie _____	298
11.5	Vom Handeln zur Therapie _____	265	12.3.1	Organisation und Gestaltung der Behandlung _____	300
11.5.1	Kognitive Mentalisierung am Beginn der Behandlung _____	267	12.3.2	Verteilung von Rollen und Funktionen _____	300
11.5.2	Überwinden der traumatischen Reenactments _____	270	12.4	Beziehungen und Gestaltung der Rahmenbedingungen ____	303
11.5.3	Arbeit an den Flight-/Fight-/Freeze- Reaktionen _____	272	12.5	Zusammenarbeit im Team ____	304
11.5.4	Stabilisierungen _____	273	12.6	Ausblick _____	306
11.5.5	Ausbau und Entwicklung von Kompetenzen und Meisterschaft (»mastery«) _____	279	Literatur _____	307	
11.5.6	Körpertherapie _____	282	Sachverzeichnis _____	339	
11.5.7	Arbeit an kognitiven Fähigkeiten ____	284			

1 Einführung

1.1	Trauma und Entwicklung.	2
1.2	Adoleszenz und Trauma.	5
1.3	Probleme der Diagnostik – Probleme der Behandlung.	7

» Im Gegensatz zum »kleinen Hans«, dessen Behandlung schon früh die analytische Kindertherapie befruchtet hat, dauerte das bei Jugendlichen eine ganze Weile. Meiner Ansicht nach hat das zu tun mit dem Unverständnis Erwachsener gegenüber der Situation Heranwachsender. Ich erinnere mich an eine analytische Arbeit, ich glaube, sie stand im Deutschen Ärzteblatt in den frühen sechziger Jahren, in der ein bekannter Psychotherapeut meinte, dass eine analytische Therapie mit Jugendlichen nicht möglich sei, da sie so unzuverlässig seien. Dies ist ein wesentlicher Punkt in der Behandlung Jugendlicher, nämlich ihre vermeintliche Unzuverlässigkeit. « (Johann Zauner 2002)

Sie sind schwierig. Sie machen Probleme. Von Behandlung wollen sie meist nichts wissen. Therapeuten, die mit ihnen zu tun haben, sind häufig rat- und hilflos. Oft genug scheitern ihre therapeutischen Bemühungen. In psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen sind sie unerwünscht; für ihre spezifischen Belange ist hier selten Platz.

Für Jugendliche in der Zeit des Übergangs zwischen Kindheit und Erwachsenenalter fühlen sich weder die Erwachsenenpsychiater und -psychotherapeuten noch die Kinderpsychiater und -psychotherapeuten zuständig. Die Adoleszenz ist ein Stiefkind – in der Psychiatrie ebenso wie in der Psychoanalyse. Anna

Freuds Eindruck, »dass die psychoanalytische Pubertätslehre immer noch Stückwerk ist, unzulänglich, unbefriedigend, besonders im Vergleich zu viel tief greifenderen Erkenntnissen über die ersten Kinderjahre« (A. Freud 1980, S. 319), trifft auch heute noch zu. Das wiegt umso schwerer, als die Adoleszenz eine Zeit der Weichenstellung für das weitere Leben ist, eine zweite Chance in dem Sinne, dass frühe und anhaltend ungünstige Entwicklungsbedingungen relativiert und überwunden werden können. Frühe Beziehungserfahrungen werden reaktiviert und überarbeitet. Jugendliche, die Traumatisierungen in ihrer frühen Entwicklung erfahren haben, Jugendliche mit anhaltend ungünstigen Entwicklungsbedingungen oder Jugendliche aus sogenannten Risikogruppen sind in der Adoleszenz besonderen Belastungen ausgesetzt: Sie sind gefährdet, infolge ihrer frühen und oft noch weiterhin traumatischen Beziehungserfahrungen in Re- und Neutraumatisierungen zu geraten mit nachteiligen Folgen für ihre weitere Entwicklung. Das geschieht mitunter mit erschreckender Zwangsläufigkeit. Sich selbst überlassen greifen sie zu adoleszenztypischen Selbsthilfemaßnahmen, die oft mit Drogen, Alkohol, Gewalt oder mit selbstverletzendem Verhalten verbunden sind. Dass es sich dabei um Notstandsmaßnahmen handelt und diese Jugendlichen Hilfe brauchen, wird häufig übersehen. Finden sie mit ihren psychischen und sozialen Belastungen nicht frühzeitig professionelle Unterstützung, drohen ihre Entwicklungen kostenaufwendige psychiatrische Langzeiterkrankungen nach sich zu ziehen, chronische medizinische Probleme, Drogen- und Substanzmittelmissbrauch, Lernprobleme, lang-

fristige Berufsunfähigkeit oder Kriminalität. Sie sind sozialen und gesundheitlichen Problemen ausgesetzt, z.B. dem deutlich höheren Risiko einer HIV-Infektion. Ihr Leben wird traumatisiert und traumatisierend. Darunter leiden nicht nur sie selbst, sondern auch andere in ihrer näheren Umgebung. Ihr impulsives Verhalten, ihre selbstdestruktiven Selbsthilfemaßnahmen, ihre Gewaltbereitschaft gegen andere und ihre Lern- und Arbeitsprobleme verhindern eine soziale und berufliche Integration. Bei früh einsetzenden Interventionen könnten einige dieser gravierenden Entwicklungsstörungen verhindert bzw. überwunden werden. Darauf haben zuletzt McGorry et al. (2007) aufmerksam gemacht. In Australien wurden an verschiedenen Orten Jugendhäuser (vgl. headspace: www.mja.com.au) als Angebote der frühen Prävention und Intervention errichtet, um Jugendliche frühzeitig zu erreichen – mit gutem Erfolg.

Fallbeispiele

Der 16-jährige N. hat seit dem 13. Lebensjahr Haschisch konsumiert. Mit 16 Jahren gerät er unter Haschisch- und Alkoholeinfluss in einen Ausnahmezustand und versucht, seine 12-jährige Schwester sexuell zu belästigen. Danach trinkt er nur noch mehr Alkohol, bleibt der Schule fern und begeht erste kriminelle Handlungen. Er verhält sich in einer Weise, als wolle er sich körperlich und sozial ruinieren.

Die 15-jährige D. leidet seit einem Jahr an Mager sucht. Ihrem Tagebuch hat sie anvertraut, dass sie eine Frau liebt. Ihre Mutter, die hinter ihr herspionierte, hat dies aufgedeckt und sie dafür massiv attackiert. Würde man D. sich selbst überlassen, würde sie mit ihrem Gewicht und ihrem Leben allmählich entschwinden.

Die 18-jährige G. schneidet sich tief in die Arme. Sie will ihr Blut fließen sehen und fühlt sich dann gut. Eine Vase in ihrem Zimmer ist mit Glasscherben ge-

füllt, die sie runterschlucken möchte. Sie bringt ihre Umwelt dazu, sie zu überwachen, damit sie sich nicht in selbstzerstörerischer Weise verletzt.

Der 14-jährige H. liebt Horrorvideos und fantasiert sich selbst in eine Welt des Grauens. Er umgibt sich mit Musik voll von blutrünstigen Texten und kleidet sich wie ein Unterweltmensch.

1.1 Trauma und Entwicklung

Frühe traumatische Belastungen wie Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch führen nicht unbedingt zu einem umschriebenen Störungsbild, ziehen aber spezifische und meist schwerwiegende Folgeerscheinungen nach sich (Gilbert et al. 2009). Unter den Aspekten der Objektbeziehung stellen sich die Störungen als Folge chronisch gestörter Beziehungserfahrungen dar. Erst dann, wenn auf den Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zentriert wird, werden die körperlichen, affektiven, neurobiologischen und gehandelten Konkretisierungen der vergangenen Traumata und die damit verbundenen Beziehungserfahrungen erkennbar. In der Therapie erschließt sich die Problematik nicht primär aufgrund von Gegenübertragungsreaktionen, sie wird nicht rekonstruiert. Die Problematik lässt sich auch nicht anhand eines Mangels an Ich-strukturellen Fähigkeiten erkennen. Sie dokumentiert sich vielmehr in beobachtbarem Verhalten und in umschriebenen Verhaltensweisen, impliziten bewussten Ausdrucksformen, die Aufschluss über die Realität vergangener und immer wieder aktualisierter Erfahrungen und Ereignisse geben.

Traumatische Belastungen zerstören normale psychische, körperliche und physiologische Reaktionen. Sie zerstören Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft ebenso wie bis

dahin entwickelte Fähigkeiten. Traumata sind außerhalb von Zeit platziert, in ungünstigen Fällen setzen sie sich in der Gegenwart fort. Sie vermischen sich mit Fantasie und verändern die Art wie Erfahrungen gemacht werden.

Ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, bei dem die Fähigkeit einer Person, ein minimales Gefühl von Sicherheit und Integration zu entwickeln, zerstört wird oder verloren geht und das überwältigende Angst und Hilflosigkeit zur Folge hat. Wird einem Kind ein Trauma durch eine nahe stehende Bezugsperson zugefügt, ist es ein »man made desaster«. Dann gibt es im Umfeld des Kindes meist keine stützenden und hilfreichen Beziehungen, auf die es zurückgreifen könnte. In welchem Ausmaß ein traumatisches Ereignis die weitere Entwicklung bestimmt, hängt auch von den jeweiligen Bedingungen des Kindes und Jugendlichen ab, seinem Entwicklungsstand, den bisherigen Entwicklungsbedingungen, der Konstitution, den Ressourcen und der Verfügbarkeit einer Vertrauensperson und sozialen Umwelt (► Abb. 1-1).

Ein Säugling kann durch ganz andere Ereignisse traumatisiert werden als ein Erwachsener (Bürgin 1998). Vernachlässigung und Missachtung von Bedürfnissen im frühen Lebensalter werden zu Misshandlungen und können sich als traumatische Belastung auswirken. Es sind überwältigende Erfahrungen, die neuropsychobiologische Spuren in der Persönlichkeitsentwicklung hinterlassen (Hildyard u. Wolfe 2002; Pynoos et al. 1999; Riedesser et al. 1998, 2008). Deshalb ist es sinnvoll, beides im Blick zu haben, die traumatischen Belastungen in der frühen Entwicklung, die Beziehungstraumata in der Entwicklung mit ihren spezifischen Folgeerscheinungen und die chronisch pathologischen Entwicklungsbedingungen: Das ist insbesondere in der Adoleszenz von Bedeutung, weil es hier nicht nur zu einer Reaktivierung infantiler Konflikte kommt, sondern traumatische Belastungen der Kindheit in dieser Entwicklungsphase handelnd in Szene gesetzt werden und deshalb die Gefahr groß ist, dass sie nicht nur subjektiv wieder erlebt, sondern real wiederhergestellt werden.

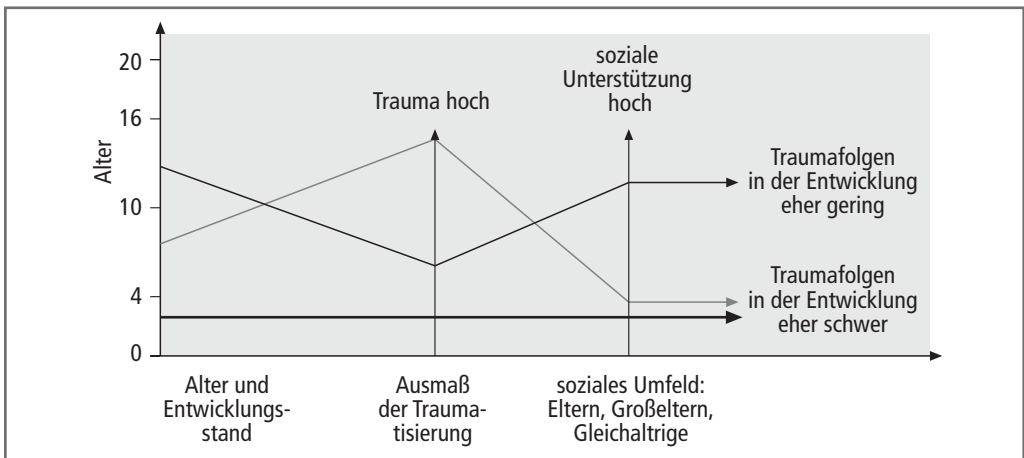


Abb. 1-1 Tendenzielle Folgen eines Traumas in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung, dem Alter und Entwicklungsstand: Eine starke soziale Unterstützung bei bekannter (akuter) Traumatisierung hält die Folgen eher gering. Geringe soziale Unterstützung und scheinbar geringe Traumatisierung (z. B. Vernachlässigung) im frühen Alter führen zu schweren Folgen in der Entwicklung.

Deshalb können frühe traumatische Belastungen in ihrer Bedeutung für die Entwicklung nicht hoch genug eingeschätzt werden:

Die Realität traumatischer Erfahrungen in der Entwicklung anzuerkennen ist nicht nur aus therapeutischen Gründen wichtig, sondern auch deshalb, weil diese Realität in nicht-sprachlichen Handlungen, in Verkörperungen, Rückblenden und anderen Konkretionen überdauernd präsent ist. Traumatische Überwältigungen mit ihren Reinszenierungen müssen nicht nur als vergangenes Ereignis anerkannt, sondern auch im Hier und Jetzt gesehen werden. Das geschieht dann nicht, wenn Mitteilungen über innere Zustände und deren Wahrnehmung oder die klinisch sich manifestierende Struktur des Jugendlichen im Mittelpunkt diagnostischer und therapeutischer Aufmerksamkeit stehen. Fürstenau (1977) hat in einer viel beachteten Arbeit auf die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs in Diagnostik und Therapie von strukturell Ich-gestörten Patienten hingewiesen: Die erste Dimension orientiert sich am Übertragungskonzept, die zweite am klinischen Gesamtbild und der Integration von Einzelwahrnehmungen. Sie ist auf das Strukturniveau des Patienten ausgerichtet. Im Hinblick auf traumatisierte Jugendliche muss auf eine weitere **Dimension** hingewiesen werden, die sich an konkretisierten und nicht symbolisch organisierten Mitteilungen orientiert. Sie fokussiert auf die szenische Information, die weniger das unbewusste Beziehungsfeld zwischen Patient und Therapeut (Argelander 1970) beleuchtet, sondern die **Aktualisierungen im Verhalten**. Darum verläuft der Verstehensprozess hier weniger im Innen und auch nicht nur im Außen, sondern an der Grenze zwischen innen und außen.

- Traumatische Belastungen in der Entwicklung treffen die Person in ihrer Ganzheit und schlagen sich in biologischen, sensorischen und affektiv-kognitiven Be-

reichen nieder. Es kommt zu spezifischen persistierenden, biologisch verankerten Reaktionen, die sich sowohl körperlich als auch im Handeln zeigen und die weitere Entwicklung bestimmen und beeinträchtigen.

- Traumatischen Belastungen wohnt eine Tendenz zur Wiederherstellung und Reinszenierung inne, die sich nicht nur in besonders intensiven Beziehungen und Verschiebungen in der Realität und Fantasie niederschlagen, sondern komplexe Folgen in der Informationsaufnahme und -verarbeitung zur Folge haben (z. B. Arata 2000; Cuevas et al. 2011; Noli 2005).

Fallbeispiel

Auszüge aus einem Behandlungsantrag einer 17-Jährigen mit schweren Ängsten lassen erkennen, was es für das Verständnis und den therapeutischen Umgang mit Patienten bedeuten kann, wenn diese dritte Dimension nicht beachtet wird: Da ist von Angstbereitschaften in der Großelterngeneration die Rede, von einer Mutter, die ebenfalls eine Angstproblematik hatte. Es gab Trennungen und Verluste, die spezifische Lösungs- und Individuationsproblematik der Adoleszenz wird geschildert. Der Tatsache jedoch, dass die Jugendliche im Alter von drei Jahren eine Schieloperation hatte, während derer sie erwachte und in einem hilflos ausgelieferten Zustand die Manipulationen an ihrem Körper erfuhr und danach Panikreaktionen entwickelte, wurde kaum Beachtung geschenkt. Es stellte sich heraus, dass die Jugendliche seit diesem Ereignis massive panikartige Ängste hatte, die niemals verstanden, sondern bis dahin immer nur bekämpft wurden. Zweifellos gab es in der Familie einige Probleme im Umgang mit Angst, aber erst mit dem traumatischen Ereignis wurde das Kind in die familiären angstneurotischen Muster hinein sozialisiert. Wäre die posttraumatische Belastungsstörung frühzeitig erkannt worden, hätte die Problematik kurzfristig behandelt werden können. Solche Ablendungen traumatischer Er-

eignisse sind häufig. Wird ihre Bedeutung nicht reflektiert und dem Kind oder Jugendlichen nicht widergespiegelt, verbleiben sie in der Bedeutungslosigkeit, die der Traumatisierte von sich aus – als Seelenblinder – nicht überwinden kann.

1.2 Adoleszenz und Trauma

Wie verläuft Adoleszenz heute? Beinahe täglich werden in den Medien beunruhigende und erschreckende Geschichten von Jugendlichen veröffentlicht, die Gewalt und kriminelle Handlungen ausüben, gemeinsam von einer Brücke in den Tod springen oder verhungern. Da wird von Modetrends berichtet, von ganzen Schulklassen von Mädchen, die sich mit Glasscherben die Haut aufschneiden, oder von Jungen, deren Selbstfindung immer häufiger in die Psychiatrie führt (z. B. »Die Zeit« vom 08.08.2002, S. 9). Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass der Jugend Vorbilder, Perspektiven und Grenzen fehlen. Nie sei Erwachsenen werden komplizierter gewesen als heute.

Demgegenüber kommt die 15. Shell-Jugendstudie (Shell Deutschland 2006) zu ganz anderen Ergebnissen. Danach blickt die Jugend optimistisch in ihre persönliche Zukunft. Sie orientiert sich an konkreten und praktischen Problemen und zeigt ein erhöhtes Maß an persönlicher Leistungsbereitschaft.

Auch Psychotherapeuten und Jugendforscher entwerfen unterschiedliche Bilder der Adoleszenz. Die einen sehen die Adoleszenz als eine Zeit der Krise, des Sturms und Drangs, der Verunsicherung und Labilisierung, die anderen heben die Fähigkeiten des Jugendlichen und seine Bewältigungsstrategien im Umgang mit Veränderungen hervor (Olbrich u. Todt 1984). Diese unterschiedlichen Sichtweisen spiegeln nicht nur die Vielfalt der Bilder, die Jugendliche bieten, wider – zwischen Schock, Schöpfung

und Anpassung. Sie verdeutlichen auch, dass die Untersuchungsmethoden jeweils eine andere Seite des Jugendlichen erfassen. Die akademische Psychologie bekommt mit ihren Fragebögen vor allem Zugang zu den kognitiven Strategien bzw. den Coping-Strategien, die in dieser Lebensphase deutlich weiterentwickelt werden (vgl. auch Shell Deutschland 2006). Demgegenüber beschäftigen sich die Psychotherapeuten mit den emotionalen Bedingungen der Adoleszenz, die – wie an neurobiologischen Studien noch aufgezeigt werden soll – mit Turbulenzen einhergeht (Streck-Fischer 2009).

Da gibt es Jugendliche, die diese Zeitspanne scheinbar ohne jegliche Beunruhigung durchleben. Andere zeigen auf einmal besondere Fähigkeiten und Begabungen. Und wieder andere werden plötzlich schwierig, orientieren sich an den schrillen Erscheinungen der Jugendkultur, steigen gegebenenfalls aus bisherigen sozialen Bezügen aus und werden im extremen Fall zu Grenzgängern oder Aussteigern der Gesellschaft.

Psychoanalytiker und Psychotherapeuten haben sich dieser Lebensphase, die spezifische Verstehenszugänge und therapeutische Techniken erfordert, erst relativ spät zugewendet. Dies ist insofern erstaunlich, als Freud (1905) am Beginn seiner psychoanalytischen Tätigkeit mit Jugendlichen (z. B. Dora, 18 Jahre alt) gearbeitet hat. Es fehlten jedoch Konzepte zum Umgang mit dieser Entwicklungsphase und ihren Besonderheiten ebenso wie therapeutisch-technische Strategien. Ab Ende der 50er Jahre verhalfen wichtige Beiträge von A. Freud (1980a), Bloß (1973), Erikson (1976) und Eissler (1966) der Psychotherapie Jugendlicher zu einem Durchbruch. Probleme, die sich aus dem adoleszenten Umstrukturierungsprozess und den damit verbundenen Labilisierungen ergeben, konnten nun in der Psychotherapie berücksichtigt werden.

In diesen psychoanalytischen Beschreibungen fällt auf, dass eine klare Grenze zwischen

krisenhaften und pathologischen Verläufen dieser Altersspanne oftmals nicht gezogen wurde. Dabei wurde das Bild eines Jugendlichen gezeichnet, der durch den andrängenden Triebdruck und die wieder belebten infantilen Konflikte beunruhigt ist, stimmungslabil, aufgewühlt und zumeist befangen in heftigen Auseinandersetzungen mit den Eltern. Psychotische Schübe oder schwere Verhaltensstörungen wurden als »adolescent breakdown« gekennzeichnet, um diagnostische Festlegungen zu vermeiden (z. B. Laufer u. Laufer 1989; Nicolo 2003). Damit wird einerseits den Entwicklungspotenzialen dieser Zeitspanne Rechnung getragen und vermieden, den Jugendlichen zu stigmatisieren, beispielsweise mit der vorzeitigen Diagnose einer Psychose. Andererseits ist die Vorstellung, eine Adoleszenzkrise könne mit schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung einhergehen, nach heutigen Erkenntnissen obsolet. So gehen etwa Fonagy et al. (2004) und andere davon aus, dass ein adolescentärer Zusammenbruch das Resultat früher Entwicklungsstörungen bei einer mangelhaften Konsolidierung der Symbolisierungsfähigkeit ist. Um allerdings zwischen Borderline-Verhalten und Borderline-Störung bzw. einer Adoleszenzkrise oder einem Zusammenbruch in der Adoleszenz unterscheiden zu können, bedarf es einer sorgfältigen Diagnostik (Streeck-Fischer 2013a).

Die Adoleszenzkrise ist von spezifischen Merkmalen bestimmt: Dabei spielen der Zeitfaktor, der jeweilige (adoleszenzspezifische) Auslöser für das krisenhafte Geschehen, der den Jugendlichen daran hindert, die Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, und der Tatbestand, dass keine schwere psychische Dekompensation bzw. Psychopathologie vorliegt, eine Rolle (Streeck-Fischer et al. 2009). Grundsätzlich ist die Trennschärfe zwischen Noch-Normalität und Pathologie in der Adoleszenz partiell aufgehoben. Umso wichtiger ist es, hier genau zu prüfen und zwischen Krisen und

psychischen Störungen zu unterscheiden. Die dimensionalen F9-Diagnosen der ICD-10 sind nicht dazu geeignet, insbesondere nicht, um psychodynamische Therapiekonzepte für Jugendliche zu entwerfen.

Die Adoleszenz beginnt mit der körperlichen Reifung im Rahmen der Pubertät und endet in der Regel im Alter von 20 Jahren. Der Jugendliche hat in dieser Zeitspanne verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die durch die psychobiologischen Reifungsprozesse am Beginn der Adoleszenz eingeleitet werden und mit Persönlichkeitsumstrukturierungen sowie neuen Entwicklungen einhergehen.

Krisenhafte Verläufe in der Adoleszenz stehen meist am Ende einer Entwicklung, in deren Verlauf die Verständigkeit mit anderen immer wieder gescheitert ist.

Misslungene Dialoge in der frühen Entwicklung zwischen Mutter und Kind (Stern 1985/1996), Erfahrungen als Objekt ge- und missbraucht worden zu sein, traumatische Überwältigungen und Angriffe gegen die eigene physische Existenz haben sich in die Körperlichkeit ebenso wie in die emotionale und kognitive Erfahrungswelt eingegraben. Solche frühen Prägungen führen zu anhaltenden psychosozialen Problemen in Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, die in der Adoleszenz u. a. in selbst- und fremddestruktive Bewältigungsmuster und Drogenkonsum münden können. Wir erkennen solche Prägungen im Handeln der Jugendlichen. Wir sehen darin Botschaften, die nicht sprachlich kommuniziert werden. Jugendliche Amokläufer (z. B. Robert Steinhäuser in Erfurt) sind besonders krasse Beispiele für lange unerhörte Botschaften und misslungene Dialoge.

Mit ihrer Tendenz, traumatische Szenarien aktiv wiederherzustellen oder aktiv aufzusuchen, fügen sich diese Jugendlichen schwere Selbstverletzungen zu, werden Opfer von weiteren Misshandlungen und Missbrauch oder verletzen andere brutal. Mit ihren Reinszenie-

rungen vergangener traumatischer Erfahrungen verstricken sie sich immer tiefer in ihre traumatische Situation. Sie sind nicht in der Lage, die Adoleszenz, die als eine Zeit zwischen Wiederholung und Neuschöpfung einen entwicklungsförderlichen Einfluss haben könnte, als zweite Chance für sich zu nutzen.

In der Diagnostik bleibt oft unklar, ob und wie weitgehend die aktuelle Problematik eine Folge der Traumaverarbeitung ist. Posttraumatische Störungen können u. a. in hysterieformem Agieren, dissoziierten Zuständen und dissozialem Verhalten zum Ausdruck kommen. Sie werden in Fantasien erkennbar, die sich als Verzerrungen einer faktischen Realität herausstellen, oder zeigen sich in seelischen Erstarrungen. Die Botschaften, mit denen diese Patienten auf sich und ihre traumatischen Erfahrungen aufmerksam machen, bleiben dann unerhört und unverstanden, wenn die Sprache des Traumas und seiner Verarbeitung nicht verstanden wird.

Traumatische Erfahrungen gehen mit Seelenblindheit (Shengold 1995) einher. Statt ihre Erfahrungen mitzuteilen, drücken sich die Jugendlichen handelnd aus – weibliche Jugendliche eher in Opfer-, männliche Jugendliche eher in Täterpositionen. Ihre Botschaften erscheinen als wieder inszenierte oder konkretisierte Vergegenwärtigungen vergangener traumatischer Erfahrungen, die mitunter erst wie Puzzleteile zusammengefügt werden müssen, um einen Sinn zu ergeben. Betroffene Jugendliche können ihre psychische Blindheit nur überwinden, wenn sie eine Person finden, die mit ihnen diese verschiedenen Teile erkennt und zusammenfügt.

In der Psychotherapie ist es eine Aufgabe und Herausforderung, zusammen mit den Patienten den tieferen Sinn ihrer Botschaft aufzudecken.

Wie schwerwiegend die Folgen traumatischer Erfahrungen für die Entwicklung sein können, wie weitreichend sie sich auf die Fä-

higkeit zu denken und zu fühlen und auf die körperliche Integrität auswirken und welche Mittel und Wege diese Menschen suchen, um ihre Traumata zu bewältigen, wurde lange unterschätzt und verkannt.

Die Diagnostik und Therapie von Jugendlichen, die Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung erfahren haben, verbindet sich mit vielen Fragen und Problemen.

Gibt es spezifische Folgen solcher frühen Entwicklungsbedingungen? Wie sind die Störungen der Selbst-, Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation zu erklären? Wie sind dissoziative Phänomene in der Entwicklung zu verstehen? Wie wirken sich frühe Traumatisierungen in der Adoleszenz aus? Wieso geraten wir mit traumatisierten Jugendlichen in Szenarien, in denen wir zu Mitspielern traumatischer Wiederholungen von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung werden? Wie sind die Zusammenhänge zwischen Mentalisierungsstörungen, Handeln und Selbstreflexion zu sehen?

Was bedeuten Traumatisierungen für die Stressregulation, die Aktivierung bzw. Ausblendung von bestimmten Hirnarealen mit ihren Verschaltungen und die Gedächtnisentwicklung?

1.3 Probleme der Diagnostik – Probleme der Behandlung

Fallbeispiele

Vor einigen Jahren begegnete ich in Tiefenbrunn einer 16-jährigen Jugendlichen – ich nenne sie Claudia. Claudia war eine ausgesprochen nette, sympathische, zur Therapie sehr motivierte und bemühte Jugendliche. Sie hatte eine schreckliche Kindheit und Jugend hinter sich. Sie war über Jahre hinweg von ihrem Stiefvater sexuell missbraucht

Fallbeispiele

worden. Begonnen hatte dieser Missbrauch im Alter von acht Jahren und setzte sich bis ins 15. Lebensjahr fort. Wir glaubten damals, sie zu verstehen und behandeln zu können. Wir wussten um den Missbrauch und erkannten, dass das, was sie mit uns zusammen in Interaktionen herstellte, Folgen dieses Missbrauchs war. Allabendlich, wenn die Therapeuten die Klinik verließen, geriet sie in tranceartige Zustände, in denen sie nicht in der Lage war, sich auf Absprachen und Vereinbarungen einzulassen, in denen sie vielmehr drohte, sich mit Scherben und Rasierklingen massiv selbst zu verletzen bzw. durch Sturz aus dem Fenster umzubringen. Wir erkannten, wie wir in immer drastischere Überwältigungs-/Vergewaltigungsszenarien verstrickt wurden, die zur Folge hatten, dass wir sie auf die geschlossene Station des nahe liegenden Landeskrankenhauses überweisen mussten, und wir fanden keinen Weg aus diesem Dilemma. Es erschien uns unverständlich, wieso wir am Tage nicht an den am Abend auftauchenden Problemen arbeiten konnten. Wir glaubten damals, sie provozieren zu müssen, indem wir sie durch Ansprache aus den Zuständen der Bravheit und des Angepasst-Seins herauszuholen versuchten. Sie schrieb damals einen Brief (Streeck-Fischer 1998, S. 7):

»Liebe Frau Streeck, leider kann ich es mir nicht aussuchen, auf die Welt zu kommen. Wenn es nach mir ginge, wäre das nie passiert, aber ich versuche, daran zu arbeiten, vielleicht kann man ja noch etwas ändern, aber wenn man so tief unten sitzt und kein »Häkchen« zum Festhalten findet, dann rutscht man immer weiter. Wir streiten uns so doll im Moment, dass ich damit auch nicht klarkomme. Haben Sie mal jemand anderen im Körper und streiten sich nur, dann könnten Sie mich wenigsten verstehen. Ich traue mich ja noch nicht mal, in den Spiegel zu gucken, wenn ich jedes Mal denke, da starrt mich eine Fremde an. Am liebsten würde ich nur noch schlafen und nichts mehr denken, und dann halte ich mir meine Ziele vor Augen ... mich mit meinem zweiten Ich vertragen, aufhören, mich zu verstümmeln, lernen, mit fremden Menschen umzugehen, ohne gleich zu denken, die wollen nur Böses von

mir, einfach nur ein wenig leben und alles von früher vergessen. Ich habe immer so viele Gedanken auf einmal im Kopf, von früher und heute, aber irgendwie kann ich damit nicht umgehen, dass es alles Vergangenheit und auch vorbei ist.

Viele liebe Grüße
Claudia«

Wir haben mit Claudia um ihre Behandlung und darum, sie zu verstehen, gerungen, sind jedoch gescheitert. Am Ende musste sie in die geschlossene Psychiatrie verlegt werden. Soweit ich von ihr später noch hörte, ist sie dort geblieben und setzt die Selbsterstörungen mit Schneiden, Selbstverbrennungen und anderen schweren Attacken gegen sich selbst fort.

Sie macht in ihrem Brief auf verschiedene Probleme aufmerksam, die für Folgen traumatischer Belastungen von zentraler Bedeutung sind: den Selbsthass, ein zweites Ich, das mit Entfremdungsgefühlen einhergeht, projektive Verkennungen von anderen Menschen, mangelnde Grenzziehung zwischen ihren inneren Vorstellungen und der Realität, Störungen im Zeiterleben und ihre Unfähigkeit, zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu trennen u. a.

Fallbeispiele

Ein anderes Beispiel: Vor vielen Jahren machte uns ein 16-jähriger, rechtsextremer Skinhead, zu schaffen – ich nenne ihn Sebastian. Er hat uns mit einem Szenario von Endzeitstimmung und Gewalt konfrontiert, wie es gelegentlich im Umgang mit solchen Jugendlichen im sozialtherapeutischen Rahmen beschrieben wird. Er hat Anlass gegeben, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Gewaltspiralen in Gang kommen, die in Gewalthandlungen oder Abbruch von Beziehungen und von Therapie münden. Sebastian lag viel an seiner Therapie. Er brachte andere dazu, sich für ihn einzusetzen und gleichzeitig auszublenden, welches destruktive Po-

tenzial von ihm ausging. Er übertrat Regeln, missachtete Verbote, zerstörte Einrichtungsgegenstände und legte Brände, sodass er schließlich doch entlassen werden musste. Die Begegnung mit der immer wieder erfahrenen sozialen Ausgrenzung veranlasste ihn dazu, Jugendliche der Station zu einer »Bambule« zu verführen. Wir erkannten damals nicht, wie zwangsläufig und durchschlagend Erfahrungen von Gewalt in einem militanten Milieu im Leben sein können. Wir machten uns nicht klar, was es bedeutet, Gewalt und Misshandlungen in menschenverachtender Form erfahren zu haben. Wir wussten nicht, dass solche Erfahrungen die Tendenz haben, sich wiederherzustellen.

Ein anderer Fall: Der 16-jährige Jugendliche, ich nenne ihn David, kam wegen massiver aggressiver Durchbrüche gegenüber seiner Mutter und Zerstörung von Einrichtungsgegenständen zu uns. Er war ein blasser, schwächlicher Jugendlicher, der sehr bemüht war, sein Leben in den Griff zu bekommen. Nach einer ausführlichen Untersuchung beeindruckten uns insbesondere seine multiplen Einschränkungen in seiner Wahrnehmung und im Erfassen von Umwelt. Er malte im »Mann-Zeichen-Test« eine Zeichnung, die zu einem Sechsjährigen passte (► Abb. 1-2). Nachdem wir diese Einschränkungen festgestellt hatten, war für uns die Problematik klar. David bekam damals vor einem Jahr die Diagnose einer minimalen zerebralen Dysfunktion – heute würde man vermutlich eine Aufmerksamkeitsstörung diagnostizieren. Diese Störung hinderte ihn daran, im Leben besser zurechtzukommen. Der Tatsache, dass sein Vater Alkoholiker war, zu massiven Gewalthandlungen neigte und starb als David 6 Jahre alt war, maßen wir ebenso keine entscheidende Rolle zu, wie der Vernachlässigung durch seine Mutter in frühen Jahren, die hauptsächlich bestrebt war, eine aufwendige akademische Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, aber ihr Kind in vieler Hinsicht nicht sah, stützte und förderte. Vernachlässigung und Misshandlung und deren Folgen für die Entwicklung eines Kindes wurden von uns damals ausgeblendet. Die Vernachlässigung seiner inneren Situation wurde von

uns gleichsam fortgeführt – legitimiert durch bestimmte, in diesem Fall psychiatrische, Verstehensmodelle.

Es gäbe noch weitere Beispiele anzuführen, die zeigen, dass bestimmte psychoanalytische oder auch psychiatrische Auffassungen uns verleiten, die Probleme solcher Kinder und Jugendlichen nur partiell wahrzunehmen und zu erkennen. Zwar schreibt Freud (1950), dass die Hinwendung auf einen besonderen Aspekt von Betrachtung immer auch mit einer gleichzeitigen Abblendung von anderen Bereichen einhergeht, andererseits werden Verstehensmodelle oftmals mit Wahrheiten und Zugehörigkeiten verknüpft, statt sich um eine umfassende Sicht zu bemühen.

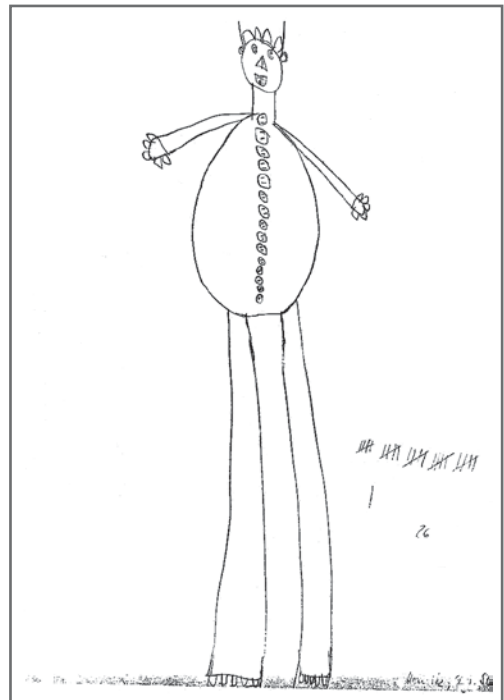


Abb. 1-2 Mann-Zeichen-Test eines 16-jährigen Patienten.

Als ich vor vielen Jahren in der Psychiatrie arbeitete und Anamnesen vorstellte, fragte einer meiner Lehrer, Dr. Bönisch, immer wieder: »Und wie war das genau, und was war wirklich?« Er machte mich auf eine Tendenz aufmerksam, an die Stelle der Realität von Geschehnissen psychoanalytische Konstruktionen und Denkfiguren zu setzen. Es schien wichtiger, sich in theoretischen Denkgebäuden zu bewegen und – wie damals üblich – von archaischen Über-Ich-Vorläufern, gespaltenen Selbstobjekten oder Realitätsprüfungsstörungen zu sprechen, als genauer zu betrachten, wie die Beziehungsgestaltungen tatsächlich waren, was wirklich passiert war. Diese Tendenz ist auch heute noch verbreitet, möglicherweise weil solche vorgegebenen Abstraktionen gewichtiger erscheinen als das rein Faktische.

Schwaber meint, dass die Neigung, Daten auszuklammern, die nicht ins Bild passen, un-

abhängig davon ist, welche psychoanalytischen Theorien verwendet werden: »Wir versuchen, den Patienten dazu zu verhelfen, das zu sehen, was wir bereits zu wissen glauben, ohne uns dem ganz zu stellen, was wir mit diesem ›Wir-wissen-schon‹ meinen« (Schwaber 2000, S. 3). Es sei eine rigorose und oft konfrontative Arbeit, den Fokus, der auf der Realität des Patienten liegt und sich von der des Analytikers unterscheidet, beizubehalten.

Bleiben wir offen, dann stellen sich viele Fragen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die traumatisierende Bedingungen in ihrer Entwicklung aufweisen. Es soll hier um Jugendliche gehen, wenngleich die Kindheit nicht ausgespart werden kann. Als Kinder waren sie zum Teil unauffällig und angepasst oder erschienen zum Teil von jeher hochproblematisch. Erst in der Adoleszenz wird jedoch deutlich, wie gravierend ihre Problematik ist.

2 Adoleszenz – verschiedene Perspektiven

2.1	Adam und Eva – eine Adoleszenzgeschichte	12	
2.2	Unscharfe Grenzen zwischen Normalität und Pathologie	14	
2.3	Neurobiologie der Adoleszenz	15	
2.4	Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz	17	
2.4.1	Veränderungen des Körpers	17	
2.4.2	Loslösung von den Eltern	18	
2.4.3	Neue Beziehungen zu Gleichaltrigen	19	
2.4.4	Selbstvertrauen und neue Wertorientierungen	21	
2.4.5	Soziale und berufliche Identität	21	
2.5	Selbst- und Identitätsentwicklung in der Adoleszenz aus psychoanalytischer Sicht	22	
2.5.1	Das Selbst am Ende der Latenz und vor Beginn der Adoleszenz	24	
2.5.2	Von der Einheit zur Differenzierung	25	
2.5.3	Frühadoleszenz	27	
	Die Phase der Abschirmung	27	
	Die Schamkrise und ihre unterschiedlichen Verarbeitungen	29	
			Kanalisationen des zunehmenden Triebdrucks – Grauen, Mutproben und Suchtverhalten
2.5.4	Mittlere Adoleszenz	34	
	Adoleszenz und Narzissmus	34	
	Die narzisstische Durchgangsphase	35	
	Phase der Verwendung narzisstischer Selbstkonfigurationen	38	
	Bedeutung von Tagtraum-, Rettungs- und Größenfantasien – Spielräume der Entwicklung	42	
2.5.5	Spätadoleszenz	45	
	Die Phase der Entwicklung zunehmend realistischer Selbst- und Objektbilder	45	
2.5.6	Die Reinszenierung infantiler Konflikte und ihre Ich-syntone Bewältigung	47	
2.5.7	Männlich – weiblich: geschlechtsspezifische Zuordnungen	50	
2.5.8	Bedeutung der Gleichaltrigen-gruppe in der Adoleszenz	51	
2.6	Emerging Adulthood – eine vernachlässigte Lebensphase?	53	

Dieses Kapitel behandelt die »normalen« Entwicklungsbedingungen der Adoleszenz. Dabei wird auf neuere Befunde aus der Entwicklungspsychologie und der Hirnforschung Bezug genommen. Grundsätzliche und kritische Betrachtungen zu Auswirkungen früher Belastungen für die Adoleszenz spielen in diesem Kapitel keine Rolle. Es soll deutlich gemacht werden, wie die Entwicklung eines Jugendli-

chen im Umgang mit den verschiedenen Adoleszenzaufgaben verläuft. Und es soll gezeigt werden, wie sensibel und anfällig diese Zeitspanne ist.

Die Darstellung der verschiedenen Facetten dieser Zeitspanne bildet gleichsam eine Bühne oder auch einen Bezugsrahmen. Dieser Rahmen mag als Differenzierungshilfe zur Unterscheidung von normalen und psychisch

auffälligen Entwicklungen der Adoleszenz dienen. Dabei dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, dass das eine – die Ausdrucksformen des Jugendlichen – zugleich mit dem anderen – der Familie und der Gesellschaft – in Verbindung steht.

2.1 Adam und Eva – eine Adoleszenzgeschichte

Auf den meisten Abbildungen (vgl. L. Cranach der Ä.) erscheinen Adam und Eva als Jugendliche, die sich von der Schlange dazu verführen lassen, von den verbotenen Früchten des Baums der Erkenntnis zu essen: »Und sie waren beide nackt«, heißt es im 3. Kapitel der Genesis, »der Mensch und sein Weib und schämten sich nicht«. Zuerst isst Eva vom Baum der Erkenntnis, auf Geheiß der Schlange, dann reicht sie die Frucht an Adam weiter. »Da wurden ihrer beiden Augen aufgetan, und sie wurden gewahr, dass sie nackt waren und flochten Feigenblätter zusammen und machten sich Schürzen.«

Vieles spricht dafür, »Den Sündenfall« als Ablösung des heranwachsenden Menschen von seinen Eltern zu sehen, als eine Adoleszenzgeschichte. Schon die hebräische Bibel erlaubt diese Lesart. Auch Kant (1784) und Schiller (1790/1960) sind dieser Spur gefolgt. Kant sieht im Sündenfall die erste Vernunft-handlung. Die Übertretung des Verbots, vom Baum der Erkenntnis zu essen, bringt dem Menschen die Freiheit. Diese Freiheit, sich in jedweder Situation frei entscheiden zu können, bildet die Grundlage von Gut und Böse. Die Ursünde wird wie eine **Jugendsünde** verstanden; Jugendlichen werden Übertretungen, das heißt Risikoverhalten, als entschuldbar zugestanden. Sie handeln aus Übermut, sind für ihr Tun noch nicht verantwortlich und müs-

sen sich aus der elterlichen Fürsorge und Bevormundung erst noch emanzipieren (Krüger 1979).

Unter dem Blickwinkel der **sexuellen Entwicklung** in der Adoleszenz deutet der Sündenfall an, dass der Jugendliche damit in den Besitz der ursprünglich nur Göttern – besser: Erwachsenen – vorbehaltenen Sexualität gelangt. In späteren Bibelversionen wurde der sexuelle Aspekt auf die Entdeckung von Nacktheit und Scham reduziert, eine Thematik, die auch im Jugendalter eine zentrale Bedeutung hat. Beschämungsängste haben eine wichtige, das Selbst konturierende Funktion. In den psychoanalytischen Theorien gilt der **Schamaffekt** als ein Affekt, der durch den Blick des anderen aktiviert wird und Selbstreflexion in Gang setzt. Um Scham zu vermeiden, werden intime Bereiche verborgen gehalten. Dies wird durch kritische Betrachtung von sich selbst und des anderen induziert. Der Ort des geschlechtlichen Unterschieds wird gleichsam zum Angelpunkt der Wahrnehmung von sich selbst und des anderen. Genau dieser neue Blick tritt nach dem Essen von der verbotenen Frucht bei Adam und Eva auf ... und sie flochten sich Feigenblätter ...

Unter **moralischen** Gesichtspunkten bedeutet das Essen der Frucht vom Baum der Erkenntnis die Überschreitung eines Verbotes und konfrontiert mit Handlungsalternativen, wie Kant hervorhebt, mit der Möglichkeit, zwischen Gut und Böse zu wählen. In diesem Zusammenhang wurde auch der Begriff des »Urknalls sittlicher Autonomie« verwendet (Dohmen 1988). Denn von nun an kann nicht mehr ethisch indifferent gehandelt werden. Solange das Verbot eingehalten wird, besteht Übereinkunft mit Gott bzw. der Eltern und der damit verbundene paradiesische Zustand ist gesichert. Sich seiner selbst gewahr zu werden als eine Person, die wählen und Rechtes wie Unrechtes tun kann, konfrontiert

mit einer neuen Wirklichkeit, in der vor allem Jugendliche lernen müssen, für sich selbst einzustehen. Adam und Evas **Übertretung des Verbots** lässt sich als Ausdruck der Risikobereitschaft von Jugendlichen verstehen – zugleich wird der Jugendliche zunehmend strafrechtlich zur Verantwortung gezogen. Wie der Jugendliche diesen Schritt hin zur Eigenverantwortlichkeit in seiner weiteren Entwicklung bewältigt, ist u. a. abhängig von seinen selbstreflexiven Fähigkeiten.

Das Essen der verbotenen Frucht vom Baum der Erkenntnis geht mit **kognitiven Veränderungen** einher, die zum Erwerb von Weisheit und mündiger Lebensführung führen. Die Einverleibung beinhaltet den Wunsch, klug werden zu wollen und damit gottähnlich zu sein. Der erhebliche Zugewinn an kognitiven Fähigkeiten in der Adoleszenz ist uns vertraut: Jedoch besteht ein deutliches Ungleichgewicht zwischen kognitiven Fähigkeiten und affektivem, auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichteten Handeln. Die Fähigkeiten, planvoll und antizipatorisch zu denken und zu handeln, sind erst zum Ende der Adoleszenz vollständig entwickelt und werden oftmals durch die Suche nach schneller Befriedigung relativiert. Der Selbsterkenntnis geht eine Grenzüberschreitung mit einer Verführung zur Sofortbefriedigung – dem Essen der verbotenen Frucht – voraus. Dieser Schritt bedeutet ein **Heraustreten aus dem Wir-Gefühl** mit den elterlichen Objekten (Streeck-Fischer 1992). Beide – die Verführung und der Erkenntnisgewinn – sind unmittelbar miteinander verknüpft. Das Spiel an Grenzen und mit Grenzen, wie dies von Plaut (1979) für die Adoleszenz beschrieben wird, ist oft ein Spiel zwischen Schock und Schöpfung.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist der Sündenfall ein Urgeschehen, das die geistige Entwicklung des Menschen wiederholt. Im

Garten Eden leben Adam und Eva in einem Zustand von Unmündigkeit. Das **Überschreiten der Grenze**, der Verstoß Adam und Evas gegen die Weisungen, führt zu neuen Erkenntnissen mit dem Gewinn von Freiheit, Mündigkeit und Selbstbestimmung, aber eben auch Nachteilen, nämlich dem Verlust des paradisiatischen Zustandes, der mit schmerzlichen Gefühlen von Einsamkeit (Depression) und/oder Angst einhergehen kann.

Aus emanzipatorischer Sicht ist das Essen der Frucht vom Baum der Erkenntnis ein Akt, mit dem aus dem Naturwesen »Mensch« ein **Kulturwesen** wird. Hier erinnern wir uns an Freud (1905/1972), der auf die Zweizeitigkeit der menschlichen Entwicklung hingewiesen hat. Diese Zweizeitigkeit, die in der sexuellen Reifung mit dem Ende der ödipalen Phase, der Latenz und ihrer Reaktivierung in der Adoleszenz begründet ist, ermöglicht Kultur und ist eng mit den schöpferischen Prozessen im Jugendalter verbunden. Die geistige Ontogenese des Menschen wiederholt die Phylogenese oder ist zumindest der Phylogenese nachgezeichnet. Der Weg aus dem Garten Eden geht mit der Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Lebens- und Wirklichkeitsgestaltung einher. Er bezeichnet gleichsam den Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Jeder Mensch wiederholt in seinem Leben den Weg aus dem Garten Eden hinaus in die Welt. Als Kind lebt er im Garten der Unschuld, und wenn er seine Sexualität entdeckt, muss er diesen Garten für immer verlassen.

Der Moment der Grenzüberschreitung, der Moment, in dem der Jugendliche sich selbst und den Anderen sieht und neue Dimensionen des Erkennens und Verstehens auftauchen, wurde in der Forschung lange vernachlässigt. Die Entwicklungsspanne der Adoleszenz ist eine Zeit unscharfer Grenzen zwischen Normalität und Pathologie, eine störanfällige Zeit, die gerade deshalb besonderer Aufmerksam-

keit bedarf. Befunde aus der Hirnforschung, der Epidemiologie, der Entwicklungspsychologie und der Psychoanalyse zur Adoleszenz bestätigen die Instabilität dieser Zeitspanne, die Dysregulationen und die Schwierigkeiten, Gefühle und Verhalten zu steuern und zu kontrollieren.

2.2 Unschärfe Grenzen zwischen Normalität und Pathologie

In einer repräsentativen kanadischen Studie an 669 städtischen Jugendlichen (Korenblum et al. 1990) wurde festgestellt, dass 46% der 13-jährigen, 33% der 16-jährigen und 42% der 18-jährigen Jugendlichen auffällige Persönlichkeitsmerkmale zeigen. Korenblum et al. (1990) gehen davon aus, dass die frühe und späte Adoleszenz mehr noch als die mittlere eine besondere Risikoperiode für Störungen darstellen. Sie stellen weiter fest, dass Jugendliche, die in der frühen und mittleren Adoleszenz als antisozial eingestuft wurden, in der späten Adoleszenz sich mehr dem histrionischen, narzisstischen oder Borderline-Cluster näherten. Andere epidemiologische Studien zeigen, dass die Hälfte der psychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter ihren Beginn um das 14. Lebensjahr herum haben (Kessler et al. 2005), also in der biologischen und sozialen Reifungsphase der Adoleszenz, Befunde, die einmal mehr auf die Bedeutung dieser Übergangsperiode verweisen.

In der Adoleszenz kommt es zu einer erheblichen Zunahme von gravierenden Gesundheitsproblemen (Dahl 2001), die vor allem infolge von Schwierigkeiten in der Verhaltens- und Gefühlsregulation auftreten. Dahl hat ein anschauliches Bild für die

Adoleszenz verwendet: »Starting the engines with an unskilled driver«. Der Vergleich mit einer Maschine oder Lokomotive, die von einem unausgebildeten Fahrer in Bewegung gebracht wird (Dahl 2004), bringt anschaulich die Situation des Jugendlichen zum Ausdruck, der unter Trieb- und Impulsdruck steht und vielleicht einmal zu schnell, dann wieder zu langsam fährt, der Signale übersieht, vielleicht auf Nebengleisen landet u.Ä. Die Morbidität und Mortalität steigt zwischen mittlerer Kindheit und später Adoleszenz um 300% an. Unfälle, Suizide, Tötungen, Depressionen, Alkohol, Substanzmittelmissbrauch, Aggression, Gewalt, HIV-sowie Hepatitis-C-Infektionen, unerwünschte Schwangerschaften, Magersucht und Bulimie nehmen in dieser Zeit erheblich zu. Ein enormes Gesundheitsproblem ist insbesondere der Alkoholmissbrauch in diesem Alter (Dahl 2001).

Einer australischen Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen in der Adoleszenz ist eine deutliche Steigerung zu entnehmen: Während in der Kindheit im Alter von 4–12 Jahren die Prävalenz bei 7–14% liegt, steigt sie im Alter von 13–17 auf 19% an und im Alter von 18–24 auf 27% (McGorry et al. 2007).

Jugendliche haben häufig Schwierigkeiten in der Kontrolle ihres Verhaltens und ihrer Emotionen. Diese Dysregulationen werden oftmals nicht ausreichend gewürdigt (Dahl 2004), stattdessen werden adoleszenzphysiologische Verhaltensweisen pathologisiert. Der Begriff der Adoleszenzkrise, der auf den Übergangscharakter mit seiner Unschärfe zwischen Krise und Pathologie hinweist, erscheint hier gerechtfertigt. Krisenhafte Verläufe ähneln in dieser Zeitspanne Persönlichkeitsstörungen. Dabei ist es oftmals nicht einfach, zu entscheiden, ob das Verhalten Jugendlicher noch der Normalität oder bereits der Psychopathologie zuzurechnen ist. So hat Giovacchini (1978) auf das Borderline-ähnliche Verhalten von Ju-

gendlichen hingewiesen, um diese Phänomene von der Borderline-Persönlichkeitsstörung abzugrenzen. Die deutliche Zunahme von Gewalt und Dissozialität in der Adoleszenz verdeutlicht, dass sich viele Jugendliche in dieser Zeitspanne außerhalb der Grenzen sozialer Normen bewegen – Bedingungen, die sowohl in der Therapie als auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen, etwa im Rechtswesen, berücksichtigt werden müssen.

2.3 Neurobiologie der Adoleszenz

Es ist noch nicht lange her, dass Neurowissenschaften und Entwicklungspsychologie angenommen haben, dass sich die Hirnentwicklung und die Funktionsweisen des Gehirns im Wesentlichen in den ersten fünf bis sechs Lebensjahren etablierten. Längsschnittstudien haben deutlich gemacht, dass es in der Adoleszenz zu einer generellen Reorganisation des Gehirns kommt (Giedd et al. 1999). Der Abbau synaptischer Verbindungen bei gleichzeitiger Zunahme der weißen Substanz und die Veränderungen in den Neurotransmittersystemen verdeutlichen, dass die anatomischen und physiologischen Reifungsprozesse der Adoleszenz umfangreicher sind, als ursprünglich vermutet (Casey et al. 2008; Konrad et al. 2013). Das oftmals risikoreiche Verhalten in der Adoleszenz ist offensichtlich ein Produkt des biologischen Ungleichgewichts zwischen der Suche nach Abwechslung und Sofortbefriedigung sowie unreifen selbstregulatorischen Fähigkeiten.

Die Arbeitsgruppe um Nelson (2005) hat versucht, die Umstrukturierungen des Gehirns in der Adoleszenz mithilfe von Veränderungen in drei verschiedenen neuronalen Netzwerken zu erklären: dem Informationen

prozessierenden System, das sich in der Adoleszenz kaum verändert, jedoch Probleme macht, wenn es bereits in der früheren Entwicklung Störungen in der Informationsaufnahme und -verarbeitung gegeben hat, dem affektiven System, das durch hormonelle Aktivierungen besonders labilisiert ist und mit Dysregulationen einhergeht, und dem kognitiven System, dessen Reifung sich bis zum Ende der Adoleszenz im Alter von 22–23 Jahren fortsetzt (► Abb. 2-1).

Der Adoleszenzprozess ist infolge dieser Umstrukturierungen von dynamischen Instabilitäten gekennzeichnet. Zielgerichtetes Verhalten erfordert die Kontrolle von Impulsen oder den Aufschub zu erwartender Gratifikationen. Auf der Grundlage von fMRT-Studien entwickelten Casey et al. (2008) ein neurobiologisches Modell (► Abb. 2-2). Sie erklären die gesteigerte Antwortbereitschaft für Belohnungen und die Unreife in der Verhaltenskontrolle Jugendlicher mit einer Neigung, schnelle Erfolge statt langfristige Ziele zu suchen. Dies führe zu einer Zunahme von Risikoverhalten. Der unreife ventrale präfrontale Cortex könne noch keine ausreichende Top-down-Kontrolle der Affekte (Amygdala) und der Belohnung versprechenden Regionen (N. accumbens) übernehmen. Damit können die unterschiedlichen Bilder der Adoleszenz plausibel erklärt werden. Psychotherapeuten erleben den Jugendlichen mit seinen Affekten, während die Fragebogen-Untersuchungen der Jugendforscher den Jugendlichen mit seinen ›coolen‹ Kognitionen erreichen.

Die Reifung der HPA-Achse geht mit einer veränderten Antwortbereitschaft auf Stress einher. So zeigen sich andere Stressantworten bei Jugendlichen als bei Erwachsenen. Unter Stress kommt es zu einer Erhöhung der Cortisonkonzentration. Diese hält eine Stunde länger als bei Erwachsenen an, bis die Ausgangssituation wieder erreicht ist. Das ist insofern von Bedeutung, als die Stressachse die puber-