
DR. MED. KURT WOLLBRINK

ADOLESZENZ

Wissen Sie wer Robert Morris ist?

Er ist ein 23-jähriger US-amerikanischer Student, der Anfang November 1988 innerhalb kürzester Zeit fast 50.000 Computer über das amerikanische Computernetz "Arpanet" - den Vorläufer des heutigen Internet - mit einem Computer-Virus lahmlegte. An dieses Computernetz sind Universitäten, private Forschungsfirmen, die Kommandozentrale der US-Marine in San Diego und andere amerikanische Militärdienststellen angeschlossen.

Das Computervirus ist in diesem Fall ein kleines, sich selbst vervielfältigendes und wiederholendes Programm, das durch die öffentlichen Datennetze in die zentralen Rechner eingeschleust wird und dort die ablaufenden Rechengänge stört bzw. verhindert.

Was hat nun Robert Morris mit unserem Thema zu tun?

Sein Vater, der ebenfalls Robert Morris heißt, ist der führende Computerspezialist im Nationalen Zentrum für Informatiksicherheit der USA. Damit ist er für die Abwehr von Angriffen auf US-Computernetze verantwortlich.

Diese Konstellation nun ist das, was Vater und Sohn Robert Morris für unser Thema interessant macht.

Unter dem Aspekt der adoleszenten Entwicklung, um die es in meinem Vortrag geht, ist das, was Robert Morris junior getan hat, nicht nur eine geniale und sehr kostspielige Sabotage- Aktion.

Es kann darüberhinaus auf der Beziehungsebene zwischen ihm und seinem Vater auch verstanden werden als ein typischer adoleszenter Konflikt. Bei diesem hat der Sohn dem Vater die väterliche Überlegenheit streitig gemacht, ihn blamiert und versucht, die eigene Stärke an der des Vaters zu messen und ihn auf seinem Gebiet zu übertreffen.

Und damit sind wir bei Thema: Was ist Adoleszenz?

Remschmidt nennt die Adoleszenz "die psychische Bewältigung der körperlichen und sexuellen Reifung" bzw. "die Anpassung der Persönlichkeit des Heranwachsenden an die Pubertät". So definiert die Pubertät also die körperlichen Reifungsaspekte, Adoleszenz den psychischen Entwicklungsaspekt.

In zeitlicher Hinsicht spielen sich diese Entwicklungsvorgänge etwa zwischen 12 und 25 Jahren ab, wobei die Grenzen sowohl nach unten als auch nach oben sehr unscharf sind.

Sie werden sich wie ich an diese Zeit erinnern als eine Lebensphase, in der man sich unwohl in seiner Haut fühlt, in der man oft nicht weiß, wohin man gehört, wie die Umgebung zu einem steht; eine Zeit, in der vieles zum ersten Mal erlebt wird, in der das Erleben viel intensiver, schmerzhafter, oft auch euphorischer ist; eine

Zeit, in der man sich in der ratlosen Grauzone zwischen Nicht-mehr-Kind-Sein und Noch-nicht-Erwachsen-Sein befindet und immer wieder neu und immer wieder anders versucht, sich selbst zu definieren aus der tiefen Verunsicherung heraus, im Grunde nicht zu wissen, wer man eigentlich ist.

Da der Adoleszente herauswächst aus den engen familiären Gefüge, in dem er sich bisher geborgen gefühlt hat, das er nie in Frage gestellt hat, fragt er nun hier kritischer nach, stellt die elterliche Autorität in Frage, erkennt durch seine eigene Reifung zunehmend die Insuffizienzen und Unfähigkeiten der eigenen Eltern. Aus der festgefühten Orientierung von unten nach oben dieses ehemaligen Kindes wird nun eine Gleich-und-Gleich-Beziehung, die aber fatalerweise auch wieder eine zunehmende Labilisierung und einen Mangel an Orientierungsmöglichkeiten nach sich zieht.

Die Wechselhaftigkeit dieser jungen Menschen verleitet häufig die Personen der näheren Umgebung dazu, sich kopfschüttelnd, manchmal amüsiert, manchmal aggressiv-intolerant über "diese Jugend" zu mokieren, die nun heute so fürchterlich ist wie noch nie vorher; sicher wörtlich Klagen, die es schon seit der Steinzeit gibt, als der erste Jugendliche in Frage stellte, ob der Faustkeil wirklich das Non-Plus-Ultra der Werkzeugherstellung sein kann.

Hier kommt ein anderer wichtiger Gesichtspunkt zum Tragen: Gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen werden sehr oft von Heranwachsenden initiiert, die sich gegen Überkommendes wehren und - mit der der Jugend eigenen Intoleranz - nicht akzeptieren wollen, dass Dinge so sind, weil sie immer schon so sind.

Wenden wir uns jetzt genauer den einzelnen Stadien in der Persönlichkeitsentwicklung zu.

Persönlichkeitsentwicklung

Während der **ersten 5 – 6 Lebensjahre** entwickelt sich die Persönlichkeit in all ihrer grundsätzlichen Ausprägung. Ohne jetzt in die Vielfältigkeit der verschiedenen Benennungen und der entsprechenden psychotherapeutischen Schulen einsteigen zu wollen, sei hier kurz beschrieben, wie sich diese Entwicklung vollzieht.

Am Anfang besteht die Persönlichkeitsentwicklung darin, zwischen dem Selbst und der Welt der umgebenden Objekte zu unterscheiden und diese in seiner gesamten emotionalen Ausprägung erleben zu lernen.

Danach lernt das Individuum, sich langsam immer mehr abzugrenzen, womit gleichzeitig auch die Anlehnungstendenzen spürbarer und erlebbarer werden.

Die weitere Persönlichkeitsentwicklung besteht dann darin, im Beziehen anderer und gegenteiliger Standpunkte die eigene emotionale Standfestigkeit zu überprüfen und auszuprobieren, gleichzeitig auch aushalten zu lernen, sich emotional getrennt von seinen engeren Bezugspersonen zu erleben.

Parallel dazu hat die Entwicklung der Geschlechtsidentität eingesetzt mit Identifizieren, Rivalisieren und Annähern in den Beziehungen zum gleichgeschlechtlichen und andersgeschlechtlichen Elternteil.

Die frühe Persönlichkeitsentwicklung ist dann im Grundsätzlichen abgeschlossen, wenn das Individuum in der Lage ist, sich selbst in seiner Geschlechtsidentität und in den vielfältigen Beziehungen zu seinen Objekten zu erleben und in seiner emotionalen Vielschichtigkeit lebens- und erlebnisfähig zu sein.

An diese Entwicklungsphase schließt sich die **Latenzperiode** an, in der allerdings nur scheinbar die Persönlichkeitsentwicklung in der Latenz, eben im Verborgenen, zu verlaufen scheint. Im Gegenteil ist dies die Phase, in der Kinder über soziale Anpassung und Nachahmung mit wachsenden sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten ihre weitere soziale Umgebung kennenlernen und sich in diese Schritt für Schritt integrieren.

Adoleszenz

Kommen wir nun zu den Phasen der Adoleszenz, die ich angelehnt an Peter Blos referiere. Er teilt die Adoleszenz in verschiedene Phasen ein:

Präadoleszenz, Frühadoleszenz, die eigentliche Adoleszenz, Spätadoleszenz und Postadoleszenz.

Die **Präadoleszenz** ist geprägt durch die in der Pubertät einsetzenden körperlichen und hormonellen Umstellungen und die damit verbundene Zunahme des Triebdrucks.

Diese quantitative Triebzunahme führt dazu, dass die in den vorhergehenden Jahren erlernte Triebbeherrschung und soziale Einordnung nun anfängt zusammenzubrechen bzw. sich aufzulösen. Die bis dahin gut funktionierende Triebabfuhr über bestimmte Ziele und Objekte funktioniert nun nicht mehr so gut, und somit bekommt quasi alles in der Umgebung des präadoleszenten Jugendlichen in seinem Erleben sexuelle und/oder aggressive Besetzungen und Erlebnisqualitäten.

Hiermit ist der Konflikt vorprogrammiert, da in den vorangegangenen Jahren, wie ich erwähnte, eine entsprechende soziale Einordnung mit dem Etablieren eines bis jetzt gut funktionierenden Über-Ichs stattgefunden hat. Dieses muß nun dafür sorgen, dass die auftauchenden stärkeren Triebenergien gezügelt werden und per Abwehrmaßnahmen wie Verdrängung, Reaktionsbildungen, Verlagerung, die Energien eine sozial akzeptierte Abfuhr und Befriedigung erhalten.

Als Abwehr typisch für dieses Entwicklungsstadium ist das zielbewußte Interesse am Sammeln, z.B. von Briefmarken, Münzen, Streichholzheftchen usw..

Trotzdem funktionieren natürlich diese Abwehrmaßnahmen nicht hundertprozentig. So kommen verschiedene psychogene Symptome in diesem Alter zum ersten Mal zum Vorschein, nämlich körperliche Beschwerden wie Magen- und Kopfschmerzen, Nägelkauen, Bewegungsstereotypen wie Tics, aber auch Zwänge, Zwangsbefürchtungen und Phobien.

Mädchen neigen in dieser Entwicklungsphase zu erhöhter Aktivität, zu mehr Aggressivität im Umgang miteinander und mit Jungen.

Jungen dagegen grenzen sich deutlich gegen Mädchen ab, haben es nötig, diese in ihrer Geschlechtsrolle herabzusetzen, um ihr inneres Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.

Beim Mädchen bedingen die gleichfalls nun entstehenden körperlichen und hormonellen Veränderungen durch die Zunahme des diesbezüglichen Triebpotentials eine Auseinandersetzung mit der weiblichen Rolle und auch eine Auseinandersetzung mit der Objektbeziehung zur Mutter.

Im Sozialverhalten zeigt sich, dass Mädchen häufig aggressiv und expansiv mit Gleichaltrigen umgehen, gleichfalls versuchen, ihre gerade entstehende Weiblichkeit auszuprobieren, indem sie viele Beziehungen zu Jungen anfangen, die allerdings oberflächlich bleiben. Das Mädchen muß seine Unsicherheit in Form einer Regressionsabwehr durchleben, indem es sich immer mehr von der präödipalen, beherrschenden, aber auch versorgenden Mutter ablöst und abgrenzt. Andererseits ist es dem Mädchen auch nicht möglich, engere und dichtere Beziehungen zum anderen Geschlecht aufzunehmen, da das entsprechende Ängste mobilisieren würde.

Typisches Beispiel für die Triebumlenkung bei Mädchen ist, dass bei vielen von ihnen in dieser Phase ein starkes Interesse an Pferden entsteht, dass sie beginnen Reitunterricht zu nehmen und sich in ihrer Freizeit überwiegend im Reitstall aufhalten und sich mit den Pferden beschäftigen. Dies ist in seiner Psychodynamik nach Blos die Hinwendung zu einem phallischen Äquivalent im Sinne eines "pars pro toto" zum ödipalen Vater. Hierzu fällt auf, dass in der Altersstufe ab 10 Jahren in erster Linie Mädchen gern reiten, häufig den größten Teil ihrer Freizeit in Reitställen und mit dem Pflegen von Pferden verbringen.

Etwas weniger psychoanalytisch könnte man annehmen, dass hier unbewusst auf der Symbolebene im Beherrschen, Zügeln und Lenken eines großen und starken Tieres der Umgang mit den eigenen entwicklungsbedingt stärkeren Gefühlen und Trieben geübt wird.

Das nächste Stadium nach Blos ist die **Frühadoleszenz**. Der echte Trennungsprozeß von den frühen Objektbindungen hat nun begonnen. Wenn sich nun der frühadoleszente Jugendliche von den Eltern und seinen emotionalen Beziehungen zu ihnen mehr losmacht, bedeutet dies gleichzeitig auch eine Befreiung von den durch die Eltern geprägten Über-Ich-Regeln. Es beginnt hier das Infragestellen der Werte, die die Eltern haben, teilweise in heftigen

Streitereien, die in ihrer Unsachlichkeit und Unlogik häufig an frühkindliches Trotzverhalten erinnern. Gleichzeitig bedeutet auch die Loslösung von den inneren Elternobjekten, dass sich Jugendliche in diesem Alter häufig leer, unausgefüllt, unzufrieden und überhaupt nicht in Ordnung fühlen.

Die Hinwendung zu außerfamiliären Objekten besteht bei Mädchen häufig darin, idealisierte und erotisierte Bindungen zu Männern und Frauen zu suchen, die von Ferne, mehr passiv und schwärmerisch bewundert werden. Bei Mädchen ist in dieser Entwicklungsphase eine bisexuelle Prägung wesentlich deutlicher als bei Jungen.

Es ist dies die Phase, in der Mädchen für Filmschauspieler, Sportler und andere männliche Heroen schwärmen, die in der Phantasie unbeeinflusst durch wirkliche Beziehung zu Idealpartnern stilisiert werden, die einerseits manchmal mehr väterliche, phallische Eigenschaften zugeschrieben bekommen, manchmal mehr mütterlich-versorgende, zärtliche. Gleichzeitig ist bei Mädchen häufig eine Identifikation mit weiblichen Idealfiguren festzustellen: Mädchen kleiden sich, frisieren sich oder schminken sich wie von ihnen bewunderte ideale weibliche Figuren.

Weiterhin ist zu beobachten, dass in Ermangelung eigener Ich-Stärke Mädchen häufig dazu neigen, sich fast austauschbar mit Freundinnen wie Zwillinge zu verhalten, sich gleich zu kleiden und zu verhalten, mit der Freundin Vertrautheit und Intimität zu teilen, um so eine narzisstische Zufuhr zur Kompensation der eigenen Unsicherheit zu erfahren.

Jungen hingegen müssen sich in dieser Entwicklungsphase besonders heftig gegen bisexuelle oder homosexuelle Strebungen wehren. Zwar kommt es hier zu ähnlich engen Freundschaften zu anderen Jungen, zu ähnlichen Identifizierungen wie dies auch bei Mädchen geschieht. Dabei wird jedoch alles das, was in irgendeiner Weise sexuell-libidinös empfunden wird, massiv verdrängt. Es kann, falls dies doch aus dem Unbewußten aufsteigt, zu abrupten Trennungen von solchen Jugendfreundschaften kommen, da die massive Triebangst dann ein Weiterbestehen der engen Beziehung unmöglich macht.

Wenden wir uns nun der **eigentlichen Adoleszenz** zu, wie Peter Blos sie nennt:

Diese Zeit ist geprägt von einer Konsolidierung, einem Fortschreiten in Richtung einer heterosexuellen Einstellung des Jugendlichen zu seinen libidinösen Objekten.

Was heißt das?

Die bis dahin mehr in der Phantasie sich abspielende Hinwendung zum anderen oder zum eigenen Geschlecht war bis jetzt geprägt von den unbewußten Eindrücken und den emotionalen und libidinösen Besetzungen, die ihr Modell in den Beziehungen zu den eigenen Eltern hatten. Nun aber beginnt der Jugendliche sich den Menschen außerhalb seiner Familie emotional mehr anzunähern und

Beziehungen aufzubauen, weil inzwischen eine stabilere Geschlechtsidentität erworben wurde, die es nun erlaubt, von einem männlichen bzw. weiblichen Standpunkt aus auf das andere Geschlecht zuzugehen.

Trotzdem sind diese Objektbeziehungen noch deutlich geprägt von Idealisierungen, bei der Realität höchstens störend ist. So kommt es dazu, dass Jungen Mädchen von Ferne verehren, und vice versa, aus einem Blick, einer Geste Phantasien und Träume entwickeln, ganze Vorstellungsgebäude, die eine Partnerbeziehung in allen Einzelheiten mit diesem Menschen zum Inhalt haben.

Dabei ist allerdings eine deutliche Distanz zum anderen Geschlecht vorhanden. Manifeste Sexualität kommt in dieser Entwicklungsphase noch recht selten vor. Im Gegenteil wäre dies für manche Jugendliche eine Abwertung der reinen und absoluten Liebe zu dem begehrten Objekt.

In diesem Alter ist das Führen von Tagebüchern sehr verbreitet, mehr bei Mädchen als bei Jungen. Diesen Tagebüchern werden Geheimnisse, emotionale Verstrickungen und Phantasien anvertraut, so dass man sagen könnte, das Tagebuch hat in diesem Alter die Funktion eines Übergangsobjektes. In diesen Tagebuchaufzeichnungen ist es den Jugendlichen möglich, in Form von Fantasien und detailliertem gedanklichen Ausformen, die Bedürfnisse nach Beziehung, Liebe, Sexualität in Form eines Probehandelns durchzuspielen und damit gefahrlos auszuprobieren.

Dieses Probehandeln in der Phantasie oder auch das Verliebtsein von Ferne schützt das empfindliche Ich der Jugendlichen gegen Enttäuschung, auch dagegen, sich einem anderen Menschen zu sehr ausgeliefert zu fühlen.

Wegen eben dieser Labilität des Ichs in dieser Zeit ist es für die Jugendlichen mehr denn je notwendig, sich auf sich selbst zu beziehen, sich in eigenen Phantasien zu ergehen und die damit und dabei entstehenden Emotionen durchzuleben.

Das unberechenbare Schwanken zwischen größter Euphorie und tiefster Depression ist typisch für dieses Lebensalter. Einen Schutz gegen die Intensität der Gefühle bietet dann häufig nur noch der Rückzug des Jugendlichen oder aber andere Abwehrmechanismen:

Einerseits gibt es hier Größenphantasien, die durch das Anwachsen der geistigen Kapazität und der Beherrschung sozialer Fähigkeiten genährt werden. In dieser Zeit entwickeln Jugendliche so z.B. ganze politische Wertsysteme und philosophische Gedankengebäude, die nicht nur für sie durchaus faszinierend sein können.

Ein anderer Abwehrmechanismus ist die Intellektualisierung, die ebenso durch das Anwachsen intellektueller Fähigkeiten gefördert wird. Hierbei kann der Jugendliche durch das intellektuelle Erfassen der ihm umgebenden Welt das Hin-

und Hergeworfenwerden durch seine Emotionalität zumindest zu einem Teil abfangen.

Diese Abwehrmechanismen sind in dieser Phase durchaus physiologisch. In anderen Lebensphasen wären sie Zeichen für eine schwere psychische Störung, z.B. eine schizophrene Psychose, eine narzißtische Persönlichkeitsstörung, eine Zylothymie o.ä..

Erst nach Abschluß dieser Entwicklungsphase kann festgestellt werden, ob das Ich des Jugendlichen stark genug war, um diese Abwehrmechanismen wieder verlassen zu können, nachdem eine Konsolidierung des Ichs stattgefunden hat oder aber, ob das Ich durch den Ansturm der Adoleszenz immer weiter zerfällt und diese Abwehrmechanismen nachher Symptome einer dauerhaften psychischen Störung geworden sind.

Die **Spätadoleszenz** ist definiert dadurch, dass das Individuum nun einen Zuwachs an zweckbedingter Handlungsfähigkeit, an gesellschaftlicher Integration, an Berechenbarkeit, an Stetigkeit der Gefühle und eine höhere Stabilität des Selbstbildes erhält. Affekt- und Willensprozesse sind einheitlicher. Die Fähigkeit zu Kompromissen und zum Aufschieben von Triebbefriedigung ist deutlich gewachsen.

So ist die Spätadoleszenz in allererster Linie die Phase der Konsolidierung.

Die konfliktfreie Sphäre des Ichs weitet sich aus und führt zu einer größeren Autonomie. Die sexuelle Einstellung und Prägung wird definitiv. Die intellektuellen Fähigkeiten stabilisieren sich und tragen zur Integration des gesamten psychischen Organismus bei.

Das Individuum hat einen Zustand der relativen Reife erreicht.

Dadurch, dass nun bestimmte Persönlichkeitsanteile fester sind, nicht mehr dem starken Wandel der davor liegenden Entwicklungsphasen unterliegen, liegt in der Spätadoleszenz auch der entscheidende Wendepunkt für psychische Störungen. In dieser Phase ist die eigentliche Krise der Adoleszenz zu suchen.

Wieso?

Traumatische Entwicklungen und Erlebnisse finden in der Regel bis zu diesem Punkt immer wieder statt und führen zu bestimmten Haltungen der Vermeidung, der Abwehr oder des Arrangierens mit diesen traumatischen Einflüssen. In der Konsolidierungsphase der Spätadoleszenz nun verfestigt sich dies zu charakterlichen Eigenschaften, die nun Teil der Persönlichkeit sind. So sind die bis dahin immer wieder auftauchenden infantilen Konflikte beim Abschluß der Adoleszenz also nicht beseitigt, sondern nur ich-synton geworden; oder anders: Der Umgang mit ihnen entspricht nun einer ganz persönlichen integrativen Fähigkeit des Individuums.

Nun ist abzusehen, ob die bis dahin turbulent verlaufende adoleszente Entwicklung als gelungen, z.T. gescheitert, verlängert oder unvollkommen anzusehen ist.

Während der Spätadoleszenz nimmt auch die sexuelle Identität ihre endgültige Form an. Die Prägung in Heterosexualität und Homosexualität ist dann im subjektiven Erleben und als Teil der eigenen Persönlichkeit manifestiert.

So hat in der Spätadoleszenz die Zunahme der Fähigkeit zum abstrakten Denken es dem Menschen ermöglicht, Ordnung in die Welt um sich herum zu bringen.

Daraus muss aber nicht geschlossen werden, dass erwachsene Objektivität immer dem Denken des Kindes überlegen ist. In der Tat kann das Kind dadurch, dass ihm Widersprüche in der Gedankenwelt möglich sind, Beobachtungen machen und Schlüsse ziehen, für die der logische Erwachsene blind ist. Oder wie Freud sagt: "Wir wissen, es ist der erste Schritt zur intellektuellen Bewältigung der Welt, in der wir leben, dass wir Allgemeinheiten, Regeln und Gesetze herausfinden, die Ordnung in das Chaos bringen. Durch diese Arbeit vereinfachen wir die Welt der Phänomene, können aber nicht umhin, sie auch zu verfälschen."

Die **Postadoleszenz**, die die Zwischenphase zum Erwachsensein beschreibt, kennzeichnet sich dadurch, dass das, was in den bisherigen Stadien der Adoleszenz an Individualität und Charakterlichkeit entwickelt wurde, nun harmonisiert, geübt, in Nuancen verändert und auf seine Brauchbarkeit hin modifiziert wird.

Die Ich-Entwicklung während der Adoleszenz hatte bisher nicht Schritt halten können mit der Triebentwicklung, so dass die integrativen Möglichkeiten des Ichs immer wieder hinterhergelaufen sind hinter Triebbrüchen und -veränderungen.

Nun ist zum ersten Mal durch ein Nachlassen des Triebdrucks eine Ich-integrative Entwicklung möglich. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass die einmal gewählten sozialen Rollen, die Einstellung zu Beziehungspersonen und zu bestimmten Weltanschauungen nun erprobt und an ein erwachsenes Leben angepaßt werden.

Hierbei soll Anpassung nicht verstanden werden als Unterordnung, sondern, wie Erickson es nennt: "Eine Periode, in der der Mensch im freien Experimentieren mit Rollen ein Eckchen finden kann in irgendeinem Teil der Gesellschaft, ein Eckchen, das gut definiert und trotzdem einzig und allein für ihn geschaffen ist."

Wie die gesamte Adoleszenz auch immer wieder unter anderen Vorzeichen eine Loslösung des Heranwachsenden von seinen Eltern bedeutet, findet entsprechendes nun auch in der Postadoleszenz statt. Nachdem die eigene Identität in Abgrenzung und Kontra-Haltung den Eltern gegenüber genügend erprobt ist, kommt es nun in der Regel zu einer Einigung mit elterlichen Ich-Interessen und Haltungen im Sinne eines für alle Beteiligten brauchbaren Kompromisses.

So ist zu sehen, dass die Integration der Ich-Interessen und Haltungen des gleichgeschlechtlichen Elternteils in die heranwachsende Persönlichkeit eine schwere Arbeit ist. Anders ausgedrückt: Um reif zu werden, muß der junge Mensch mit dem Vater- und Mutterbild, das er hat, Frieden schließen.

Ohne viel über den anfangs genannten Robert Morris zu wissen, könnte man trotzdem die unbewußte Wurzel für seine Computer- und Vater-Sabotage hier suchen und postulieren, dass dieser junge Mann eben noch nicht seinen Frieden mit seinem Vaterbild gemacht hat.

Wenn dieser Integrationsprozeß mißlingt, kommt es zu regressiven Lösungen, zu Ich-Mißbildungen oder sogar zu einem Bruch mit der Realität. Dies tritt für einige Zeit nicht zutage, bis dann die jungen Erwachsenen selbst in die Situation kommen, Eltern zu werden. Die Persönlichkeit des nun geborenen Kindes wird dann nicht nur von seinen eigenen Bemühungen, seine Eltern zu imitieren bestimmt, sondern auch von den Bemühungen der Eltern, ihre eigenen Elternbilder zu imitieren, so dass auch dieses die kindlichen Persönlichkeit prägt.

Weiter in der Generationenkette kann dies dann natürlich wieder an den Großeltern, Urgroßeltern und so fort bis Adam und Eva festgemacht werden.

Familiäre Aspekte

Damit komme ich zum familiären Aspekt der Adoleszenz:

Reifung und Ablösung betreffen nicht nur die Adoleszenz der Jugendlichen. Sie sind komplementär genauso eine Entwicklungsphase der Eltern. Für die Eltern bedeutet der Ablösungsprozeß ihrer Kinder ebenfalls eine Phase der Desorientierung und darauf folgend der Neuorientierung.

Auch die Eltern befinden sich in einer Identitätskrise, wenn diese von ihren Kindern durchlebt wird. Wenn der Adoleszente herausgeht aus der Familie, besteht für die Eltern die Notwendigkeit, sich als zurückgelassenes Paar eine neue Identität zu schaffen. Für die Mütter in der traditionellen Familienstruktur kommt häufig noch die Aufgabe hinzu, sich eine neue berufliche Beschäftigung zu suchen. Die Sicht der Eltern, die bis dahin darin bestand, ihre Aufmerksamkeit und Aktivität auf das Hier und Jetzt, auf das Tagesgeschehen zu wenden, müssen sich nun, ähnlich wie ihre Kinder, an ihrer Zukunft orientieren. Während allerdings der Jugendliche noch in sehr wenig begrenzten Dimensionen, in kleinen Ewigkeiten denkt, ist die Perspektive der Eltern darauf gerichtet, nun die zweite Hälfte ihres Lebens einzurichten und zu leben.

Jürg Willi weist darauf hin, dass die Störung in der adoleszenten Entwicklung nicht allein gesehen werden sollte als ein Fehler der Eltern, die ihre Kinder neurotisieren und nicht erwachsen werden lassen können, sondern mehr als ein wechselseitiger bzw. zirkulärer Prozeß der Bezogenheit aufeinander, bei dem die Kinder ähnlich in ihrer Art zum Entstehen pathologischer Familienmuster beitragen.

Auffällig sei, so Willi, dass die Kinder, die in den familiären Beziehungsmustern Entwicklungsprobleme haben, häufig solche seien, die von Geburt an im Schatten ihrer Geschwister standen, weniger vital, erfolgreich und durchsetzungsfähig waren, Mühe hatten, im Kreis von Gleichaltrigen mitzuhalten und sich mit den altersentsprechenden Entwicklungsanforderungen auseinanderzusetzen. Diese Kinder haben in der Adoleszenz eine besondere Angst, sich aus der Familie herauszulösen und sich auf eigene Füße zu stellen. Sehen diese Kinder nun eine Möglichkeit, sich den Eltern durch Übernahme bestimmter Funktionen unentbehrlich zu machen, so kann sich in ihnen die Neigung zeigen, die Kräfte ganz auf die Erfüllung dieser Aufgaben zu konzentrieren und sich gleichzeitig von den Entwicklungsanforderungen unter Gleichaltrigen zu dispensieren.

Am Beispiel des Ödipus-Komplexes macht Willi dies deutlich. Entscheidend für die Bewältigung des Ödipus-Komplexes sei, dass die Mutter den Liebesangeboten des Sohnes standhalten kann, ohne diese übermäßig zu stimulieren, aber auch ohne diese übermäßig zu frustrieren. Befinde sich nun die Mutter in einer unglücklichen Beziehung zum Vater, so werde sie eventuell in besonderer Weise auf die Liebesangebote des Sohnes ansprechbar sein. Andererseits könne der Sohn angesichts der frustrierenden Situation seiner Mutter in seinem Bedürfnis, den Vater als Liebhaber zu ersetzen, besonders stimuliert werden. Der Sohn aber setze dann den Liebesangeboten seiner Mutter Schranken entgegen, wenn er genügend Möglichkeiten sehe, altersentsprechende Beziehungen zu Mädchen einzugehen. Eine unlösbare ödipale Situation könne sich nur ergeben, wenn Mutter und Sohn gleichzeitig im gleichen Sinne ansprechbar seien auf ihre gegenseitigen Beziehungsangebote und Bedürfnisse.

So ist das Verhalten der Adoleszenten in ihrem Ablösungsprozeß, ganz individuell auch auf dem persönlichen Hintergrund ihrer Familie zu sehen. Häufig übernimmt der Jugendliche die Aufgabe, das verinnerlichte familiäre Ideengut zu korrigieren und den kulturellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen anzupassen. Wenn z.B. eine Tochter sich als kämpferische Feministin versteht und sich so in scharfen Gegensatz zur bürgerlichen und traditionell sich verhaltenden Mutter stellt, kann dies so ein Korrekturversuch sein, ebenso die marxistische Denkweise eines Sohnes, der sich damit in Opposition zu seinem in kapitalistischen Wertnormen befindlichen Vater stellt.

Oft bringen Jugendliche durch besonders provozierendes Verhalten, das den familiären Normen zuwiderläuft, ihren Eltern Lebensweisen unbewußt nahe, die diese sich nicht oder nicht mehr gestatten. Ein die Familienmitglieder besonders störendes Verhalten fällt oft dem unbefangenen Beobachter gar nicht so sehr als störend auf. Dies liegt eben daran, dass die Eltern auf die Provokationen als eine Versuchung, es doch mal anders zu wagen als wie bisher immer, besonders empfindlich und ängstlich reagieren und versuchen, ihre eigene Angst zu bekämpfen, indem sie diese Versuchung im Kind bekämpfen.

Die Rolle des schwarzen Schafes innerhalb einer Familie kann ähnlich gesehen werden als eine Möglichkeit der familiären Weiterentwicklung. Zwar ist durch das

Herausfallen dieses schwarzen Schafes aus der familiären Norm der Heranwachsende nun besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt, aber er bekommt gleichzeitig durch die Aufmerksamkeit der Familie, die zwischen Abneigung und Entsetzen einerseits Faszination und Bewunderung andererseits schwankt, ein hohes Maß an Zuwendung. Dadurch wird es ihm möglich, neue und kreative Wege zu beschreiten und der Familie Entwicklungsmöglichkeiten vorzuleben.

Psychische Störungen

Ich habe bisher mehr von entwicklungsbedingten und altersspezifischen Auffälligkeiten in der adoleszenten Entwicklung gesprochen, habe bisher keine spezifischen psychischen Störungen genannt.

Dieses hat seinen Grund darin, dass ich die psychischen oder psychosomatischen Symptome von Jugendlichen mehr unter einem Entwicklungsaspekt, mehr als Ausdruck von Entwicklungsproblemen und festgefahrenen Entwicklungslinien sehe. Genauer gesagt heißt das, dass auf der Grundlage der gleichen adoleszenten Störung theoretisch z.B. eine Anorexie, eine Zwangssymptomatik oder eine Wahnsymptomatik entstehen kann. Das heißt für mich als Therapeuten, in der Therapie mehr an die Grundlagen der gestörten Entwicklung zu denken, weniger an die Beseitigung des Symptoms. Eine Ausnahme bilden hier natürlich lebensbedrohliche Symptome wie z.B. Anorexie oder Suizidalität, die in der Therapie oft durch spezifische Maßnahmen begleitet werden müssen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich trotzdem einige adoleszenzspezifische Symptomatiken aufführen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Systematik:

Psychosomatische und psychogene somatische Störungen wie Colitis, Asthma, Anorexie, Bulimie, Neurodermitis,

konversionsneurotische Störungen wie psychogene Schmerzzustände, Lähmungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden,

weiterhin Ängste verschiedenster Genese und Ausprägung, Depressionen, Suizidalität, Zwangssymptome, Dissozialität und Delinquenz, Promiskuität, Störungen des Sexualverhaltens Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Alkoholismus.

Des Weiteren psychotische Störungen im Sinne von Realitäts- und Ich-Verlusten, die entweder vorübergehend als massive Ausprägung einer Identitätskrise oder auch als beginnende Psychose imponieren.

Sie sehen hieran schon, dass die psychischen Störungen in der Adoleszenz denen des Erwachsenenalters durchaus gleichen, dass sie hier allerdings eher Ausdruck einer Entwicklungsstörung sind, in dem Sinne, dass bei wieder normalisierter Entwicklung diese Symptome sogar wieder verschwinden können. Dies im Gegensatz zu Symptomatiken im Erwachsenenalter, die eher Ausdruck

einer neurotischen oder psychotischen Persönlichkeit sind und dann eher nur zu lindern oder zu reduzieren sind, meist aber nicht völlig zum Verschwinden gebracht werden können.

Therapie

Kommen wir nun zu Charakteristika in der Adoleszenten-Therapie und zu den Aspekten der therapeutischen Beziehung.

Wie aus dem Vorangegangenen abzuleiten ist, geht es also in der Therapie mit Adoleszenten eher darum, eine festgefahrene Persönlichkeitsentwicklung wieder in Gang zu bringen, damit diese sich normalisieren kann und sich der Adoleszente weiterentwickelt zu einem Erwachsenen, der über all seine Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten verfügt.

Das setzt therapeutisch einen anderen Akzent als in der Therapie mit Erwachsenen.

So ist die Therapie der Adoleszenzkrisen und -störungen eine, die persönlichkeitsorientiert und nicht so sehr symptomorientiert vorgeht. Damit wird naheliegenderweise eine tiefenpsychologische Vorgehens- und Betrachtungsweise in der Therapie nützlicher als eine symptomorientierte. Das will nicht die symptomorientierten Methoden, z.B. Verhaltenstherapie oder andere suggestive oder lerntheoretisch verankerte Methoden abqualifizieren. Ich denke nur, dass gerade in dieser Altersstufe der Stellenwert solcher Methoden geringer ist als in späteren Lebensaltern.

Trotzdem haben diese Methoden meines Erachtens dann ihren Wert, wenn es bei den Störungen in der Adoleszenz um chronifizierte oder chronifizierende Symptomatiken geht, beispielsweise bei einer längerdauernden Bulimie oder Anorexie, wo über lerntheoretische Modelle eventuell andere Eßverhaltensweisen eingeübt und damit der ansonsten tiefenpsychologische Ansatz unterstützt und begleitet werden kann.

Weshalb kommen eigentlich Adoleszente in Therapie?

Bei Kindern kann man davon ausgehen, dass die Motivation zur Therapie immer die der Eltern ist, die sich an auffälligen Verhaltensweisen des Kindes stören. Bei Erwachsenen wiederum ist es fast ausschließlich so, dass eine eigene Motivation, sei sie auch noch so realitätsfern, für den Beginn einer Therapie ausschlaggebend ist.

Bei Adoleszenten dagegen finden wir das gesamte Spektrum von "in-die-Therapie-geschickt-werden" bis hin zur eigenen, ganz starken Motivation aus einem massiven Leidensdruck. Ich stelle übrigens immer wieder fest, dass da, wo die Motivation und der Anstoß zur Therapie von Familie oder Eltern ausgeht, im Grunde erst dann therapeutische Fortschritte merkbar werden, wenn der

Adoleszente seine eigene Motivation zur Veränderung und zum Annehmen therapeutischer Hilfe entwickelt hat.

Ich habe versucht, mich in meiner Praxis auf diese unterschiedlichen Motivationen einzustellen, indem ich den Erstkontakt verschieden gestalte: Bei jüngeren Adoleszenten sind es in der Regel die Eltern, die den Jugendlichen zur Therapie anmelden. In diesem Fall lade ich zum Erstgespräch die gesamte Familie ein, um den Jugendlichen in seiner familiären Umgebung kennenzulernen, andererseits auch, um damit durch das Setting des Erstkontaktes klarzumachen, dass hier nicht der Jugendliche sozusagen als Delinquent vorgeführt und in die richtige Richtung manipuliert werden soll, sondern dass es sich um ein familiäres Problem handelt, wenn der Jugendliche Probleme macht oder hat.

Den zweiten und dritten Kontakt habe ich dann mit dem Jugendlichen allein, um mir einerseits ein Bild von der Persönlichkeit des Jugendlichen zu machen, andererseits auch, um herauszufinden, welches der Jugendliche eigentlich als sein Problem ansieht. Erst danach setze ich mich wieder mit der gesamten Familie zusammen und, je nach dem, wie die Gesamtsituation es erfordert, ist dann das weitere Vorgehen entweder familienbezogen oder auf den Jugendlichen allein.

Bei Adoleszenten, die sich selbst in der Praxis melden, versuche ich eine möglichst kurze Wartezeit zu ermöglichen. Zum Erstgespräch kommt der Jugendliche allein, da er durch seinen persönlichen Anruf ja klar gemacht hat, dass er seine Problematik als die eigene betrachtet.

Bei älteren Adoleszenten über 18 Jahre, bei denen die Eltern anrufen und ihre Kinder in der Praxis anmelden, bitte ich meistens darum, dass der betreffende mich selbst anruft, damit wir eine persönliche Terminvereinbarung treffen können. In diesem Fall findet der Erstkontakt auch allein mit dem Adoleszenten statt.

Die therapeutischen Möglichkeiten für Jugendliche sind vom äußeren Setting her auch etwas weiter gefächert: Meistens ist das Einzelsetting das der Wahl. Andererseits empfiehlt sich ein familientherapeutisches Vorgehen dann, wenn die familiären Verstrickungen des Adoleszenten noch sehr massiv und/oder Ursache der vorgestellten Symptomatik sind. Ein gruppentherapeutisches Vorgehen, gerade bei Adoleszenten, will wohlüberlegt sein, ist hier sicher seltener als bei Erwachsenen die Therapie der Wahl.

Ich möchte dies hier näher erläutern: In meiner Praxis habe ich eine Gruppe mit jungen Erwachsenen zwischen 20 und 25 Jahren. Im Unterschied zu einer Gruppe von Erwachsenen ab Ende 20 Jahre, stellen sich für mich immer wieder deutliche Unterschiede zwischen halbwegs reifen Erwachsenen und Spät- bzw. Postadoleszenten heraus.

Bei der Auswahl der Gruppenmitglieder stelle ich immer wieder fest, dass man bei Erwachsenen durchaus Leute in einer Gruppe zusammenfassen kann, die recht verschieden in ihrer Problematik und Persönlichkeitsstruktur sind. Demgegenüber

ist bei Heranwachsenden wichtig, dass diese sich in einer ähnlichen oder zumindest vergleichbaren Lebenssituationen befinden.

Während es in der Erwachsenengruppe möglich ist, den Gruppenprozeß mehr oder weniger durch die Gruppe bestimmen zu lassen, braucht die Adoleszientengruppe deutlich mehr Initiative des Therapeuten. Ich bin häufig gezwungen, wenn kein Gruppenprozeß in Gang kommt, fast interviewartig die einzelnen Gruppenmitglieder anzusprechen, mehr oder weniger Einzeltherapie in der Gruppe zu machen, um damit einerseits dem einzelnen Gruppenmitglied zu helfen, seine Probleme zur Sprache zu bringen, andererseits den anderen ein Muster vorzugeben, darauf einzusteigen.

Häufig war es notwendig, den Gruppenprozeß durch Interaktionsspiele in Gang zu bringen, da das ausschließliche Gespräch, besonders in der Anfangsphase der Gruppe, den Angstpegel so hochschraubte, dass ein vernünftiges therapeutisches Arbeiten nicht mehr möglich war.

Während es in Erwachsenengruppen selten ist, dass Patienten über lange Zeit wichtige und für sie belastende Einzelheiten ihrer Problematik zurückhalten, ist dies in der Adoleszientengruppe fast die Regel.

So war es bei einer bulimischen Patientin erst nach ca. 8 Monaten möglich, dass sie über ihre Eßstörungen sprach, da sie bis dahin ganz automatisch davon ausgegangen war, dass die anderen sie, wenn sie so etwas Fürchterliches hören würden, sie nicht mehr akzeptieren würden.

Ein Patient verschwieg etwa über 1½ Jahre seine homosexuellen Tendenzen, konnte diese dann auch erst nur sachlich ansprechen, bevor er es wagte, sich im Gespräch mit den übrigen Gruppenmitgliedern emotional damit auseinanderzusetzen.

Eine Studentin, die nach einem Suizidversuch in die Gruppe gekommen war, konnte über diesen auch erst nach ca. ½ Jahr berichten, gestand erst kürzlich, nachdem sie schon 2½ Jahre in der Gruppe ist, dass sie bis jetzt eine Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gehabt hatte.

In Erwachsenengruppen ist es nach relativ kurzer Zeit üblich, dass die Gruppenmitglieder, zumindest einige von ihnen, nach der Gruppenstunde zusammen noch in die Kneipe gehen, dass auch außerhalb der Gruppe zwischen Einzelnen Kontakte geknüpft werden und weiter bestehen. In der Adoleszientengruppe war dies nach mehreren, sehr zaghaften Anläufen erst ca. 2 Jahre nach Gruppengründung möglich.

Hieraus sehen sie, dass die therapeutische Arbeit in einer Adoleszientengruppe um ein Vielfaches mühsamer ist, als in einer Gruppe von Erwachsenen. Hier ist es nicht möglich, den therapeutischen Prozeß langsam in Gang kommen und sich entwickeln zu lassen, dabei höchstens kommentierend und deutend einzugreifen. Im Gegenteil ist es viel notwendiger, in mühsamer Arbeit Richtungen vorzugeben,

einzelne Gruppenmitglieder zu ermutigen, durch verschiedenste Maßnahmen den allgemeinen Angstpegel zu senken.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal, wie im Allgemeinen die Persönlichkeit des Adoleszenten beschaffen ist: Durch die entwicklungspezifischen Charakteristika besteht eine deutliche Ich-Schwäche. Der adoleszente Patient ist also in der Regel beziehungsunsicher, recht mißtrauisch, labil in seinen Gefühlen und Beziehungsangeboten und braucht mehr Distanz zu seinem Gegenüber. Weiterhin ist er häufig selbst nicht motiviert zu einer therapeutischen Veränderung. Durch die wenigen Erfahrungen, die er im Austausch mit anderen hat, ist er geneigt anzunehmen, dass nur er ganz allein diese bestimmten Schwierigkeiten und die Erfahrung mit diesen Schwierigkeiten hat, dies kein anderer nachvollziehen könne. Darüberhinaus wird er einem Therapeuten häufig begegnen als einem Angehörigen der Elterngeneration gegen den er sich phasentypisch abgrenzen muß.

So verlangt die Therapie mit Adoleszenten Rücksichtnahme auf gerade diese Charakteristika. Annemarie Dührssen sagt, dass die Behandlung jugendlicher Patienten bei weitem schwieriger sei als die Behandlung von Kindern oder Erwachsenen. Nur eine begrenzte Zahl von Therapeuten sei beweglich und lebendig genug, um auch mit jungen Menschen den richtigen Ton zu finden und gleichzeitig die therapeutische Methode, die im Umgang mit Erwachsenen oder mit Kindern gelernt wurde, so abzuwandeln, dass sie für jugendliche Patienten wirksam werde.

Darüber hinaus zu bemerken ist allerdings auch, dass es einen besonderen Reiz haben kann, nicht nach therapeutischen Standardmethoden, sondern bezogen auf den Einzelfall das therapeutische Vorgehen in einem wechselseitigen Prozeß mit dem Adoleszenten aus den ganz persönlichen Notwendigkeiten entstehen zu lassen, so dass es nicht nur eine besondere Leistung des Therapeuten, sondern auch ein besonderes Vergnügen für ihn sein kann, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuprobieren und anzuwenden.

Damit sind wir auch schon bei Eigenschaften, die der Adolescententherapeut haben bzw. bei sich entwickeln sollte.

Wie für jede andere Therapie ist auch hier wichtig und nützlich, über einen Fundus von Selbsterfahrung zu verfügen, der u.a. für diese Altersgruppe darin bestehen kann, sich noch genügend gut an die eigene Adoleszenz zu erinnern mit all den damit verbundenen phasentypischen Empfindlichkeiten, mangelhafter Selbst- und Fremdeinschätzung, mit der Orientierungslosigkeit, die für diese Entwicklungsphase so typisch sind.

Das heißt allerdings nicht, dass man in unkritische Kumpanei mit dem Adoleszenten hineinrutschen sollte. Denn es gibt bei allem Verständnis auch durch das Alter und die damit unvermeidbar größere Lebenserfahrung einen Abstand, eine therapeutische Distanz, was dem Patienten hilft, sich selbst und seine Probleme klarer zu sehen.

Auch gilt es die, wie Cremerius sagt, "klassische Einsichtstherapie" zu modifizieren zu einer "Therapie der korrektiven emotionalen Erfahrung". Das heißt im Grunde nichts anderes, als dass der Therapeut nicht einfach nur als Funktion im therapeutischen Prozeß vorhanden sein muß, sondern als eine für den Patienten erlebbare Person, die eine Beziehung zum Patienten eingeht und über diese Beziehung therapiert, nicht über eine bestimmte Methode.

Das bedeutet dann notwendigerweise auch eine andere Definition der Abstinenzregel: Nur wenige Therapeuten meinen, dass die Abstinenzregel besage, der Therapeut solle während der Therapiestunde keinen Alkohol trinken.

Demgegenüber gibt es aber viele Therapeuten, die meinen, Abstinenz bestünde darin, möglichst wenig zu sagen, dem Patienten möglichst nichts von sich zu zeigen, um ihn damit vermeintlich nicht in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Dass gerade dies eine manchmal viel schwerwiegendere Manipulation ist, weil z.B. der Angstpegel gerade bei ich-schwachen Patienten ansteigt, dass dadurch massive Hindernisse in der Therapie und Behandlungswiderstände entstehen, läßt diese Auslegung der Abstinenzregel zweifelhaft werden.

Freud selbst, der ja die Abstinenzregel formuliert hat, sagt dazu, einiges müsse man dem Patienten gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Und an anderer Stelle: "Der Analytiker soll die Eigenart des Patienten respektieren. Das Maß von Beeinflussung, dessen er sich in legitimerweise getraut, wird durch den Grad der Entwicklungshemmung bestimmt werden, den er bei dem Patienten vorfindet."

Das heißt dann im Grunde eigentlich nur, dass Abstinenz beim Therapeuten dafür zu sorgen hat, dass es inhaltlich immer um die Interessen des Patienten geht, dass es dem Therapeuten nicht passieren soll, den Patienten mit eigenen Problemen zu befrachten, die unmittelbar nichts mit der Therapie oder mit dem, was den Patienten betrifft zu tun haben.

Das heißt aber sehr wohl, dass es zum Beispiel möglich ist, dem Patienten Mitgefühl zu zeigen, ohne gleich daraus eine übermäßige lustvolle Übertragungsbefriedigung werden zu lassen.

Außerdem kann es richtig sein, durch bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen dem Patienten zu demonstrieren, dass der Analytiker ein wirklicher Mensch ist, der durch eigene Erfahrungen oder durch Identifikation in der Lage ist, den Patienten verstehen zu können. Dem Patienten sollte immer klar sein, dass der Therapeut sich zuständig fühlt, dass was bei Winnicott "concern" - sich kümmern, sich zuständig, betroffen fühlen - genannt wird. Dies führt eben nicht zum Aufgeben der Neutralität des Therapeuten, ebenso wenig wie zum Aufgeben der Realität. Es bedeutet vielmehr das Ernstnehmen des Patienten und seiner Probleme.

Gleichzeitig ist es für einen ich-schwachen Patienten wichtig, wenn er den Therapeuten als eine wirkliche Person wahrnimmt, diesen dadurch zur Realitätswahrnehmung und Realitätskontrolle benutzen kann und damit ein wichtiges Regulativ in seinem therapeutischen Selbstfindungsprozeß hat.

Aber:

Wenn man sich als Therapeut so sehr flexibel auf den Patienten einzustellen versucht, kommt es fast immer wieder zu Schwierigkeiten, die für den therapeutischen Prozeß richtige Distanz aufrechtzuerhalten. Mal kann es passieren, dass man als Therapeut die Übertragungsangebote des Patienten, fürsorgliche Mutter oder Vater zu sein, zu sehr annimmt und damit zu einengend wird, dem Patienten Entwicklungsmöglichkeiten nimmt, andererseits kann die Distanz zu groß werden durch ein Mitagieren der Angst des Patienten, bevormundet und beeinflußt zu werden, so dass man sich zu sehr aus dem Kontakt zurückzieht, damit den Patienten mit seinen Problemen allein läßt und ihm das Gefühl gibt, keine Unterstützung mehr zu haben. Zu große Distanz kann zu Stagnation und Auflösung der therapeutischen Beziehung durch Objektverlust führen. Zu große Nähe kann beim Patienten die Angst vor dem Verschlungenwerden so sehr anwachsen lassen, dass auch hierbei die Therapie zum Abbruch kommt.

So ist es hilfreich, dass der Therapeut sich dem Patienten als reale Person immer wieder deutlich macht, damit es nicht zu Verwechslungen kommt, bei denen der Patient den Therapeuten in einer Elternrolle, Geschwister- oder Kumpelrolle vorfindet. Wohlgermerkt kann diese Übertragung vom Patienten selbst immer wieder kommen. Wichtig ist es nur, dass der Therapeut diese Übertragung nicht annimmt und mitagiert.

Allerdings kann sich der Therapeut immer wieder in sehr verschiedenen Rollen für den Patienten wiederfinden, die bei selbstkritischer Einschätzung einen therapeutischen Nutzen haben können. Zum Beispiel ist es meiner Ansicht nach durchaus legitim, einem sehr selbstunsicheren Jugendlichen, wenn er es braucht, die eigene Lebenserfahrung oder therapeutische Erfahrung an Fremdbeispielen zur Verfügung zu stellen, um ihm damit zu signalisieren, dass seine Problematik a) nicht unverständlich und b) nicht anormal ist.

Weiter kann es therapeutisch sinnvoll sein, die eigenen Gegenübertragungsreaktionen mitzuteilen.

Gerade das Agieren mit lebensbedrohlichen Zuständen z.B. durch Nicht-essen bei Anorektikerinnen oder autoaggressive Akte können den Therapeuten leicht dazu bringen, in der Gegenübertragung elterliche Haltungen von Bevormundungen und Überbehütung zu agieren und damit gerade das Agieren noch zu verstärken, das der Adoleszente braucht, um sich eben unabhängig von den Beeinflussungsversuchen der Eltern bzw. des Therapeuten fühlen zu können.

Erschreckt und besorgt über die Mitteilung einer Patientin, dass sie schon mehrere Tage nichts gegessen und getrunken habe, dass sie sich am Tag vorher

in die Arme geschnitten habe und sie wieder an Selbstmord denke, finde ich mich in dieser Situation völlig blockiert vor, nicht in der Lage, an etwas anderes zu denken, als die Patienten durch irgendwelche Zwangsmaßnahmen vor ihren aggressiven Impulsen in Sicherheit zu bringen. Statt meinem Impuls nachzugeben und sie z.B. in eine psychiatrische Klinik zwangseinweisen zu lassen, sage ich ihr, dass ich erschreckt sei durch ihren Bericht, dass ich glaubte, mein Impuls, sie an solchem Agieren zu hindern, sei nutzlos und müsse erfolglos bleiben. Ich hätte das Gefühl, im Augenblick völlig entmachteter zu sein und meine therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr zur Verfügung zu haben, da ich mich im Moment nicht gelassen genug auf sie einstellen könne.

Diese Gegenübertragungsmittelung brachte die Patientin dazu, sich damit auseinanderzusetzen, was sie mit ihrem Agieren in der therapeutischen Beziehung bewirkte. Gleichzeitig konnte sie mit ihren gesunden Anteilen abschätzen, dass sie damit auf die therapeutische Beziehung Einfluß hatte, sie also nicht völlig ausgeliefert war. Sie konnte überdies emotional erfassen, dass auch ich die therapeutische Beziehung anders wollte als in Form ihres alten familiären Macht-Ohnmacht-Spiels.

Nun noch zu einigen therapeutischen Besonderheiten bei Adoleszenten:

Dass eine psychoanalytische Behandlung von Adoleszenten nicht im Liegen stattfindet, jedenfalls in der Regel nicht, ergibt sich schon aus der Ich-Schwäche, die eine zu große Angst und damit eine Blockierung der Therapie nach sich ziehen würde.

Einen Schritt weiter gedacht ist dann, dass auch das Sich-gegenüber-sitzen, das reine therapeutische Gespräch durchaus seine Bedrohlichkeiten haben kann und auch Behandlungswiderstände nach sich ziehen.

So können Methoden nützlich sein, bei dem das Gespräch mehr beiläufig, sozusagen neben anderen Tätigkeiten abläuft.

Ich erinnere mich an die Behandlung einer magersüchtigen Jugendlichen, die mich listigerweise dazu überredet hatte, die Therapie in Form von Spaziergängen durchzuführen, wobei sie im Auge hatte, sich durch die körperliche Bewegung Kalorien abzustampeln.

Allerdings, so schätze ich, war dieser Vorschlag auch aus der Erfahrung der ersten Therapiestunde gekommen, in der dieses Mädchen plötzlich eine massive Heiserkeit hatte und nicht sprechen konnte. Wie sich später herausstellte, hatte ihr eine Schwester in durchaus bester Absicht gesagt, dass sie in ihrer Therapie über all ihre Probleme sprechen müsse. Das hatte das arme Mädchen so verschreckt, dass ihr nun die Sprache wegbliebt.

Aber zurück zu dem Vorschlag spazieren zu gehen: Nach einiger Überlegung, dass sie nicht so sehr an Gewicht verlieren würde, sie auch nicht in einem so besorgniserregenden körperlichen Zustand war, stimmte ich ihrem Vorschlag zu.

Es war erstaunlich, wie durch die Beiläufigkeit, mit der während des Spazierengehens unsere Gespräche stattfanden, es dem Mädchen dann möglich wurde, auch über ihre bedrückendsten und schwierigsten Probleme zu sprechen, wie sie in diesem Rahmen eine Beziehung von Vertrauen aufbauen konnte, die wahrscheinlich im Behandlungszimmer im direkten Gegenübersitzen nicht hätte entstehen können.

Etwas Ähnliches erwähnt Annemarie Dührssen, die vorschlägt, mit hospitalisierten Adoleszenten Tischtennis oder, wie sie es nennt, "Pingpong" zu spielen. Das Spiel selbst absorbiere nicht so, dass nicht nebenher ein Gespräch geführt werden könne. Andererseits könnten Gesprächspausen zwanglos und ohne Verlegenheit überbrückt werden. Weiterhin könne durch die körperliche Aktivität Geschicklichkeit, Reaktionsvermögen und Aktivität vom Therapeuten beobachtet, vom Patienten geübt und auch mit einigem Stolz vorgeführt werden.

Ich denke, ich sage hier nichts grundsätzlich Neues, da ja in vielen Therapieformen, etwa der Gestalttherapie oder der Beschäftigungstherapie sich eben während des Tuns zwanglose Gespräche ergeben, die häufig viel Persönlicheres beim Patienten aufkommen lassen, als dies bei der psychotherapeutischen Standardsituation möglich wäre.

Sprache ist überhaupt so eine Sache: Über weite Strecken der Therapie kann es nämlich durchaus möglich sein, dass die Sprache nur als Mittel zur Aufrechterhaltung der Beziehung benutzt wird, nicht so sehr als Medium für Mitteilungen. Das zitieren mehrere Autoren. Cremerius merkt an, dass der Gebrauch der "Sprache als Aktion" in der frühen Kommunikation der Eltern mit dem Kind etwas völlig selbstverständliches sei, wobei das Kind natürlich noch nicht den Inhalt der Sprache versteht.

Sprache kann auch als Widerstand benutzt werden. Hilde Bruch merkt an, dass während der schlimmsten Krankheitsphase Anorektikerinnen z.B. so mit ihren Gedanken beschäftigt sind, dass sie diese und nur diese, nicht ihre Gefühle, immer wieder in Worte kleiden, sich dabei sehr kompliziert ausdrücken, ihre intellektuelle Stärke über komplizierte Wort- und Satzgebilde zu beweisen versuchen, um ja nicht ihre Unterlegenheitsgefühle und Ängste merkbar werden zu lassen. Ihr Kommunikationsstil sei dann häufig sehr geschraubt, häufig anmaßend und immer todernt, gänzlich frei von Humor.

Die Widerstandsbearbeitung in diesem Fall würde dann nicht im Deuten bestehen, sondern darin, dass der Therapeut einen einfachen umgangssprachlichen Kommunikationsstil beibehält, eigene Erlebnisse und Gefühle mit ins Gespräch bringt und durch die eigene Sprache emotional spürbar bleibt.

Tiefenpsychologische Deutungen sind bei Adoleszenten mit größerer Vorsicht zu handhaben als bei erwachsenen Patienten. Häufig ruft eine tiefenpsychologische Deutung Widerstand schon deshalb hervor, weil damit der Therapeut sich den Anschein gibt, vom Patienten etwas zu wissen, was dieser selbst nicht weiß, bei

ich-schwachen Patienten eine unerträgliche Vorstellung. Überdies kann es bei Adoleszenten den Eindruck hervorrufen, dass er wieder mal bevormundet und ihn nicht gelassen wird, wie er in Wirklichkeit ist.

Zum dritten kann bei Patienten, die sehr an der Schwelle des Realitäts- und Ich-Verlustes stehen, die Deutung den Charakter von Gedankenlesen und Hellsehen annehmen, etwas, was dann dazu beitragen kann, den Patienten über die Grenze des Realitätsverlustes hinweg in die Psychose zu stoßen.

Was ich Ihnen mit all diesen Ausführungen zum therapeutischen Vorgehen versucht habe zu vermitteln, ist, dass es wichtig ist, mit Adoleszenten in der Therapie sehr vorsichtig, vorsichtiger als z.B. mit Kindern oder Erwachsenen, umzugehen, dass es wichtig ist, sich möglichst flexibel auf den Patienten in seiner Persönlichkeit einzulassen, andererseits aber auch genug der eigenen Persönlichkeit ins Spiel zu bringen, um dem adoleszenten Patienten die Möglichkeit zu geben, in einer Realbeziehung die eigenen Schwierigkeiten Schritt für Schritt besser lösen zu können.

Vieles davon ist, wie sie sich denken können, natürlich nicht allein für die Therapie von Adoleszenten spezifisch, sondern läßt sich ohne weiteres auch auf die Therapie mit erwachsenen Patienten mit Frühstörungen übertragen.

Zum Schluß noch eine Teil einer Geschichte, die mir eine 19-jährige Patientin geschrieben hat, als sie nach dem Abitur zum Studium in eine anderen Stadt ging und mir zum Ende der Therapie noch ein Geschenk machen wollte:

"Einmal ist ein Schmetterling einem seltsamen Kaninchen begegnet. Das muß erzählt werden:

Also, der Schmetterling war derzeit ein wenig flügellahm und klagte: "Ach, meine Flügel tragen mich nicht mehr. Alles scheint mir so hoch, beängstigend hoch, und unmöglich zu überwinden."

"Mmh" machte das Kaninchen, dachte eine Weile nach, stellte sich dann auf den Kopf und sagte: "Es kommt auf die Einstellung an! So betrachtet sieht das alles gar nicht hoch und unüberwindlich aus. Das scheint ganz einfach zu sein; ist es aber nicht - denn dabei verliert man erst ganz schön den Boden unter den Füßen und gerät aus dem Gleichgewicht. Es ist ein ganz neuer, fremder Anblick; aber es tut oft gut, die Dinge neu zu sehen."