

Schmölzer, Christian

Angst und Adoleszenz

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 9, S. 320-327

urn:nbn:de:bsz-psydok-35847

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psyhic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibungsschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkomentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Angst und Adoleszenz

Christian Schmölzer

Zusammenfassung

Anhand einer Einzelfalldarstellung eines adoleszenten Patienten mit einer Angsthysterie wird die Bedeutung der Integration altersspezifischer Erfahrungen der Spätadoleszenz beschrieben. Als Modelle für die Ablösung vom Elternhaus dienen dabei die Ablösung vom Primärobjekt und der (erneute) Einsatz von Übergangsobjekten. Weiter wird die Bedeutung der Angst als Promotor der Entwicklung an dieser Schwelle dargestellt.

1 Einleitung

Der Entwicklungsverlauf während der Adoleszenz hat „Schwellencharakter“ und somit entscheidende Bedeutung für die Ausbildung einer gesunden Ich-Identität und der sozialen Kompetenz des Heranwachsenden auch für das weitere Leben. Aufgrund des immer rascher voranschreitenden gesellschaftlichen Wandels, der ständigen Veränderung unseres Werte- und Normensystems und der Viel-

zahl wechselnder Identifikationsangebote wird es für den Jugendlichen immer schwerer für sich seinen Standort in dieser Welt zu finden. Die körperlich sexuelle Reifung und die damit einhergehende veränderte Körpererfahrung erfordern die Entwicklung einer neuen Körper- und Geschlechtsrollenidentität. Aufgrund der zunehmenden Unabhängigkeit vom Elternhaus und der Familie als primärem Bezugssystem und der wachsenden Bedeutung der Erfahrungen in der Peer-Group (und anderen Sozialisationsinstanzen) verlieren bisherige Orientierungen und Werte an Gültigkeit, wurden neue Orientierungsleistungen nötig.

Dieses Aufbrechen und Suchen verspricht einerseits Selbständigkeit, bringt jedoch andererseits den Verlust der Geborgenheit. Die Folge ist ein erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit, wie es LAUFER als typisch für die Phase der (Spät) Adoleszenz beschrieben hat [1, 5].

Typisch jedoch auch, das Auftreten von Ängsten in Schwellensituationen des Lebens, an den Übergangsstellen von einer atypischen Phase in eine andere [7, S.184]: Überall wo das Ich beim Übergang von einer Phase in die

andere seine bisherige Position aufgeben muß, überfällt es Angst [7]. Die Entstehung der Angst ist geradezu notwendig als Symptom der Zentroversion – der Selbstentfaltung. Sie hilft die Trägheit zu überwinden an Altem, Gewohntem festzuhalten, das zum Drachen der Regressionsgefahr wird, der vom Helden-Ich der Progression besiegt werden muß. Die Angst ist – zumindest, wenn sie nicht ich-überwältigend ist – ein Entwicklungssymptom. Sie ermöglicht eine notwendige Neuorientierung, indem sie dem Ich das, was zu fürchten ist, zur Erfahrung bringt. Was C. G. JUNG und NEUMANN für die kindliche Angst beschrieben haben, trifft auch für die pubertäre und adoleszente Angst zu: Die entwicklungsnotwendige Angst führt zu einer fortschreitenden Ich-Stärkung, ermöglicht, ja erzwingt, die Bewußtseinsentwicklung. Gerade durch die in jeder Angst lebendigen Bedrohung des Ich, die Gefahr der Auslöschung des Ich, wird reaktiv eine Verstärkung des Ich herbeigeführt [7].

Die diese Entwicklung begleitenden Prozesse der Emotionalisierung und Abstrahierung münden in eine Verstärkung der Ich-Festigkeit. So wird dem Ich eine immer größere Libidomenge zugeführt, die dann zur Angstüberwindung, Ich-Stärkung und Welteroberung eingesetzt werden kann.

In Anlehnung an SANDLER beschreibt BERNA-GLANTZ dies in ähnlichen Worten: Die Erschütterung des Sicherheitsgefühls durch die beginnende Loslösung von der Familie scheint in diesem Alter normalerweise zu einer erhöhten Tätigkeit der Wahrnehmungsfunktion des Ich zu führen [1, 10]. Aus psychoanalytisch-objektpsychologischer Sicht postuliert sie dabei, daß auch für diese spätadoleszente Übergangsphase Übergangsphänomene erneut große Bedeutung erlangen.

Wie das Übergangsobjekt dem Säugling die Wahrnehmungskontinuität verschafft, die es ihm ermöglicht den Schritt in eine neue Beziehungsebene zu wagen, derjenigen der eigentlichen Objektbeziehung zur Mutter, so helfen Übergangsphänomene auch dem Spätadoleszenten beim Übergang aus dem erweiterten Familienkreis zunächst ins Unüberschaubare der weiteren Kreise der Gesellschaft. Sie stellen eine emotionale Kontinuität dar, die die notwendige Sicherheit gibt, überholte Beziehungen zu den Eltern aufzugeben und neue erwachsene Beziehungen zu entwickeln. Dieses persönliche Übergangsphänomen kann in einem beruflichen Ziel, einer weltanschaulichen Überzeugung, politischem Engagement, einer sozialen, humanitären Aufgabe, wissenschaftlichem Interesse oder in der Verwirklichung einer künstlerischen Begabung bestehen.

Auch eine vorübergehende psychotherapeutische Begleitung, sei es in ambulanten oder stationären Rahmen, kann diesen Übergang erleichtern und manchmal auch ein „notwendiges psychosoziales Moratorium“ [3] schaffen. Progressive Schritte erfolgten oft erst nach Phasen narzißtischer Restitution. Zur Überwindung von Angst sind ausreichend konfliktfreie Rückzugsorte notwendig. A. STRECK-FISCHER spricht in diesem Zusammenhang von entwicklungsförderlichen „Laufställen“: Aktiv zu gestaltende Bewegungsräume, die je nach Alter und Entwick-

lungsniveau ermöglichen Neues zu erfahren und zugleich Begrenzungen und Reibungsflächen bieten mit Hilfs-Ich-funktionen [13]. Diese für die Adoleszenz spezifischen Themen erscheinen auch in der folgenden Therapie, hier speziell unter der Perspektive einer vorwiegend angsthysterischen Färbung.

2 Darstellung des Therapieverlaufes

2.1 Vorgeschichte

Ludwig ist zu Beginn der Therapie 17 Jahre alt. Er leidet unter multiplen, ihn quälenden Ängsten und Selbstzweifeln, bei allem was er macht. Anfänglich stehen Versagensängste, vor allem Schuldängste, im Vordergrund. In diese Ängste steigere er sich so hinein, daß er Panik bekomme und keinen Ausweg mehr sehe. Diese Ängste stehen in auffälligem Kontrast zu den Leistungsbeurteilungen durch seine Lehrer. Ludwig hat stets einen Notendurchschnitt zwischen 1 und 2 und gehört mit zu den Besten der Klasse. Das letzte Jahr habe er „nur“ als Drittbester der Klasse abgeschlossen. Weiter leidet er unter Ängsten, daß seinen Eltern etwas zustoße; einmal habe er geträumt, daß seine Eltern umgebracht würden. Neben diesen massiven Ängsten plagten ihn noch Selbstzweifel, er mache alles falsch, er strengte sich zu wenig an; dies schränke ihn immer mehr ein und er denke stets im Kreis und habe große Angst, daß er „irgendwann einmal“ weder aus noch ein wisse und sich das Leben nehme.

Ludwig kommt in Begleitung seiner Mutter zum Vorstellungsgespräch, ein 2mal konsultierter niedergelassener Nervenarzt hatte wegen der ausgeprägten Angstsymptomatik eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung empfohlen. Die Mutter berichtet ergänzend nach der ausführlichen Beschwerdeschilderung ihres Sohnes, daß er immer schon ängstlich, empfindsam, schüchtern, gewissenhaft und leicht erregbar gewesen sei. „So hineingesteigert“ wie jetzt, habe er sich jedoch erst seit einem halben Jahr, als er nach einem Schulwechsel in ein Internat in die Nähe seines Heimatortes kam.

Ludwig wuchs zusammen mit seinen 3 Geschwistern in streng katholischem bäuerlichem Milieu auf. Eine Landwirtschaft wurde von der Mutter nebenerwerbsmäßig betrieben. Seine beiden 9 und 7 Jahre älteren Schwester sind beide verheiratet und seit 3 Jahren außer Haus. Sein 5 Jahre älterer lediger Bruder wohnt noch zuhause. Vor allem zu der älteren Schwester hatte er immer schon eine enge Beziehung, sie war für ihn eine Art Vizemutter. Probleme besprach er stets mit dieser Schwester oder seiner Mutter. Immer schon problematisch war sein Verhältnis zu seinem Vater und seinem Bruder, die sich im Wesen sehr ähneln, „fünf gerade sein lassen“, sich kaum um Familie, Haushalt und Zusammenleben kümmern und „die Mutter sehr belasten“. Im Gegensatz dazu stand er selbst der Mutter stets zur Seite, identifizierte sich mit ihr. Seit einem Dreivierteljahr besucht er als einziger der Familie das Gymnasium.

2.2 Initiale stationäre Therapie

Aufgrund des starken Leidensdruckes wird Ludwig eine initiale stationärer jugendpsychotherapeutische Behandlung angeboten. Die sollte ihm auch ein notwendiges „psychosoziales Moratorium“ verschaffen, wie es von ERIKSON in Anlehnung an die Übungsphase der frühkindlichen Entwicklung, als Phase des Aufschubs in der Adoleszenz mit seinen Autonomiekonflikten beschrieben wurde [1, 3].

Die heimelige, gemütlich-familiäre Atmosphäre der Station mit dem ländlichen Ambiente dürfte dem Patienten den Schritt erleichtert haben, i. S. eines für ihn tauglichen Übergangsobjektes, das zumindest teilweise eine emotionale Kontinuität durch die „Vertrautheit“ herstellen kann [1, 14]. Die Station befindet sich extramural in dem Wohntrakt eines ehemaligen Bauernhauses im Grünen. Auch die Bereitschaft der Eltern regelmäßig in 14-tägigen Abständen zu Familiengesprächen auf Station zu kommen, dürfte zusätzlich zu einem Gefühl der Sicherheit i. S. der Wahrnehmungskontinuität eines Übergangsobjektes beigetragen haben [1, 10].

Dies erscheint uns auch deshalb von Bedeutung, weil schon im Vorstellungsgespräch deutlich wurde, wie z. T. reale Ängste Ludwigs, seinen Platz in der Familie zu verlieren, Auslöser der jetzigen Symptomatik waren: Ludwig war vor einem Dreivierteljahr aus finanziellen Erwägungen ins Internat gekommen (nur so bekam er Bafög) und zeitgleich nahm die Mutter einen 12-jährigen Pflegesohn auf, der auch noch in Ludwigs Zimmer kam. Als Motiv gab sie an, sie habe Angst gehabt, daß das Haus so leer wurde und daß sie einsam wäre. So sei es ihr leichter gefallen ihren jüngsten Sohn ausziehen zu lassen. In den Familiengesprächen nahmen die Ablösungsthematik und Verlassenheitsängste dementsprechend breiten Raum ein.

2.3 Ambulante Fortsetzung der Therapie

Schon am Ende des Vorstellungsgesprächs war eine anschließende ambulante Psychotherapie nach einer 2monatigen initialen stationären Phase vereinbart worden. Die ambulante Psychotherapie erstreckte sich über einen Zeitraum von etwa 1 Jahr und fand anfänglich 2mal wöchentlich, später 1mal wöchentlich statt. Um auch äußerlich die zunehmende Autonomie abzubilden, wurde diese Phase nicht mehr von familientherapeutischen Gesprächen begleitet, sondern „nur“ als Individualtherapie fortgeführt.

2.4 Angst und Sicherheitsbedürfnis

Vor allem zu Beginn der Therapie nahm die ausführliche Schilderung der Angstsymptomatik und der Selbstzweifel breiten Raum ein. Ludwig konnte manchmal ganze Stunden ausfüllen, indem er mit jammernder vorwurfsvoller Stimme seine Ängste „ausmalte“: Ängste zu versagen, sich das Leben einmal nehmen zu müssen, die Schule nicht zu schaffen, Ängste, daß ihm nicht geholfen werden könne, Ängste „durchzudrehen und in Panik zu geraten“. Dabei saß er meist am Rand des Sessels mit geradem, aufrechtem Oberkörper und hängenden Schultern, blickte mich nur sehr selten an, um wieder ohne Punkt und Komma auf seine Ängste zu sprechen zu kommen. Besonders auffällig war seine fast durchgängig hohe vorpubertäre Stimmlage. Sprach er einmal nicht von seinen Ängsten, wechselte er meist sofort auf die detaillierte Beschreibung seiner Selbstzweifel, seines „verqueren Denkens“:

„Ich will meine Selbstzweifel abbauen, will Vertrauen gewinnen. Ich habe immer das Gefühl, daß alle mir nicht helfen können, weil ich es nicht richtig ausdrücken kann, gleichzeitig habe ich das Gefühl, ich will, daß mir geholfen werde, sitze aber nur so im Sessel und tue nichts dafür. Diese Gedanken hemmen mich. Ich erlebe immer wieder Grübelzustände, in denen 2 Gedankengänge in mir miteinander kämpfen. So kommentiere ich häufig innerlich, während ich eigentlich anderen im Gespräch zuhören will: „Du mußt jetzt unbedingt zuhören.“ Kann dann, weil ich mit den kommentierenden Gedanken beschäftigt bin, nur die Hälfte des Gesagten auffassen.“

Interventionen und Ansätze von Deutungen von meiner Seite beantwortet Ludwig in dieser Zeit häufig mit „ich habe das Gefühl, sie haben mich nicht vollkommen verstanden“ oder „es fällt mir schwer zu glauben, daß jemand weiß, wie es um mich steht“, um dann lang und breit auf seine Zweifel zu sprechen zu kommen, Begriffe nicht richtig angewandt oder verstanden zu haben, nicht richtig zugehört zu haben, nicht alles richtig gesagt zu haben.

In dieser Phase der Therapie war die „distanznerhaltende Funktion des Immer-reden-müssens“ und das stereotype Wiederholen der Angstsymptomatik auch als Ausmaß der ungestillten Sicherheitsbedürfnisse ersichtlich, wie sie als typisch für Angstneurotiker geschildert werden [4, 6, 7, 11]. Ich hatte große Schwierigkeiten „Platz zu haben“ mit meinen Interventionen, bei der pausenlosen Schilderung seiner Ängste. An Gegenübertragungsgefühlen standen Ohnmacht, Hilflosigkeit, aber auch Ärger, Wut und das Gefühl mißbraucht zu werden im Vordergrund. Parallel dazu konnte Ludwig vor allem über das Erleben seines Heimwehs „besser ins Gefühl kommen“. Er kam sich auf Station allein und verlassen vor, klagte, daß

„ich auch hier niemand habe, wenn es mir nachts schlecht geht. Es ist so kalt in mir. Auch zu Hause habe ich in letzter Zeit zunehmend das Gefühl gehabt, allein und hilflos zu sein und immer wieder Phantasien von meiner eigenen Beerdigung, wie meine Mutter an meinem Grab zusammenzubrechen scheint, total weint, obwohl sie doch schon genug Sorgen hat. Da darf ich ihr nicht noch mehr Kummer machen“.

In dieser Zeit erlebt Ludwig schon die kleinsten expansiven Wünsche als gefährlich und sie führten meist zu prompter Aktualisierung der stereotypen Angstschilderungen. Dies wird vor allem ersichtlich, wenn Ludwig auf die Beziehung zu seiner Freundin zu sprechen kommt, auch dann äußert er meist Ängste, seine Mutter zu verlieren, ihr damit weh zu tun.

Auch hier schien die Schilderung der Ängste die wichtige Funktion eines Übergangsobjektes zu erfüllen, das zur Wahrnehmungskontinuität beitrug und vor der Gefahr des Objektverlustes schützte [1]. Beziehungen wurden eher auf mechanistisch funktionelle Art eingegangen [6, 11]. Im weiteren Verlauf nahm dann das Ausmaß der Angstschilderungen ab. Ludwig hatte auch immer seltener das Gefühl „nicht das Wichtigste zu finden, damit ich auch dieses Thema in der Stunde zu Ende bringen kann.“ Damit einhergehend entstand immer mehr Platz für Pausen. Die Fähigkeit, auch dem Gegenüber zuhö-

ren zu können, nahm zu. Er schien sich seiner selbst und seines Gegenübers sicherer zu werden. Als Ausdruck dessen wechselte er häufiger in eine tiefere Stimmlage. Die Schilderung seiner Ängste wurde zunehmend zu einem Ritual, vor allem zu Beginn und am Ende der Stunde regredierte er in seine Ängste, fast wie um sich „anlehnen zu können“. Später, gegen Ende der Therapie, schmunzelte er dann selber, wenn er bemerkte, daß er wieder von einer Angst zur anderen gekommen war. Offensichtlich war er zunehmend weniger auf die Aktualisierung dieser stereotypen Interaktion in der gegenwärtigen Beziehung zum Therapeut angewiesen.

Insgesamt war während des Verlaufes das Sicherheitsbedürfnis stets mit im Vordergrund neben der Identitätsfrage. Ludwig formulierte später in einer Zeit, als seine Selbstzweifel und die Frage „wer bin ich“ breiten Raum einnahm

„in den meisten Situationen konnte ich mich nicht auf mein Gefühl verlassen“.

Er verband dann damit auch das heute Sich-verlassen-können auf seine Ängste und Zweifel:

„Wenn ich meine Ängste, meine Zweifel, mein komisches Denken nicht ernst nehme, ihnen keine Bedeutung beimesse, dann messe ich doch auch mir als Person keine Bedeutung zu.“

In dieser Zeit beschäftigte er sich viel mit seinen Gefühlen, ohnmächtig, hilflos zu sein, aber auch haltlos und konnte dies vor allem über das Erleben der körperlichen Äquivalente verbalisieren:

„Mein Kopf ist so komisch, ich kann ihn gar nicht mehr ruhig halten, er wackelt hin und her. Er zittert so, als ob er sich von allein bewegt, so haltlos. Ich fürchte meinen Kopf zu verlieren, meinen Körper nicht mehr so im Griff zu haben, die Kontrolle zu verlieren.“

Er äußerte immer wieder Ängste in ein Loch zu fallen. In dieser Zeit traten vermehrt Zwänge auf, er mußte häufig kontrollieren, ob er etwas erledigt, z.B. die Tür abgesperrt hatte. Er wusch sich im Zusammenhang mit seiner Angst nach Selbstbefriedigung Spermata verteilt zu haben, mehrfach die Hände und mußte sich lange duschen.

2.5 Die psychosexuelle Identitätsfindung

Gerade in der Zeit der Adoleszenz ist die psychosexuelle Identitätsfindung eine besondere Aufgabe, die besondere Integrationsleistungen erfordert. Die Zunahme des Triebdrucks, die notwendige Loslösung von den Eltern führen jedoch oft zu einer Krise mit zumindest vorübergehender massiver Schwächung der Strukturen des Ich [12].

Auch wenn ich hier speziell den Verlauf der Therapie unter den einzelnen Subthemen referiere, bedeutet dies natürlich nicht, daß die einzelnen Themen zeitlich exakt hintereinander auftraten. Alle Themen waren über die gesamte Therapiedauer virulent, wenn auch eine gewisse zeitliche Verschiebung des Hauptthemas zumindest in der Tendenz festzustellen war.

Die Inhalte der Ängste „verschoben“ sich immer mehr, auch der Charakter der Ängste änderte sich. Standen anfänglich intentionale und orale Themen im Vordergrund, bewegten Ludwig später zunehmend anale und phallische Themen: Ängste sich an AIDS infiziert zu haben, Ängste Spermata überall verstreut zu haben, alles beschmutzt zu haben und vor allem Phantasien, durch Selbstbefriedigung seine Schwester, aber auch andere Frauen geschwängert zu haben. Während dieser Zeit war seine Schwester zum 2. Mal schwanger geworden und er war „zeitweise wie besessen von der Idee“ das Kind könnte von ihm sein. Die Ängste bekamen auch eine andere Qualität dadurch, daß sie unbewußt immer mehr lustvoll besetzt waren und auch in Szene gesetzt wurden. So entschloß ich mich auch den Terminus Angsthysterie nach der Definition von Eicke [2] zu benutzen und nicht den der Angstneurose.

Schon bei einem der ersten Gespräche meinte Ludwig, daß er schon in der Kindheit an Zwängen gelitten habe, stets kontrollieren mußte. Vor allem sei ihm in Erinnerung geblieben, wie er die Tür zum Schweinestall des elterlichen Bauernhofes immer wieder kontrollieren mußte, ob sie ja zu sei, „sonst könnte ja was rauskommen“. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, auf die frühe Reinlichkeitserziehung von Ludwig hinzuweisen, sowie auf den Einfluß der lustfeindlichen Erziehung in der ländlich katholischen Region. Ludwig war ebenso wie sein Vater Organist in der Kirche, seine Mutter half regelmäßig die Kirche auszuschmücken. Ludwig betonte später, er könne sich heute noch nicht vorstellen mit Vater oder Mutter über Sexualität zu sprechen. Aufgeklärt worden sei er weitgehend von seiner Schwester. Auf der anderen Seite berichtet Ludwig, daß er bis zum 16. Lebensjahr mit seiner Schwester in einem Doppelbett geschlafen habe. Er war auch als Kind schon mehrfach Zeuge der Urszene. Sexualität habe ihn schon sehr früh fasziniert.

Vor allem in der Zeit, in der Ludwig fast ritualmäßig die Stunden mit den „massiven Ängsten“ eröffnet, daß er seine Schwester geschwängert haben könnte, die Zeit, in der er auch unter Ängsten leidet an AIDS erkrankt zu sein oder sich zu infizieren (er hatte bis zu diesem Zeitpunkt noch keinen Geschlechtsverkehr), rücken sexuelle Themen immer mehr in den Vordergrund: Ich erfahre, daß er schon mehrfach, einmal sogar während des Unterrichts einen Samenerguß bekommen habe, wenn er sich in eine „ausweglose Situation“, eine Panik hineingesteigert habe. Er spricht dann immer wieder davon, daß er standhaft bleiben müsse und nicht immer der Angst (Lust!?) nachgeben dürfe. Öfters appelliert er an sich „ich muß mehr aufpassen“. In der Schule belegt er möglichst viel Fächer, „dann habe ich nicht die Chance, mich in die wenigen Fächer richtig hineinzusteigern, denn wenn ich Zeit hätte, wär da sofort mein schlechtes Gewissen“. Er hat viele sexuelle Träume:

„Ich bin in der Kirche und spiele mit meinem Geschlechtsorgan. Dann wache ich auf und habe einen Samenerguß.“ Ein anderer: „Außerhalb des Dorfes in einem Graben liegt ein totes

Kind, das ermordet worden ist. Anschließend an den Traum bin ich eingeschlafen und habe einen nächtlichen Samenerguß gehabt. Ich habe dann das Gefühl gehabt, ich „sollte mordsviel beten“, damit mir geholfen werden kann, damit ich mich vor mir selber schützen kann“.

2.5.1 Das Erleben der ödipalen Bindung

In dieser Zeit durchlebt er heftige widerstreitende Gefühle nach mehr Geborgenheit. Wünsche, Kind bleiben zu dürfen, („ach wär ich doch noch so naiv“), Wünsche nach mehr Nähe zur Mutter und Schwester bis hin zu Inzestphantasien und Träumen. Mit zunehmender Intensität dieser Inzestphantasien entwickelt Ludwig vermehrt magische Vorstellungen und Rituale: Selbst kleine Details werden als gutes oder schlechtes Omen gedeutet, seine eigene Phantasie und sein Denken empfindet Ludwig als „so furchtbar real“.

Er erinnert, wie er seinem Vater mehrfach den Tod gewünscht hatte, wie er lange Zeit mit Phantasien sich getragen habe, er habe einen anderen Vater („obwohl meine Mutter sicher nie fremdgegangen ist“). Er erlebt, wie er heute noch fest davon überzeugt ist, „für die Mama eigentlich der bessere Ehemann zu sein“. Auch seine Schwester, die er „so hartnäckig schwängert“, erlebt er mehr als Vizemutter, denn als Schwester, will sie weiter zur Mutter machen. Eine Deutung in dieser Richtung macht ihn sehr nachdenklich.

Andererseits formuliert er immer heftiger seine Wünsche nach Freiheit, Autonomie, Loskommen wollen. Er wurde zunehmend „motzig und patzig“, vor allem seiner Mutter gegenüber, auch wenn er dies mit vielen Schuldgefühlen erkaufte.

2.5.2 Korrektur des Vaterbildes

Es folgt eine Phase, in der Ludwig vermehrt einbringt, daß mit ihm „etwas verkehrt“ sei, sein „Denken sei so abartig, so komisch“:

„Es ist mir alles zuwider. Wenn ich meine Ängste nicht hätte, dann wäre da Ekel, ich finde mich selbst zum kotzen.“

Darauf bringt er seine Ängste ein, homosexuell veranlagt zu sein, er berichtet über mehrere aktuelle homosexuelle Träume. In letzter Zeit würden ihn Bilder von Männern viel mehr faszinieren, als weibliche Aktphotos.

Nach dieser Zeit ändert sich auch zunehmend seine Einstellung zu seinem Vater, über den er anfangs meist Abscheu und Ekel äußerte und auf dessen Unzuverlässigkeit, geringe Reinlichkeit und übermäßigen Alkoholkonsum er naserümpfend hinwies.

Er teilte anfangs die Familie in 2 Fraktionen. Als ich ihn aufforderte, ein typisches Familienbild mitzubringen, brachte er ein Bild mit, in dem dies auch zum Ausdruck kam: Der Vater und sein Bruder und seine zweitälteste Schwester auf der väterlichen Seite, seine Mutter, seine älteste Schwester sowie er auf der mütterlichen Seite. Er betonte immer wieder, daß dies auch die Lebenseinstellung widerspiegelte: Väterlich, dazu gehöre auch sein Bruder und mit Abstrichen seine zweitälteste Schwester, stehe bei ihm für „Fünfgeradeseinlassen, in den Tag hineinle-

ben, sich über etwas hinwegsetzen, keine Verantwortung übernehmen, sich um nichts zu kümmern“. Wohingegen mütterlich stehe für „aufopferungsvoll sich um alles kümmern, immer zuständig sein, unter Streß stehen, sorgfältig und zuverlässig alles zu Ende führen, kritisch hinterfragen“.

Wohl gerade deshalb, weil Ludwig überwiegend mit Verachtung von seinem Vater sprach, er ganz offensichtlich zu wenig positive Identifikationsmöglichkeiten entwickeln konnte, ihm die Bewunderung für den Vater und damit die Voraussetzung für eine ödipal rivalisierende Beziehung fehlte, war für den Therapieverlauf die positive Vaterübertragung von großem Nutzen. Über lange Strecken hatte ich das Gefühl „Beichtvater“ zu sein, ein Vater, dem man endlich auch die eigenen Schatten-, Schwachstellen anvertrauen kann, wobei ich zeitweise ob der ausgeprägten Angstsymptomatik immer wieder an eigene Grenzen stieß, ungeduldig oder ärgerlich wurde.

Später begann er dann, als er sich genügend angelehnt hatte, zunehmend sich mehr mit mir zu reiben, sich auseinanderzusetzen, dabei war ihm sehr hilfreich, daß er 2 Lehrer hatte, die für ihn weitere positive Identifikationsmöglichkeiten darstellten und mit denen er mich oft verglich und Widersprüche feststellte:

„Wenn ich irgendwo auf einen Widerspruch zu Ihnen stoße, verdränge ich das, will ich das nicht. Ich denke aber gleichzeitig, daß ist falsch. Auch wenn ich dazu eine Hürde nehmen muß und es mir nicht leicht fällt, ist es für mich wichtig, dazu zu stehen.“

Seine Fähigkeit zu rivalisieren erlebte er auch gegenüber seinem Schwager:

„Es ist schon merkwürdig, wie hartnäckig bei mir die Schwangerschaftsphantasien sind. Ich glaube, ich habe meinen Schwager nie richtig in der Familie akzeptiert. Vor allem zu Anfang ihrer Beziehung hatte ich immer wieder Phantasien wie, der hat meine Schwester nicht verdient. Ich habe mich auch immer wieder dabei ertappt, wie ich versuchte, ihn bei meiner Schwester auszusteichen.“

Im Laufe der Therapie änderte sich die überwiegend negative Sicht des Vaters. Gerade über die Erkenntnis, daß „stets, pflichtbewußtes Sich-um-alles-kümmern nicht das Gelbe vom Ei ist, dauernd Streß bereitet“, erscheinen ihm Lebenseinstellungen, die er bisher rundweg abgelehnt hat, zumindest partiell erstrebenswert.

„Ach hätte ich nur manchmal diese Gelassenheit und Ruhe meines Vaters oder meines Bruders, manchmal beneide ich sie richtig darum. Ich will nicht immer als ein Hektiker durchs Leben gehen.“

Gerade in einer Zeit, in der er schon deutlich ruhiger wird – als Ausdruck der gewonnenen Sicherheit – nicht mehr so unter Druck steht und redet wie ein Wasserfall, sondern sich im Gespräch auch längere Pausen gönnt, sich mal zurücklehnt, spürt er immer mehr beide Seelen in seiner Brust und damit auch seine Fähigkeiten „Fünf gerade sein zu lassen“ und „sich über etwas hinwegzumogeln“.

2.6 Das Erleben eigener expansiv-aggressiver Impulse

Anfänglich bestimmen die Zweifel Ludwigs, sein heimliches Aber, sein stiller Widerspruch diesen Komplex. Sobald ich jedoch Ärger, Wut, Aggressionen, ja selbst nur das Vorwärtsschreiten (*adgredi*), Rangehen, Eigenwillen – vor allem, wenn derartige Gegenübertragungsgefühle vorherrschten – ins Gespräch brachte, flüchtete sich Ludwig in die Schilderung seiner Ängste.

Dies war wohl mit Ursache dafür, daß aggressiv-expansive Themen nicht so in den Vordergrund traten und auch dann noch relativ spät; das Sicherheitsbedürfnis und die Identitätsfrage standen im Vordergrund. Erst allmählich formulierte Ludwig selbst seine ersten noch zaghaften expansiven Impulse:

„Im Prinzip ist es ja immer so, daß ich überall meine Zweifel draufsetze, mein Aber. Ich frage mich, ob da die Therapie überhaupt wirken kann.“ „Ich habe gestern Klassenkameraden angeschaut, daß ich vor mir selber erschrocken bin, es war total ungerecht von mir; meine Wut hilft mir manchmal, daß mein Heiligenschein ein paar Beulen bekommt.“

In dieser Zeit berichtet er fast beiläufig, daß er meistens immer öfters zu spät in den Unterricht komme, auch erstmals einen Spickzettel in einer Klassenarbeit geschrieben habe. Er berichtet von seinem Neid auf die Mitschüler, die es sich bisher viel leichter gemacht hatten, wohingegen er sich das Leben in der Schule unnötig schwer gemacht habe, indem er immer auf seinen Heiligenschein geachtet habe: „Dabei denken diese Schweinehunde genauso schlecht über mich, wie ich über sie.“

Hatten anfänglich selbst vorsichtige Thematisierungen von Wut und Aggression überwiegend Schuldgefühle und Selbstvorwürfe ausgelöst, so beginnt ihm nach einer gewissen Zeit das Ausprobieren eigener Willensimpulse zunehmend auch Spaß zu machen. Er entdeckt seinen Dickkopf und erforscht seine Techniken, wie er sich üblicherweise durchsetzt, ja wie er manchmal richtiggehend durch die Wand will. Dabei sind seine Gefühle ambivalent:

„Bei dem Thema durchsetzen gegen Sie merke ich, wie ich mich dauernd verteidigen muß; bei dem Machtspiel geht mir die Antenne hoch, weil ich es nicht mit Fleiß mache, irgendwo will ich es und will es doch nicht.“

In der Folgezeit eröffnet er dann mehrere Stunden schmunzelnd mit „der Kampf geht weiter“ und entdeckt, daß für ihn „mit Wut alles leichter“ ist. Gerade in diesem Zusammenhang fällt besonders auf, wie Ludwig eine tiefe sonore Stimme bekommt, seine hängenden Schultern mehr Halt und seine Gesichtszüge mehr Kontur bekommen. Er selbst schildert, daß er vor allem seinen Eltern und Geschwistern gegenüber viel „motziger“, selbstbewußter geworden sei:

„Inzwischen bin ich weniger brav und lieb und unscheinbar, vielmehr aufmüpfig und eigenwillig. Ein Lehrer fragte schon, was mit mir in letzter Zeit los sei. Auch von meiner Schwester lasse ich es mir nicht gefallen als ‚Pimpf‘ angeredet zu werden, habe oft massive Auseinandersetzungen mit ihr.“

In diese Zeit fällt auch eine Auseinandersetzung mit seinen Allmachts- aber auch Ohnmachtsphantasien. Er

phantasiert sich als „den kleinen Professor, den einzigartigen besonderen Ludwig“, sieht vor allem im Zusammenhang mit seinen Omnipotenzphantasien, daß er sich beweisen muß, daß er alles kann. Er sieht sich im Vergleich zu seinem Vater, Bruder oder Schwager als herausragend. Dieser Allmachts-/Ohnmachtskonflikt wird mitgeschürt durch die Tatsache, daß er als einziger in der gesamten Verwandtschaft das Gymnasium besucht. Zunehmend jedoch erlebt er beides gleichzeitig, Größen- und Minderwertigkeitsphantasien:

„Zur Zeit arbeite ich während der Ferien in einem Großhandel. Dabei denke ich laufend, was für eine schwachsinnige Arbeit. Dabei habe ich ein schlechtes Gewissen, da mein Vater und mein Bruder ja dauernd solche Arbeiten verrichten, sie arbeiten und müssen dabei nichts denken. Gleichzeitig kam ich mir dabei richtig minderwertig vor, warum sind meine Eltern so arm, daß ich in den Ferien arbeiten muß.“

Er verachtet die „Primitivität“ und beneidet andererseits gleichzeitig die Offenheit und Direktheit und Unverblümtheit dieses Milieus. Dabei sieht er auch immer mehr seine eigene Arroganz („ich muß da aufpassen“) und sieht auch eine protektive Funktion seiner Ängste in diesem Zusammenhang: „Die Ängste können mich schützen total abzuheben.“

2.7 Die Fähigkeit sich abzugrenzen

Es folgt eine Zeit, in der ihm die Beziehung zu seiner Freundin sehr wichtig wird, er das Bedürfnis verspürt, die Beziehung zu intensivieren und auch eine sexuelle Beziehung zu ihr aufzunehmen. Parallel dazu äußert er dann immer häufiger Wut auf seine Mutter:

„Scheiße, warum läßt mich meine Mutter nicht in Ruhe, und warum kann ich ihr gegenüber nicht gleichgültiger sein. Ich muß einfach zurücktreten, damit mein Vater und meine Mutter gezwungen sind mehr miteinander anzufangen. Wenn ich Wut habe, sage ich mir oft: Es kotzt mich an, sollen doch beide schauen wie es weiter geht, wie sie miteinander klar kommen.“

Die Angst vor der Rache des mütterlichen Introjekts, wenn er geht oder wenn er sich gehen läßt, hat nun inzwischen doch soweit nachgelassen, um dies zu ermöglichen. Auch die anfänglich häufigen Schilderungen von Ängsten, in ein Loch zu fallen wenn er nachlasse, und seine Ekelgefühle traten später nicht mehr auf.

Eine Studienreise mit der Klasse stellte für ihn dann eine Art Versuchs- und Versagungssituation dar: Er erlebte seine intensiven Wünsche, sich abzugrenzen, eigene Wege zu gehen, die Chance nutzen zu wollen, richtig auszuberechnen. Er erlebt andererseits, daß er sich gerade dann besonders intensiv mit der Mutter beschäftigen muß: Als sie ihn danach begrüßt mit den Worten: „Die Abende ohne Dich waren lang nicht so aufbauend“, kann er der Mutter gegenüber zum ersten Mal direkt seine Wut artikulieren und sich abgrenzen:

„Ich bin nicht für Deinen Aufbau zuständig, wende Dich dafür an Deinen Mann. Dieser Anspruch von Dir macht mich ausgesprochen zornig.“

Gerade am Vorbild seines Schwagers kann er die Vorteile erleben „außerhalb des Familienmilieus stehen zu können, nicht so verstrickt zu sein“. Er genießt richtiggehend die neugewonnene innere Freiheit „ohne Schuldgefühle und schlechtes Gewissen eigene Wege gehen zu können“. Er fängt an zu rauchen, auch gegen den Widerstand seiner Eltern und nützt dieses Hilfsmittel, um auf Distanz gehen zu können:

„Wenn ich mir eine Zigarette anzünde, sehe ich auftretende Probleme viel ruhiger, gelassener, wie von außen.“

Mit Humor und blitzenden Augen tröstet er sich, als er wieder einmal auf die Schwangerschaftsphantasien zu sprechen kam: „Wenn meine Schwester in die Wechseljahre kommt, ist dies wohl auch gelöst.“ In einer der letzten Stunden berichtet er von einem Traum:

„Nach einer heftigen Auseinandersetzung mit den Eltern am Vorabend träumte ich, wie mein Vater und meine Mutter in ein Altersheim gehen. Ich habe mich sehr allein gefühlt und geweint. Sie waren müde und altersschwach, wie sie zur Türe hinausgingen. Sie wollten vor allem ihre Ruhe haben, mit nichts mehr zu tun haben.“

Gegen Ende der Therapie war seine Fähigkeit Ambivalenz auszuhalten soweit gewachsen, daß er es auch wagte, Zweifel an der Kompetenz des Therapeuten anzumelden. Das Muster oben/unten wurde zunehmend durch Partnerschaftlichkeit auch in der Therapie ersetzt. Dem vorausgegangen war sein Kampf um Gleichberechtigung mit seiner Schwester, „nicht mehr Pimpfi sein zu wollen“. Er hatte genügend steuerndes Objekt entwickelt, um sich zuzutrauen, selbst Entscheidungen zu fällen.

In den letzten Stunden der Ablösephase formulierte ich dann meine eigene Position wesentlich deutlicher, bezog Stellung, um ihm vermehrt die Chance zu geben, diese Position abzulehnen und so seinen eigenen Weg zu finden.

3 Diskussion

Abschließend möchte ich noch einige Bemerkungen zu den wichtigsten Wirkfaktoren der Behandlung zusammenfassen: Gerade in der Entwicklungsphase der Adoleszenz mit der Aufgabe der psychosexuellen Identitätsfindung können frühkindliche Entwicklungsschritte wieder anklingen und aktualisiert werden. Wie schon in der frühen Kindheit gerät auch der Adoleszente durch die weiterschreitende Ich-Entwicklung in den Konflikt zwischen Abhängigkeit und Freiheit, Heteronomie und Autonomie. Das Wechselspiel von Freiheit und Abhängigkeit, das vom 2. Lebensjahr an das menschliche Leben bestimmt, äußert sich in dem Aufbau einer selbständigen Persönlichkeit mit dem frei entscheidenden Ich-Bewußtsein, wie auch in der Abhängigkeit dieses Ich von der Umwelt und dem Selbst [7]. Eine Schlüsselfunktion auf diesem Weg nimmt dabei die magische Stufe ein, die phantasierte Macht des „Bösen“, die als reale Macht erlebt wird [9]. In der Therapie ist das Wiedererleben

dieser magischen Stufe nötig mit den korrigierenden Erfahrungen am Therapeuten: Er erfährt, daß dieser dadurch nicht erschüttert wird, daß er durch die Aggression, das Böse nicht tiefer verunsichert wird, sondern ein gut Teil davon aushält. E. NEUMANN spricht von der „analn Kastration“, wenn die vom (Körper-)Selbst vertretene Ganzheit des Kindes durch „analn“ Zwang und Entwertung geschädigt wird [7]. Die dadurch entstehende Angst äußere sich insbesondere darin, vom Bösen infiziert zu werden und das Böse der eigenen menschlichen Natur nicht beseitigen zu können (Ludwig: „mordsviel beten zu müssen“). Infektion (Angst vor AIDS), Krankheit, Teufel und Tod (Selbstmordideen) bilden nach NEUMANN eine zusammenhängende Symbol-einheit der anal-unteren Welt, welche das „obere“ Dasein des Kopf-Ich bedroht und dauernd gefährdet (Ludwig: „Ich denke nicht richtig, strenge mich zu wenig an, es muß doch mit dem Denken zu schaffen sein“) [7]. Die anale Seite der Hölle, den Pfuhl, den Schweinestall, gilt es abzuriegeln und die Riegel stets zu kontrollieren. Dieses Gefühl des Unreinseins wird im vorliegenden Fall sicherlich noch verstärkt durch ein Reinheitsideal bigott christlicher Prägung, die die Schuldgefühle des Sündhaftseins hervorrufen. Die Ängste und Zwänge schützen ihn vor dem Bösen, bis dieses Böse erlöst ist und seine Macht verloren hat, und bis es möglich ist, diese Aggression empathisch umzuwandeln in eine Kraft, die er zur Durchsetzung und Abgrenzung im Leben braucht [9]. Die Ängste der adoleszenten Patienten erinnern oft an die trotzig-ängstliche Anklammerung eines „Hänschen Klein“ an seine Mutter, ehe das Kind etwa im 2.-4. Lebensjahr seinen Drang „in die weite Welt hinein“ verwirklicht [8].

Diese Zeit aggressiv motorischer Expansion verbunden mit der Angst um die Mutter, Ärger auf die Mutter, Angst vor der eigenen Courage und später Schuldgefühlen kann als wichtige infantile Wurzel und gesundes Vorbild vieler phobischer Krankheitsbilder, auch einer Angsthysterie in der Adoleszenz, gesehen werden. Dabei wird deutlich, daß z.B. im Unterschied zu depressiven Erkrankungen nicht äußere passiv erlittene Trennungsfahren sondern vielmehr eigene aktive Trennungswünsche mit Phobie und Angst beantwortet werden. Auch in unserem Fall gingen dem Symptomausbruch Expansionsphantasien und -pläne voraus: Umzug ins Internat. Sie wurden dann abgewehrt in der Angsterkrankung und statt Bewegungslust herrschte dann Lähmung der motorischen Möglichkeiten, Anklammerung, Vermeidungsverhalten und Angst vor. Im Verlauf der Therapie wurde auch deutlich wie die Angst den Patienten schützen kann, wenn er zu weit gegangen ist und sei es nur in der Phantasie, und wie sich erst allmählich die Kontrollfähigkeit der motorisch aggressiven Impulse verinnerlichen konnte und eine Entwicklung in Richtung natürlicher Vorsicht und gesunder Realangst als natürliches Reifungsziel [8] möglich wurde.

Für mich wurde auch erlebbar wie in der Adoleszenz Ängste und Phobien als Schild gegen unbewußte aggressive Trennungsfahren die Funktion einer „Abhängig-

keitserhaltungs-krankheit“ erfüllen können. Während für die „normale“ Krise in der Adoleszenz der Reichtum an freiwerdender psychischer Energie und die sich erweiternde Ich-Funktion charakteristisch ist, stand, wie bei vielen neurotischen Krisen, auch in diesem Fall die starke Beharrung und die Verschwendung von Abwehrenenergie im Vordergrund. Die Aufhebung der Amnesie, das Wiedererleben der sexuellen und aggressiven Wünsche und Ängste waren gerade angesichts der lustvollen Besetzung der Angst wohl von besonderer Bedeutung und ermöglichten eine Reifung von der diffusen panikartigen Angst, über die lustvoll besetzte Angst bis zur konkreten Flucht [6, 11]. Dabei gab die „nährend-pflegende“, sicherheitsspendende Funktion der Übertragungsbeziehung die Basis, um unabhängig werden zu können. Eigene Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit konnte als Einsamkeit erlebt werden. Wie das Abnabeln bei Geburt, die Entwöhnung von der Brust und die psychische Geburt des Selbst hat auch das Erwachsenwerden in der adoleszenten Krise als archetypischen Hintergrund den allgemeinen Kastrationskomplex, in dem der Mensch seine Verlassenheit, sein Abgeschnittensein von der Welt „verzweifelt“ erlebt [7].

Die Positivierung des Symptoms Angst, die nähere Betrachtung der „Aufgaben der Ängstlichkeit“ als „archaische Notbremse“ und Entlastung im Sinne der Triebabwehr und Entlastung des überflutungsgefährdeten Ichs erleichterte mir meine Aufgabe und ermöglichte, daß der Platzhalter Angst stufenweise ersetzt werden konnte.

Die Angst als potenter Helfer auf den das Ich in der Kindheit und in der Neurose zurückgreifen kann: Es sorgt für Abwehr, warnt, behütet das Ich in seinen Abhängigkeiten, Geborgenheiten, schafft Begleiter herbei und eröffnet Schutzräume. Die Angst als unentbehrlicher und zunehmend lustvollerer Begleiter des Patienten, deren Funktion zunächst der Therapeut übernimmt, bis der Patient am Ende selbst mehr Triebkontrolle und Bewegungsfreiheit erarbeitet hat [8].

Die initiale stationäre Therapie mit der Geborgenheit in der Peer Group, sowie die anschließende ambulante Therapie erfüllten dabei die Bedingung relativer Konfliktharmonie, um als Übergangsobjekte tauglich zu sein; sie wurden nutzbar als Ruheräume und Rückzugsmöglichkeit. Der Rückzug in die Angst könnte so stufenweise abgelöst werden, Progression wurde wieder möglich.

Summary

Anxiety and Adolescence

Based on a single-case study about an adolescent patient with an hysterical anxiety syndrome the importance of the integration of age-specific experiences in the phase of late adolescence is described. Here the separation from primary objects as well as the (renewed) coming-up of transitory objects serve as models for untieing of bonds between adolescent and parents. Further the relevance of anxiety in promoting the development at that threshold is described.

Literatur

- [1] BERNA-GLANTZ, R. (1980): Von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter. Psych. 34:430-448. – [2] EICKE, D. (1976): Psychologie des 20. Jahrhunderts Band II. München: Kindler. – [3] ERICKSON, E. H. (1970): Jugend und Krise. Stuttgart: Klett. – [4] KÖNIG, K. (1981): Angst und Persönlichkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – [5] LAUFER, M.: Becoming a Separate Person in adolescence – late adolescence. In: Brent Consultation Centre and Centre for the study of Adolescence. London, Monograph 5. – [6] MENTZOS, S. (1984): Die Angstneurose. Frankfurt: Fischer. – [7] NEUMANN, E. (1963): Das Kind. Zürich: Rhein. – [8] PLASSMANN, R. (1985): Phobische Organneurosen. Psychother. med. Psychol. 35: 213-218. – [9] ROHSE, H. (1989): Zwangneurose und Adoleszenz. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 38: 250-256. – [10] SANDLER, J. (1961): Sicherheitsgefühl und Wahrnehmungsvorgang. Psyche 15, 124-131. – [11] SCHÖNHALS, H. (1984): Zur Repräsentanzwelt des Angstneurotikers. In: MENTZOS, S. (Hrsg.): Die Angstneurose. Frankfurt/M.: Fischer, 25-46. – [12] STREECK FISCHER, A. (1988): Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kinder- und Jugendalter. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 37, 366-373. – [13] STREECK-FISCHER, A. (1991): Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 40, 333-338. – [14] WINNICOTT, D. W. (1978): Familie und individuelle Entwicklung. München: Kindler.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Christian Schmölzer, Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weissenau, 7980 Ravensburg.