

Streeck-Fischer, Annette

Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst-und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 7, S. 497-510

urn:nbn:de:bsz-psydok-42455

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

<p>Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)</p> <p>Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)</p> <p>Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)</p> <p>Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)</p> <p>Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)</p>	<p>285</p> <p>275</p> <p>109</p> <p>779</p> <p>210</p>
--	--

Originalarbeiten / Original Articles

<p>Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)</p> <p>Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)</p> <p>Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)</p> <p>Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)</p> <p>Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)</p> <p>Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)</p> <p>Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)</p>	<p>385</p> <p>97</p> <p>399</p> <p>677</p> <p>83</p> <p>641</p> <p>177</p>
--	--

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwark, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hennch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ („Reading a baby“ – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies) . .	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsatz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) ..	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) ..	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich)	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Mickley) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L. Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Cieпка, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fleer, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>) ..	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie

Annette Streeck-Fischer

Summary

Adolescents with boundary disorders – destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy

Severe destructive behavior against themselves and others by adolescents with boundary disorders often occurs during their development as a form of coping with traumatic stress. These and other non-verbal “acted-out messages” are described as forms of communication typical of adolescents who, as a consequence of trauma, are unable to express themselves using language. Such behavior determines the everyday life and the therapy of these adolescents. Their impaired information perception and processing causes – among other problems – deficits in memory functions, poor self-regulation, sensory modalities and language abilities, and primary responses such as flight/fight and freezing reactions, all of which contribute towards arrested development. The treatment of complexly traumatized adolescents poses special challenges in arranging and organizing in-patient psychotherapy. Different therapeutic steps are described, such as first recognizing and overcoming traumatizing reenactments, second, developing and providing safe places, third, building up and extending competencies, and fourth, developing playing and symbolizing abilities. These steps are necessary for coping with traumatizing experiences.

Zusammenfassung

Ausgeprägtes selbst- und fremddestruktives Verhalten von Jugendlichen mit Grenzenstörungen tritt häufig als eine Form der Verarbeitung traumatischer Belastungen in der Entwicklung auf. Solche und andere „gehandelten Botschaften“, die als adoleszenzspezifische Mitteilungsform und Folge einer traumatisch bedingter Unfähigkeit, sich sprachlich mitzuteilen, beschrieben werden, bestimmen den Alltag und die Therapie dieser Jugendlichen. Die beeinträchtigte Informationsaufnahme und -verarbeitung, die sich u.a. in gestörten Gedächtnisfunktionen, in Einschränkungen in der Selbstregulation, der sensorischen Modalitäten und der sprachlichen Fähigkeiten zeigen, werden mit primären Reaktionsweisen wie flight/fight und Erstarrung in Verbindung gebracht, die Entwicklungsblockaden erklären. Die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen stellt besondere Herausforderungen an die Gestaltung und Organisation stationärer Psychotherapie. Verschiedene aufeinanderfolgende therapeutische Schritte

werden beschrieben; wie erstes das Erkennen und Überwinden von traumatischen Reinszenierungen, zweitens die Entwicklung und Bereitstellung von sicheren Orten, drittens der Auf- und Ausbau von Kompetenzen und viertens die Entwicklung von Spiel- und Symbolisierungsfähigkeit. Es sind Schritte, die eine Voraussetzung für die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen darstellen.

1 Einleitung

Stationäre Psychotherapie ist ein vielschichtiger Eingriff in die Lebensverhältnisse eines Menschen, der vor allem dann indiziert ist, wenn komplexe psychische, interpersonelle und soziale Beeinträchtigungen vorliegen (Streeck-Fischer 1986, 1991, 1992, 1995, 1997). Solche komplexen Störungen sind vor allem bei Jugendlichen mit Grenzenstörungen zu finden, die auch als Frühstörungen, ich-strukturelle Störungen, komplexe neurotische Entwicklungsstörungen, 'Borderline-Störungen' oder chronische und komplexe PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) bezeichnet werden.¹ Im selbst- und fremdverletzenden Verhalten stellt sich die Problematik der Grenzenstörung (Joraschky u. Cierpka 1987) mit der Verletzung von Grenzen – Körpergrenzen auf der einen Seite und der Verletzung der Integrität von anderen oder der verginglichten Welt auf der anderen Seite – in besonders bedrückender Weise dar. Dieses Verhalten ist eine erhebliche Herausforderung an die klinische Psychotherapie (Sachsse 1997).

In den vergangenen Jahrzehnten wurden verschiedenartige Behandlungskonzepte stationärer Psychotherapie entwickelt, von denen vor allem solche Beachtung fanden, die die Klinik mit ihren Stütz- und Schutzfunktionen hervorheben (Rahmenmodell) und orientiert an der Ich-Psychologie, sich zum Ziel setzen, die verlorenen oder nicht entwickelten Ich-Funktionen im und am Rahmen aufzubauen (Kernberg 1982, S. 327), und solche die Inszenierungen des Patienten mit seiner Familie in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit stellen (Janssen 1987: Bühnenmodell).

Stationäre Behandlung mit Jugendlichen bedeutet, sich auf eine Zeitspanne einstellen, in der spezifische Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz mit krankheitsbezogenen Konflikten konfligieren. Neben der Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen, der Ablösung von den Eltern und der Hinwendung zur und Wertorientierung an der Gleichaltrigengruppe sind vor allem adoleszenzspezifische Ausdrucksformen von psychischer Erkrankung und neurotischen Konflikten zu beachten (Streeck-Fischer 1994). Es ist bezeichnend für Jugendliche, daß sie ihre Konflikte per Handeln darstellen bzw. aktualisieren.

Um Jugendliche mit grenzüberschreitendem Verhalten zur psychotherapeutischen Arbeit zu bringen, ist es grundsätzlich notwendig, Entwicklungsräume zu schaffen (Streeck-Fischer 1991, 1995; Zauner 1975), die einerseits das jeweilige Niveau der Objektbeziehungen und der ich-strukturellen Ausstattung abbilden und andererseits gefahrlos und ohne Retraumatisierung Inszenierungen ermöglichen (Streeck-Fischer

¹ Auf die Problematik der Diagnostik solcher Störungsbilder wird in einer anderen Arbeit eingegangen (Streeck-Fischer 2000).

1992, 1995). Diagnostische Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit solchen Störungsbildern haben verdeutlicht wie komplex diese Störungen sind. Ihre multiplen Verhaltensauffälligkeiten sind nicht nur Folge massiver Beziehungsstörungen, sondern sie resultieren auch aus kognitiven Einschränkungen und beeinträchtigten Wahrnehmungsmodalitäten.

2 Adoleszenz und Handeln

In der Behandlung Jugendlicher haben wir es weit mehr als in der Erwachsenenpsychotherapie mit gehandelten Botschaften ihrer unerledigten (neurotischen) Konflikte zu tun. Acting out ist gleichsam ein physiologisches Kommunikationsmittel Jugendlicher. Bloss (1963) sprach vom Agieren des Jugendlichen im Dienste der Erinnerung und der Entwicklung. Josslyn (1998) meint aus einer Entwicklungsperspektive, daß die Einzigartigkeit des Verhaltens, das im Acting-out-Muster erscheine, determiniert sei durch die Notwendigkeit Jugendlicher zu lernen, wer sie selbst sind, Erinnerungen aufzubauen und Material zu gewinnen für symbolisches Denken. Da ein Spielraum, der Raum des kindlichen Spiels und der kindlichen Kommunikation nicht mehr zur Verfügung steht, in dem mit Spielfiguren handelnd gedacht werden kann und die Ebene der Als-ob-Kommunikation mit sprachlichen Mitteln noch nicht sicher etabliert ist, drücken sie sich nun in „action thoughts“ aus (Busch 1995). Dem Handeln Jugendlicher wird gleichsam das Denken nachgetragen. Im Rahmen der Identitätsentwicklung denkt sich der Jugendliche seine Lebensgeschichte mit eigenen, für ihn bedeutsamen Sinngebungen der Vergangenheit selbst, d.h. der Lebensgeschichte wird nachträglich und verglichen mit dem fortgesetzten Handeln einen Sinn gegeben (Erdheim 1993). Der Prozeß der Dezentrierung, der selbstreflexiven Betrachtung von sich selbst hat in dieser Zeit eine hohe Bedeutung. Der Jugendliche mentalisiert seine Erfahrungen und findet dafür jetzt übergeordnete Kategorien. Handlungen sind in diesem Alter Wege der Selbsterkenntnis, eine Art Königsweg zum Unbewußten des Jugendlichen (Bauermann, mündl. Mitteilung).

Reden über sich selbst ist noch ungeübt und auch infolge des gesteigerten Narzißmus der Adoleszenz beschämend, beängstigend und bedrohlich. Solche entwicklungsphysiologischen Sprachbarrieren sind zu unterscheiden von der sprachlosen Weitergabe verschwiegener Traumata der Eltern- und Großelterngeneration und einer traumatisch bedingten Unfähigkeit, eigene schreckliche Erfahrungen sprachlich zu fassen (Streeck-Fischer 1998). Traumatische Erfahrungen werden häufig vom unmittelbaren Erleben abgespalten und in dissoziierter Form gespeichert. Oft sind sie nicht oder nur partiell als Geschichte verfügbar und deshalb nicht erzählbar. Die Sprachlosigkeit ist ein zentrales Dilemma von Jugendlichen mit komplexen und chronischen Traumatisierungen.

Darüber hinaus erfahren wir häufig lediglich die traumatischen Erfahrungen der frühen Kindheit. Es fällt Jugendlichen leichter, frühkindliche Konflikte für ihre aktuelle Problematik als Erklärung zu finden als möglicherweise noch in der Gegenwart anhaltende Traumatisierungen, die zumeist Re- und Neutraumatisierungen sind. Die Pro-

blematik des Verschweigens in Verbindung mit ihren massiven Scham-, Schuld- und Loyalitätskonflikten darf nicht unterschätzt werden.

3 Neue Sichtweisen zum Verständnis von selbst- und fremddestruktivem Verhalten

Selbst- und fremddestruktives Verhalten kann im Kontext anderer schwerer Psychopathologie auftreten. Darauf wird hier nicht eingegangen. Ausgeprägtes fremd- und selbstdestruktives Verhalten von Jugendlichen mit Grenzenstörungen erweist sich nach unserer klinischen Einschätzung immer häufiger als eine Verarbeitung chronisch traumatischer Belastungen in der frühen und weiteren Entwicklung, die in der Adoleszenz oft schwer erkannt und nachvollzogen werden können. Komplexe Entwicklungsstörungen, ich-strukturelle Störungen und Borderline-Störungen bei Jugendlichen (soweit diese Diagnose zu stellen ist) können bei genauer Betrachtung als Folgen traumatischer Belastungen erkannt werden. Terr (1991) hat Typ 1 der akuten traumatischen Belastung und Typ 2 der chronisch anhaltenden traumatischen Belastung beschrieben und eine Reihe von Auffälligkeiten benannt, die dem Erscheinungsbild der Borderline-Störungen ähneln. Sie nennt u.a. veränderte Einstellungen gegenüber Menschen, dem Leben und der Zukunft, verzerrte Wahrnehmungen, Verleugnung, Dissoziation und Wut (s. Abb. 1). Bleiberg (1994) erwähnt, daß die Borderline-Störung auch eine Verarbeitung ursprünglich traumatischer Belastungen sein kann. Er sieht die Selbstviktimisierung von Patienten mit Borderline-Störungen als eine Form der Bewältigung von überwältigenden traumatischen Erfahrungen und die Manipulation von Personen als eine Verarbeitung ursprünglich erfahrener Einsamkeit (s. Abb. 2).

Es liegen in der Regel bei Jugendlichen mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten komplexe traumatisch bedingte Entwicklungsstörungen vor. Da der Begriff der Borderline-Störung im Kindes- und Jugendalter umstritten ist, haben zuerst Cohen et al. (1987) vorgeschlagen, bei dieser Krankheitsgruppe von MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder) zu sprechen, für die Störungen in der Affektregulation und Beeinträchtigungen in den sozialen und kognitiven Funktionen kennzeichnend sind.

Wiederholte optisch oder anders wahrgenommene Erinnerungen	
Repetitive Verhaltensweisen	
Traumaspezifische Ängste	
Veränderte Einstellungen gegenüber Menschen, dem Leben und der Zukunft	
Typ 1 (akut)	Typ 2 (chronisch)
Detaillierte Erinnerungen	Verleugnung und psychische Betäubung
Schlimme Vorahnungen	Selbsthypnose und Dissoziation
Verzerrte Wahrnehmung	Wut

Abb. 1: Folgen von Kindheitstrauma (nach Terr 1991)

Traumatisch bedingter Zustand	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Mangelnde Kontrolle, Passivität	Selbstviktimsierung
Erregungszustand	Thrillsuche und/oder Betäubung
Dissoziative Neigungen	Selbsthypnose und/oder Spaltung
Einsamkeit	interpersonelle Manipulation
Wut	Beschimpfung

Abb. 2: Übergänge von traumatischer Belastung zu Borderline-Störung (nach Bleiberg 1994)

Im besonderen Maß haben wir es bei komplex traumatisierten Jugendlichen mit nichtsprachlichen, verdeckten, verborgenen und inszenierten Botschaften zu tun. Die traumaspezifischen Implantationen in Körper, Seele und Geist unterliegen Wiederinszenierungsmustern. Im selbstverletzenden Verhalten, Sachzerstörungen, Drogenmißbrauch, Alkoholabusus, kriminellem Agieren u.a. sehen wir wichtige Mitteilungen, gehandelte Botschaften mit Selbsthilfemaßnahmen zur Suche nach Stabilisierung und Reorganisation.

Aufgrund von früh an erfahrener Streßdeprivation – das sind Erfahrungen von ungehaltenen Streß² in der frühen und weiteren Entwicklung – geraten Jugendliche mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in unregulierbare Hyperarousal (Erregungs)- und Numbing (Betäubungs)-Zustände. Ihre Reaktionen basieren auf frühen und anhaltenden Erfahrungen von ungehaltenen Streß, die als chronische traumatische Belastung in der Entwicklung anzusehen sind. Statt in einem funktionierenden Mutter-Kind-System Fürsorge, Halt und Trost erfahren zu haben, waren sie mit unerträglichem Schmerz, mit Bedrohung o.ä. in Verbindung mit Vernachlässigung und Mißhandlung konfrontiert. Diese frühen und anhaltenden Traumatisierungen haben Folgen für die weitere Entwicklung. Solche Jugendlichen zeigen Störungen in ihrer Selbst-, Affekt- und Impulsregulation, Zustände von Bewußtseinsveränderungen mit Amnesien, Dissoziationen, Depersonalisation, Derealisation, Flashbacks und Alpträume. Sie haben eine veränderte Wahrnehmung von sich selbst und anderen. Sie weisen vielfältige Grenzenstörungen in Bereichen des Selbst und von Objekten, der Realität und Phantasie und dem Zeiterleben, der Trennung zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft auf (Streeck-Fischer et al. 2000).

Chronische und komplexe Traumatisierungen führen zu schweren Beziehungsstörungen, sowohl im Hinblick auf das Selbst, zur Umwelt wie auch das Zusammensein mit anderen. Solche Patienten reagieren infolge der traumatischen Überwältigung mit primären Antworten; es handelt sich um Reaktionen, die bildlich gesprochen gleichsam am Ich und seinen erworbenen Abwehrmechanismen vorbeigehen. Primäre Reaktionen sind primitive selbstprotektive Verhaltensweisen, wie Flight-Fight-Mechanismen und Erstarrungsreaktionen. Fraiberg (1982) hat diese Mechanismen an mißhandelten Säuglingen beobachtet. Diese Kinder vermieden Blickkontakt und blendeten die Mutter und damit

² Frühe Erfahrungen von Streß werden durch die primäre Pflegeperson gehalten – die als neuropsychobiologischer Regulator dient.

die Schmerzquelle völlig aus. Weiter beschrieb sie Erstarrungsreaktionen und in der späteren Entwicklung Fighting-Reaktionen, die mit Unruhe und mit destruktivem Agieren verbunden sind. Einige Kinder zeigten in ihrer weiteren Entwicklung ein „screen behaviour“, ein Deckverhalten, das der Stabilisierung des Mutter-Kind-Systems dient und das mit einer Abspaltung/Dissoziation von unliebsamen Seiten aus der Kommunikation verbunden ist. Diese Verhaltensweisen neigen dazu, bei anhaltend ungünstigen Bedingungen zu persistieren. Sie gehen mit sensorischen Ablendungen, einem sensorischen „Shutdown“ (Dopart 1983) gegenüber schmerzhaften traumatischen Erfahrungen einher, und führen zu kognitiven Stillständen, Entwicklungsstops und Dissoziationen von unerträglichen Gefühlen und Wahrnehmungen. Der traumatische Bruch im frühen und dann auch weiteren Dialog zwischen Mutter und Kind hat zur Folge, daß sensomotorische und affektive Koordinationsprozesse und in Verbindung damit automatisch sich ständig adaptierende Re kategorisierungsprozesse zerstört werden. Das bedeutet, daß die Einordnung aktueller Erfahrungen, die in der Regel mit einer Stimulation von unterschiedlichen Sinneskanälen einhergeht, infolge von Erstarrung und Ablendung zerstört wird. Solche primären Reaktionen prägen die Entwicklung und den Aufbau des kindlichen Gehirns. „Schnelle Spuren“ (Perry u. Pollard 1998) im Gehirn, auf die in „Gefahrensituationen“ zurückgegriffen wird, verhindern eine Entwicklung, die aus Lernen durch Erfahrung (Bion 1962) und Tun besteht. Statt einer offenen Reaktionsbereitschaft, die mit Lernen und Neuerfahrung verknüpft ist, verharren solche Kinder und Jugendliche dann mehr oder weniger in traumainduzierten Copings, die generell oder durch Mikroauslöser getriggert werden. Infolge der frühen und überwältigenden Traumatisierungen können sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten nicht entwickelt werden. Demgegenüber treten nichtsprachliche Botschaften in Gestalt von Aktionen in den Vordergrund, z. B. somatische Erinnerungen, verkörperte Inszenierungen und Inszenierungen durch Handeln (Streeck-Fischer 1998). Die traumatische Situation wird in eine frühe sensomotorische, körperliche und affektive Abwehr eingeschrieben und darum nicht aktiv erinnert. Sie ist zustandsabhängig durch gewisse Trigger aktiviert präsent. Kontingenzerfahrungen, um sinnvolle Zusammenhänge zwischen sensorischen, affektiven Interaktionen zu erkennen, fehlen. Sie werden durch die traumatische Erfahrung zerstört. Eine fortgesetzte Beeinträchtigung der Informationsaufnahme und -verarbeitung im Bereich der Gedächtnisfunktionen, der Selbstregulation, der sensorischen Modalitäten und der sprachlichen Fähigkeiten ist feststellbar (s. zusammenfassend Abb. 3).

4 Zur Behandlung

In der Behandlung von solchen Jugendlichen werden wir mit ihrer mangelnden Fähigkeit, sich sprachlich mitzuteilen, ihren multiplen Wahrnehmungsverzerrungen und ihren Amnesien und Dissoziationen konfrontiert. Ihr selbst- und fremddestruktives Agieren dient der Spannungsabfuhr, der Selbstheilung und Stabilisierung bei ursprünglich erfahrener „Streßdeprivation“. Neben altersentsprechendem Auftreten zeigen sie Verhaltensweisen aus früheren Entwicklungsstufen, die ihre Entwicklungsstops wiedergeben. Diese Entwicklungsstops werden auch in ihrer kognitiven, affektiven Entwicklung deutlich, oft

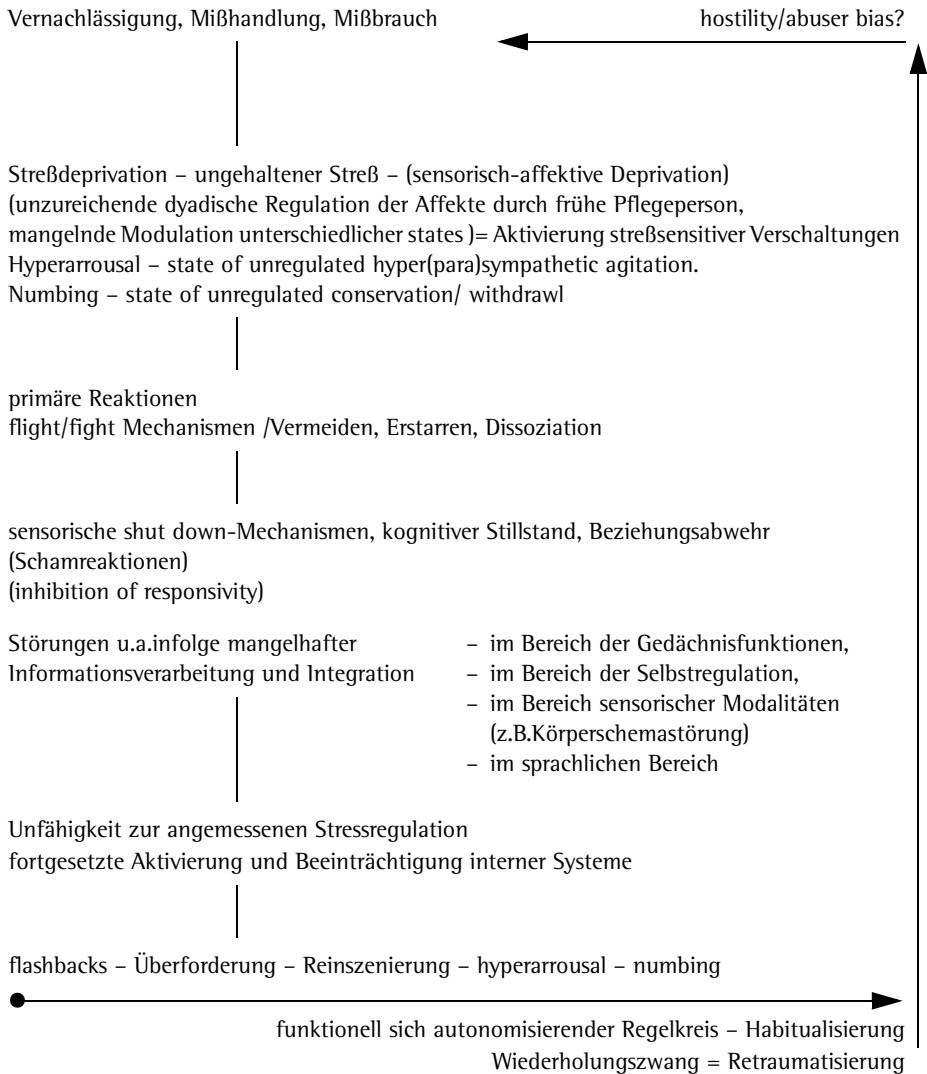


Abb. 3: Auswirkungen von Traumata in der Entwicklung

in fluktuierenden Entwicklungsniveaus (z.B. einem Pendeln zwischen kleinkindhaften und altersentsprechenden Verhalten) oder auch wechselnden Selbstzuständen (Streeck-Fischer 2000). Sie zeigen funktionelle sensorische Beeinträchtigungen, die zum „abuser/ hostility bias“ (Dodge 1987) beitragen. Das sind Wahrnehmungsverzerrungen, die sie gleichsam in die Wiederinszenierung ihrer traumatischen Erfahrungen zwingen. Sie haben beispielsweise ein gestörtes Körperempfinden, Störungen in der taktilen Wahrnehmung (z.B. ein eingeschränktes Schmerzempfinden), Störungen in der Wahrnehmung von Zeit und Raum usw. Infolge ihrer Aufmerksamkeitsstörungen und Wahrnehmungs-

störungen zeigen sie Defizite im Lernen und in ihrer Merkfähigkeit (Streeck-Fischer et al. 2000). In Beziehungen mit anderen etablieren sie Miniformen der Mißhandlung, die durch ihre primären Reaktionen der Erstarrung, Vermeidung, des Kämpfens oder auch ihr vordergründiges Deckverhalten ausgelöst und fortgeführt werden. Neben diesen Mikro-Formen der Wiederbelebung erfahrener Mißhandlung zeigen sie in Makro-Inszenierungen mit anderen Personen – Erwachsenen oder Jugendlichen – ihre unbewältigten Erfahrungen von Mißbrauch und Mißhandlung, indem sie beispielsweise allabendlich dekomensieren und das Pflegepersonal zu vergewaltigenden Übergriffen bringen, um sie vor ihren selbstdestruktiven Verhaltensweisen zu schützen.

Austragungsorte von Mißhandlung und Mißbrauch sehen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen zumeist unterschiedlich aus. Entsprechend der charakteristischen Selbststabilisierung von männlichen Jugendlichen durch Selbstentwertung und der Entwertung des äußeren Objekts suchen sie, Grenzen der Institution oder der sozialen Realität zu zerstören. Sie neigen eher zu fremddestruktivem Verhalten. Weibliche Jugendliche attackieren demgegenüber Beziehungsgrenzen und Grenzen des eigenen Körpers. Sie neigen eher zu selbstverletzendem Verhalten.

Infolge ihrer traumatischen Beziehungserfahrungen etablieren sich interaktive Verstrickungen, die die Mißbrauchs- und Mißhandlungsbeziehungen als Opfer oder als Täter reinszenieren. In der folgenden Übersicht (Abb. 4) habe ich solche destruktiven Tänze, die schrittweise ablaufen, zusammenfassend dargestellt. Am Ende solcher malignen Wiederinszenierungen steht die Fortführung der traumatischen Erfahrung mit Therapieabbruch und Abbruch der bisherigen Beziehungen. Solche malignen Verläufe müssen unter allen Umständen verhindert werden (Streeck-Fischer 1998).

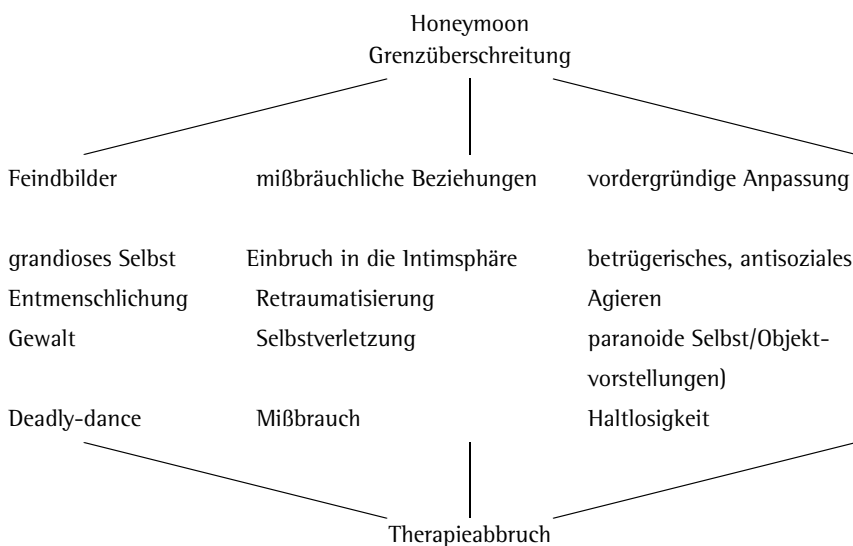


Abb. 4: Häufige interaktive Verstrickungen

4.1 Vom Handeln zum Therapie

Wie können selbst- und fremddestruktive Verhaltensweisen, denen die Tendenz zur sprachlosen Reinszenierung und Perpetuierung innewohnt, auf eine therapeutisch wirksame Ebene gebracht werden? In Abbildung 5 sind einige zueinander passende ungünstige Interaktionen zwischen dem Jugendlichen und den Mitarbeitern auf der Station zusammengefaßt.

<i>Agieren/Handeln des/r Jugendlichen</i>	<i>Reaktionen der/s Pflegeperson/Erziehers</i>
Unruhezustände Selbstprotektives Verhalten wie Alkohol, Drogen, sexuelle Anmache, Thrillsuche, Klauen, Weglaufen, Sachzerstörung, Selbstverletzen	mangelnde Empathie, Nichternstnehmen Aufruhr, Empörung, Abbruch
Somatisieren, Unfälle	Nichternstnehmen, Ratlosigkeit
Dissoziative Zustände – Deckverhalten Numbing	Verleugnung, Gegendissoziation
Entwicklungsstop	Überforderung
Traumatische Reinszenierungen (SV;Gewalt)	Mitinszenierung, Eskalierung

Abb. 5: Ungünstige Interaktionen zwischen Jugendlichen und Stationsmitarbeitern

Traumatische Reinszenierungen bestimmen in der Regel nach einer kurzen Phase des Honeymoons die Behandlungen solcher Jugendlichen. Sie bringen sich selbst in solche Inszenierungen, in dem sie sich gefährlichen Situationen aussetzen, sie suchen sich Freunde, die sie bedrohen oder mißhandeln, ihre Familie konfrontiert sie mit schweren Belastungen oder das weitere Umfeld – Schule, Jugendamt, Polizei o.ä. übernehmen einen entsprechenden Part. Sie ziehen gleichsam Ereignisse an, die mit einer Fortführung von traumatischen Erfahrungen einhergehen. In den Beziehungen auf der Station stellen sie Interaktionen mit anderen her, die überwältigend, bedrohlich oder verfolgend sind. Das therapeutische Personal erscheint mißhandelnd, übergriffig, vergewaltigend, in dem es etwa auf die Einhaltung von Regeln, auf die Hausordnung hinweist oder sie vor ihrem selbstschädigenden Verhaltensweisen schützt. Solche Belastungssituationen führen zum Rückgriff auf bisherige Selbsthilfemaßnahmen, die den stationären Aufenthalt und die Therapie in Frage stellen.

Dem entgegengesetzt sind Bemühungen um Entwicklung und der Aufbau von Vertrauen und ausreichend sicheren und haltenden Beziehungen. Es wird gemeinsam mit dem Jugendlichen nach sicheren inneren und äußeren Orten gesucht. An der Suche und Entwicklung von solchen sicheren Orten wird in der Einzelpsychotherapie aktiv gearbeitet, so daß auf sie im Alltag zurückgegriffen werden kann. Sichere Orte und ausreichend haltende Beziehungen zu entwickeln, sind die ersten wesentliche Schritte

in der stationären Psychotherapie, die zum Ziel haben zu vermeiden, daß traumatische Reinszenierungen im Zusammenleben auf der Station fortgeführt werden. Nicht das Personal, nicht das Umfeld sind in erster Linie zuständig für die Regulation der Erregungszustände. Es wird vom Jugendlichen erwartet, daß er selbst die Regulation von Affekten und Impulsen trainiert, in dem er sich aktiv von solchen Zuständen distanzieren lernt. Sichere Orte können beispielsweise eine Brücke, das Bett, die Erinnerung an etwas Vertrautes sein.

Die Station ist der Ort, wo nach Bedingungen gesucht wird, die helfen aus Spannungszuständen herauszufinden, die eine gewisse Sicherheit und Ruhe vermitteln, zur Stabilisierung beitragen, der Ort, wo Ich-Fähigkeiten entwickelt, trainiert werden, nach Interessen gesucht und Ressourcen aufgebaut werden.

Tab. 1: Pädagogisch-therapeutische Umgangsformen

Wahrnehmen von traumatischen Inszenierungen
 Suche nach sicheren Orten und haltgebenden Bedingungen, Fürsorge,
 keine Neben- oder Lichthoftherapie
 Spannungsabfuhr, z.B. in Sport oder entspannende Aktivitäten, Aromatherapie
 stabilisierende bzw. deeskalierende Interventionen
 Nachreifung, Suche/Aufbau von Interessen, Hobbys, Phantasiereisen
 Entwicklung von neuen Medien der Mitteilung (Kreativität, Symbolisierung:
 z.B. Tagebuch, Malen)

Sie ist der Ort der gemeinsamen Aktivitäten und der Ort, an dem auf gehandelte Botschaften aufmerksam gemacht wird, die der Jugendliche in die Therapie bringen soll. Die Station wird nicht als der Ort angesehen, wo Konflikte aufgedeckt und bearbeitet werden sollten oder wo selbst- und fremddestruktives Verhalten zum zentralen Thema wird. Auf der Station sollten traumatische Erfahrungen nach Möglichkeit auch nicht vorläufig bearbeitet werden. Solche Bemühungen enden in der Regel in fortgeführten traumatischen Inszenierungen, die Jugendliche und Mitarbeiter gleichermaßen überfordern, traumatisieren und retraumatisieren. Es werden sehr deutliche Grenzen zwischen Intimität und Öffentlichkeit, Therapieraum und Alltag aufgezeigt. Unklare Angebote schaffen Verwirrung. Jugendlichen mit Grenzenstörungen können nicht zwischen therapeutischen und alltagsorientierter Arbeit trennen und bringen Erzieher/Pflegepersonen und auch Therapeuten in Rollen- und Identitätskonfusionen (der Erzieher gerät in die Rolle des Therapeuten oder des Freundes usw.). Auf der Station sollten deeskalations-, stabilisierungs- und ressourcenorientierte Interventionen im Vordergrund stehen. Es ist von entscheidender Bedeutung, daß diese Jugendlichen hier und außerhalb der Station Erfahrungen von Kompetenz und Mastery machen können. Dazu ist eine möglichst von traumatischen Inszenierungen bereinigte Stationsatmosphäre nötig, die alle Beteiligten entlastet. In Verbindung mit einer erreichten Stabilisierung kann in der Therapie schrittweise an der Fähigkeit zur sprachlichen Symbolisierung, der Entwicklung von Spiel- und Symbolisierungsfähigkeit gearbeitet wer-

den, die die vorsichtige Bearbeitung traumatischer Erfahrungen zuläßt. Phantasiespiele, die auf der Station eingeführt werden, können hilfreich sein, um zerstörte Räume der Phantasie zu entwickeln.

Da es sich bei diesen Jugendlichen fast immer um komplexe Beeinträchtigungen mit Einschränkungen in den verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten und den kognitiven Fähigkeiten handelt, müssen andere therapeutische Ansätze in die Behandlung integriert werden. In Verbindung mit dem sensorischen „Shutdown“ zeigen sie eine vermehrte Reizabschirmung auch auf der Körperebene. Ihr taktiles Empfinden, insbesondere ihre Schmerzwahrnehmung ist eingeschränkt. Ihre Körperwahrnehmung ist beeinträchtigt. Sie vermeiden Aktivitäten, ziehen sich zurück oder reagieren mit Unruhezuständen und sind ständig aktiv. Hier sind Körpererfahrungen notwendig, in denen sie ihre Körperteile positiv erfahren können, ohne von traumatischen Erinnerungen getriggert zu werden, oder Ruhe zu finden, indem sie unter einer Decke ihre Körpergrenzen spüren. Der Hinweis von Bemporad und Smith (1982), Cohen et al. (1987) und Lincoln (1998), daß diese Patienten in der Regel multiple neurologische soft signs vorweisen, die sich auf die Entwicklung ihrer Lernfähigkeit auswirken, muß dringend beachtet werden. Die beeinträchtigte kognitive Informationsaufnahme und -verarbeitung (Streeck-Fischer 2000b) ist für die komplexen Lernstörungen verantwortlich und muß durch gezielte Trainings bearbeitet werden.

4.2 Fallvignette

Die 16jährige D. kommt wegen multipler Ängste, Alpträumen, Schlafstörungen, einer Neigung zu selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen, ausgeprägter Somatisierung und Unfallneigung zur stationären Behandlung. Von ihrem Stiefvater wurde sie im Alter von 12-14 Jahren sexuell mißbraucht. Darüber hinaus wurde sie ebenso wie ihre Mutter häufiger von ihm geschlagen. In der Psychiatrie, wo sie zunächst behandelt wurde, war sie als debil bezeichnet worden, ihre Mißbrauchserfahrungen und die daraus folgenden Probleme wurden ihr eher vorgeworfen – als wäre sie nicht krank, sondern selbst Schuld an ihrem Zustand. In dieser psychiatrischen Klinik wird die Mißhandlungsinteraktion im Grunde nur fortgeführt.

In der zweiten Einrichtung, die sie behandelte, erschien sie mit ihren häufigen Unfällen und ihrer Somatisierungsneigung als jemand, der nicht in der Lage und motiviert zur Therapie war. Sie machte hier den Eindruck eines Heimkindes. Ihre primäre Beziehungsabwehr des Vermeidens und des Erstarrens wird mit Ausstoßung und Infragestellung beantwortet – auch darin wird eine Form der Fortführung ihrer Mißhandlungsgeschichte gesehen.

Zu Beginn der Behandlung in der Klinik in Tiefenbrunn wurde ihr zuerst vermittelt, daß wir ihre körperlichen Symptome, z.B. Hochdruckkrisen als eine somatisierten Form von Hyperarousal-Zuständen, und ihre Unfallneigung sehr ernstnehmen und daß ihre Neigung, sich selbst zu verletzen, vor dem Hintergrund ihrer schrecklichen Erfahrungen, die sie gemacht hatte, völlig verständlich sei. Allein diese Intervention reduzierte das selbstdestruktive Agieren deutlich. Sie konnte sich mit ihrer Problematik angenommen fühlen. Mit den Behandlungsbedingungen war sie überfordert. Sie reagierte auf zu hohe Erwartungen mit ihren primären Reaktionen des Vermeidens und Erstarrens, was in anderen Einrichtungen zur Einschätzungen von Debilität geführt hatte. Es war wichtig, ihre Angst vor Überwältigung und Mißhandlung und ihre Entwicklungsstops zu erkennen und ihr zugleich Entwicklungsräume zu eröffnen.

Im Vordergrund standen zunächst stabilisierende Maßnahmen. In der Einzeltherapie wurde gezielt an einem sicheren Ort gearbeitet, den sie mit einer imaginativen Technik aufsuchen konnte. Unruhe- und Erregungszustände konnten dadurch kupiert werden. Da sie zunächst nicht in der Lage war, die Klinik zu verlassen, wurde nach Aktivitäten innerhalb der Station gesucht. In Verbindung mit der Erfahrung von Stütze und Verständnis für ihre Situation wurde sie deutlich stabiler. Entlang ihren Interessen und Fähigkeiten wurden Aktivitäten gesucht, in denen sie Kompetenz und Mastery erfahren konnte.

Urlaube nach Hause führten zu Rückfällen in traumatische Wiederinszenierungen, die durch den Alkoholabusus der Mutter getriggert wurden. Der jüngere Bruder drohte, eine dis-soziale Entwicklung zu nehmen, so daß von Seiten der Station auch in dieser Richtung Fürsorge übernommen werden mußte. Diese traumatischen Wiederbelebungen führten immer wieder zu selbstverletzendem Verhalten. D. wurde dann medizinisch versorgt. Hintergründe wurden auf der Station nicht weiter thematisiert, um keine Nebentherapie aufzumachen. Darüber hinaus wurde sie angeleitet, nicht mit anderen Jugendlichen über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Der alleinige Ort für diese Bearbeitung sollte die Therapie sein, wo diese Erfahrungen schrittweise angegangen und bearbeitet werden konnten. Ihr gelang es mit der Zeit zunehmend mehr, Schritte nach draußen zu tun. Sie wurde deutlich belastbarer. Sie entwickelte berufliche Interessen, plante in einem Helferberuf zu arbeiten. Statt grenzüberschreitende Beziehungen mit Erwachsenen einzugehen, suchte sie vorsichtige Kontakte zu Gleichaltrigen.

In der Körpertherapie sollte sie Erfahrungen machen, ihren Körper als einen positiven und ihr zugehörigen Teil wahrzunehmen, die Grenzen ihres Körpers zu erkennen und Berührungen als etwas Angenehmes zu erfahren, Freude an Bewegung und Raumerfahrung zu finden. In der Schule machte sie die Erfahrung, in der Lage zu sein zu lernen, wenn sie sich nicht bedroht und deklassiert fühlte. Hier wurde deutlich, das Bedingungen einer „secure readiness“ (Cicchetti 1995) für sie eine Voraussetzung darstellten, lernen zu können – Lernen aus Erfahrung und Lernen von Wissen (Streeck-Fischer 2000b).

5 Ausblick

Jugendliche mit solchen komplexen, schweren traumatisch bedingten Störungen sind eine besondere Herausforderung für die stationäre Therapie. Es hat sich als hilfreich erwiesen, ihr selbst- und fremddestruktives Verhalten als eingefrorene Mitteilungen ihrer frühen und anhaltenden Mißbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen zu sehen. Erst wenn es gelingt, ihre oft aus primären Reaktionen resultierenden Mikro- und Makroinszenierungen zu erfassen und zu bearbeiten, wird Lernen aus Erfahrung und von Wissen möglich, und die Therapie im engeren Sinne kann beginnen.

Literatur

- Bemporad, J.R.; Smith, H.F. (1982): Borderline-syndroms in childhood. *Amer. J. Psychiatry* 139: 596-602.
Bion, W.R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt: Suhrkamp, 1990.
Bleiberg, E. (1994): Borderline disorders in children and adolescents – the concept, the diagnosis, and the controversis. *Bull. Menninger* 58: 169-196.
Blos, P. (1963): Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozeß. *Psyche* 18: 120-138 (1964/65).

- Busch, F. (1995): Do action speak louder than words? A query into an enigma in analytic theory and technique. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 43: 61-83.
- Cicchetti, D. (1995): A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 34: 541-565.
- Cohen, D.J.; Paul, R.; Volkmer, F. (1987): Issues in the Classification of Pervasive Developmental Disorders and Associated Conditions. In: Cohen, D.; Domrelean, A.M. (Ed.): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley.
- Dodge, K.A.; Somberg, D.R.; Hostile (1987): Attributional bias among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to self. *Child Development* 58: 213-224.
- Dopart, T. (1983): The cognitive arrest hypothesis of denial. *Int. J. Psychoanal.* 64: 47-58.
- Erdheim, M. (1993): Psychoanalyse, Adoleszenz und Nachträglichkeit. *Psyche* 47: 934-950.
- Fraiberg, F. (1982): Psychological defense in infancy. *Psychoanal. Quart.* 51: 612-635.
- Jansen, P.L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Joraschky, P.; Cierpka, M. (1987): Zur Diagnostik der Grenzstörungen. In: Cierpka, M. (Hg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg: Springer.
- Josselyn, I. (1998): Acting out in adolescence. In: Abt, L.E; Weissman, S. (Hg.): *Acting out*. London: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1979): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, P. (1982): Borderline Conditions. Childhood and Adolescents – Aspects. In: Robson, K.: *The Borderline child. Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment*. New York: Mc Graser Hill.
- Lincoln, A.J.; Bloom, D.; Katz, M.; Boksenbaum, N. (1998): Neuropsychological indices of auditory impairment in children with multiple complex developmental disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 37: 100-112.
- Perry, B.D.; Pollard, R. (1998): Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 7: 33-51.
- Sachsse, U. (1997): *Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Aufl.
- Streeck-Fischer, A. (1986): Rahmensetzende und bündnisbildende therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35: 367-383.
- Streeck-Fischer, A. (1991): Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39: 366-376.
- Streeck-Fischer, A. (1992): Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40: 328-333.
- Streeck-Fischer, A. (1994): Stationäre Psychotherapie mit frühgestörten Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 2: 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von frühgestörten Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 2: 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Ahrens, St. (Hg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, S. 611-616.
- Streeck-Fischer, A. (Hrsg.) (1998): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Impatient psychoanalytically oriented treatment of traumatised children and adolescents. In: von Klitzing, K.; Bürgin, D. (Eds.): *Psychoanalysis in childhood and adolescence*. Basel: Karger.
- Streeck-Fischer, A. (2000a): Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept? *Psychotherapeut* (im Druck).
- Streeck-Fischer, A. (2000b): Über Blockaden und Behinderungen im lebenslangen Lernen aus psychoanalytischer Sicht. In: Lempert, W.; Achtenhagen, F. (Hg.): *Lebenslanges Lernen im Beruf – seine Grundlegung im Kindes- und Jugendalter*. Leverkusen: Leske + Buderich.
- Streeck-Fischer, A.; Keppler, I.; Lehmann, U.; Schrader-Mosbach, H. (2000): Gezeichnet für das Leben? Stationäre Psychotherapie am Beispiel eines misshandelten und mißbrauchten Kindes. In: Streeck-Fischer, A.; Sachsse, U.; Oezkan, I. (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer A., van der Kolk, B.A. (2000): Down will come baby and cradle and all. Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* (im Druck).

Terr, L. (1991): Childhood traumas: an outline and overview. *Am. J. Psychiat.* 148: 10-20.

Towbin, K.E.; Dykens, E.M.; Pearson, C.E.; Cohen, D.J. (1993): Conceptualising, borderline-syndrome of childhood, and childhood schizophrenia as a developmental disorder. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiat.* 32: 775-782.

Zauner, J. (1975): Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Klinik. Probleme und Möglichkeit ihrer Anwendung. In: Poustka, F.; Spiel, W. (Hg.): *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongreßbericht des 5. Kongresses der Union Europäischer Pädopsychiater.*

Anschrift der Verfasserin: Dr. med. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Tiefenbrunn – Krankenhaus für Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin des Landes Niedersachsen, 37124 Rosdorf.