

du Bois, Reinmar

Emotionale Entbehrung und narzisstische Regulation - Zur Entstehung und Behandlung depressiver Krisen bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 3, S. 206-223



Quellenangabe/ Reference:

du Bois, Reinmar: Emotionale Entbehrung und narzisstische Regulation - Zur Entstehung und Behandlung depressiver Krisen bei Kindern und Jugendlichen - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 3, S. 206-223 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-30494 - DOI: 10.25656/01:3049

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-30494>

<https://doi.org/10.25656/01:3049>

in Kooperation mit / in cooperation with:



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

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Emotionale Entbehrung und narzisstische Regulation – Zur Entstehung und Behandlung depressiver Krisen bei Kindern und Jugendlichen

Reinmar du Bois

Summary

Emotional deprivation and narcissistic regulation - development and treatment of depressive crises in children and adolescents

This paper outlines developmental and treatment issues of depression in childhood and adolescence. Impairment of parental empathy based on emotional disturbances of a parent leads to adaptive reactions as the child is confronted with threats of loss and separation. Hereditary vulnerability as well as insecure attachment patterns and the effects of explicit trauma must be viewed as further facilitating factors. Anxiety in children and – with the advent of adolescence – suicidal behaviour are described as important tools for narcissistic regulation and reconciliation and for mobilising help. Accordingly the last section of the paper is dedicated to therapeutic approaches to adolescent despair, depression, risk taking and suicidal behaviour. Guiding suicidal adolescents out of their crises can be a tightrope walk between attempts to limit life threatening acting-out behaviours, leniency toward the patients' grandiosity along with sensitivity for narcissistic injuries and the building of a viable narcissistic transference.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 206-223

Keywords

Depression – narcissistic regulation – suicide – insecure attachment – separation reaction

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird aus kinderpsychiatrischer Perspektive die Genese und Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter erläutert. Unempathisches Verhalten der Eltern auf Grund eigener psychischer Probleme und die (adaptiven) Reaktionen des Kindes auf Verlust und Trennung werden als Grundmuster der frühen Genese von Depressionen herausgearbeitet. Erbliche Dispositionen ebenso wie unsichere Bindungsmuster und Traumata kommen als begünstigende Faktoren hinzu. Es wird verdeutlicht, dass u. a. kindliche Angststörungen und suizidale Krisen bei Jugendlichen wichtige Funktionen bei der narzisstischen Regulation erhalten und dazu dienen, Verlusterlebnisse zu vermeiden und Hilfen zu akquirieren. Entsprechend widmet sich der letzte Abschnitt dieses Beitrags dem therapeutischen Umgang mit Verzweiflungen, Depressionen und suizidalen Krisen bei Jugendlichen und hebt besonders die schwierige Gratwanderung zwischen dem Begrenzen des (lebens)gefährlichen Agierens, der Sensibilität für Verletzungen der narzisstischen Grandiosität und dem Aufbau einer narzisstischen Übertragung hervor- als Wege aus der Krise.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56: 206 – 223 (2007), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2007

Vandenhoeck&Ruprecht (2007)

Schlüsselwörter

Depression – narzisstische Regulation – Suizid – unsichere Bindung – Trennungsreaktion

1 Einleitung

Das klassische von Sigmund Freud (1916) in „Trauer und Melancholie“ dargestellte Erklärungsmodell melancholischer Erkrankungen ist auf frühe depressive Zustände bei Kindern nur begrenzt anwendbar. Kinder verfügen nicht über eine rigide und erbarmungslos strafende Gewissensinstanz, die imstande wäre, sich gegen das Selbst zu richten und Sinn und Wert der eigenen Existenz in Frage zu stellen oder diese sogar zu vernichten. Bereits Abraham (1924) erwähnte diesen Vorbehalt. Melanie Kleins (1932) normative These vom frühzeitig erlangten Über-Ich und frühen Schuldgefühlen steht in gewisser Weise quer zu diesen Argumenten. Allerdings versteht Klein ihre „depressive Position“ nicht als Leidenszustand, sondern als kreative Leistung des Kindes. Damit bleibt es also zweifelhaft, ob die pathologisch depressiven Zustände bei Kindern als Über-Ich Pathologie gedeutet werden dürfen. Sogar für die depressiven Krisen des Jugendalters besitzt dieser Ansatz nur begrenzte Tauglichkeit, obwohl Jugendliche, anders als Kinder, in hoher Zahl suizidal werden und ihnen der Gedanke der Selbstvernichtung nicht fremd, sondern vertraut ist, ja sogar magische Anziehungskraft besitzt. Schwere melancholische Erkrankungen sind hingegen auch bei Jugendlichen noch selten. Gemeinsamer empirischer Boden für alle Varianten der Depression ist zunächst einmal die Trauerreaktion in ihren unterschiedlichen Ausprägungen. Trauerreaktionen kommen in jedem Alter vor. Ihre Erforschung kann relativ unbelastet von den genannten theoretischen Konstrukten erfolgen. Trauerreaktionen werden ausgelöst durch Trennungen, Entbehrungen und Verlusterlebnisse. Wie reagieren Kinder auf solche Erlebnisse, welche Spuren hinterlassen sie und wie kommen sie auch in den Krisen des Jugendalters noch zum Ausdruck und müssen neu bewältigt werden?

2 Grundlagen der kindlichen Depression

2.1 Protest und Verzweiflung

John Bowlby (1969, 1973) bezeichnet Kleinkinder, die sich eine Rückkehr der Mutter nicht mehr vorstellen können und keine Kraft mehr haben, weiter nach ihr zu rufen, als „verzweifelt“. In ihrer Verzweiflung werden sie noch immer beherrscht vom Verlangen nach der Mutter, können sich diese aber nicht mehr lebhaft vorstellen. Wenn sie plötzlich auftauchen würde, könnte es sein, dass die verzweifelten Kinder sie vorübergehend so behandeln, als würden sie diese nicht

mehr kennen. Die Kinder leisten im Stadium der Verzweiflung auch keinen Widerstand gegen das Auftauchen fremder Personen, die sich ihnen zuwenden wollen. Sie bringen ihnen aber kein Interesse entgegen und suchen keinen Blickkontakt, lächeln nicht, weinen nicht, spielen nicht, wirken verträumt oder passiv und willfährig. Sie schlafen unruhig.

Vor dem Eintreten in dieses Stadium der Verzweiflung könnten die Kinder nach den Beobachtungen John Bowlbys heftig und anhaltend geschrien haben. Mit ihrem „Protest“ könnten sie versucht haben, die Mutter zurück zu rufen und mit dem Erlebnis der Trennung so umzugehen, als ob die Mutter noch in Reich- und Hörweite sei. Sie hätten in diesem Fall große Anstrengungen unternommen, sich über die Trennung hinwegzusetzen und allem Anschein zum Trotz mit der Mutter weiter zu kommunizieren. Sie hätten zumindest den Versuch unternommen, die kleinkindlich omnipotente Kontrolle über die Mutter mit aller Kraft zu verteidigen.

2.2 Unsichere Bindungen

Nicht alle Kleinkinder, die aufgrund ihres emotionslosen Gesichts mit großen traurigen Augen und ihrer Passivität im Verdacht stehen, einen akuten Verlust ihres Primärobjekts erlitten zu haben, durchlaufen zuvor eine Phase des Protests und befinden sich somit nach Bowlby in der Phase der Verzweiflung. Ganz ähnliche Belastungen werden auch einem Säugling zugefügt, der seine Mutter nicht vermissen muss, aber von dieser nur spärliche mimische Signale empfängt und in ihrem leblosen Gesicht (Green, zit. nach Kohon, 1999) vergeblich nach Verstärkung und Erwidern seiner eigenen Signale sucht. Hinzu kommt, dass ein solches Kind immer wieder Situationen erlebt, in denen seine Mutter dringende Notlagen nicht beantwortet und das Kind sich selbst überlässt (Ainsworth, 1962). Auf diese Weise bleiben der Säugling und das Kleinkind im Ungewissen, ob sie sich auf Bindungsangebote der Mutter verlassen und überhaupt mit der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse rechnen können. In der Bindungsforschung werden solche Kinder als „unsicher gebunden“ beschrieben (Ainsworth, 1978; Fonagy et al., 2002). Sie verpassen es, gegen Trennungen, die ihnen zugefügt werden, zu protestieren, weil sie diese nicht rechtzeitig kommen sehen. Gleichzeitig scheinen diese Kinder aber ständig von der Angst vor Trennungen beherrscht zu werden. In ihrer ständigen Befürchtung, enttäuscht und verlassen zu werden, wirken sie misstrauisch und rigide. Es gelingt ihnen weder, sich ihren Bezugspersonen positiv zuzuwenden, um sich ihrer Bindungen zu vergewissern, noch schaffen sie es, sich beruhigt von diesen abzuwenden, um ihre Umwelt mit Lust und Interesse zu erforschen.

2.3 Leugnung, Deprivation und anaklitische Depression

Wenn kleine Kinder langen Trennungen ausgesetzt werden, ohne in neuen stabilen Bindungen anzukommen oder wenn sie von Lebensbeginn ein zuverlässiges, sie versorgendes Gegenüber allzu oft vermissen müssen, etwa weil eine schwer depressive Mutter

sie zwischenzeitlich immer wieder aufgibt oder vergisst und sich selbst überlässt, steigt das Risiko schwerer psychischer Schäden. Die Art dieser Schäden fügt dem Begriff der kindlichen Depression neue Facetten hinzu. Diagnostisch sprechen wir in der ICD-10 von Bindungsstörungen (F94), sie können im weiteren Verlauf der Kindheit sowohl mit Rückzugsverhalten und Verhaltenshemmung wie auch mit Enthemmung einhergehen.

Die jungen Säuglinge, unversorgt und zu oft sich selbst überlassen, werden in ihrer Immunabwehr und ihren Verdauungsleistungen geschwächt, und verlieren die Stabilität ihres Wärmehaushalts und ihrer vegetativen Steuerungen, die Kontrolle über den Schlaf-Wach Rhythmus, den Appetit, die Vigilanz und Appetenz. Die älteren Säuglinge und Kleinkinder verhalten sich oberflächlich freundlich und angepasst, aber zugleich rücksichtslos und im gemeinsamen Spiel mit anderen Kindern destruktiv und unempathisch, gegenüber Fremden distanzvermindert. Diese Verkümmernung weiter Bereiche des psychischen Lebens – Bindungsverhalten, Interesse, Empathie – ließe sich mit einer primären neuronalen Reifungshemmung erklären, unter der Annahme, dass die Kinder von Anfang an nicht ausreichend stimuliert wurden. Eine anspruchsvollere psychodynamische Formulierung würde darüber hinausgehen und postulieren, dass sich diese Kinder mit ihrer Apathie und Bindungslosigkeit unbewusst, aber letztlich aus eigener Initiative, vor weiteren psychischen Verwundungen zu schützen versuchen. Sie regulieren ihre Affekte herunter und schützen sich auf diese Weise vor ständigem inneren Aufruhr, vor chaotischer Erregung und unaushaltbarer Verzweiflung. Sie werden freilich vulnerabel für weitere Verlusterlebnisse, weil sie kein aktives wirkungsvolles Bindungsverhalten mehr riskieren.

John Bowlby zeigt mit seiner Begriffswahl „Leugnung“ an, dass er von einer derartigen aktiven Leistung ausgeht. Das verlassene Kind versucht sich mit einer sonst unerträglichen Trennung zu arrangieren. Der alte Begriff der „Deprivation“ verweist hingegen auf die Gefahr irreversibler Defizite in der Hirnreifung. René Spitz (1946, 1960) war der erste, der ausdrücklich davon sprach, dass auch noch die frühesten psychischen Entbehrungen des Säuglings einen Bezug zur Depression haben. Er stellte sich vor, dass auch der frühe Objektverlust eine Form der Trauerreaktion auslöst und somit in Analogie als Depression bezeichnet werden darf, wenn der Verlust innerlich nicht kompensiert werden kann. Der Begriff der anaklitischen Depression ist somit ein wichtiges Bindeglied zu unserem Thema der kindlichen Depressionen.

2.4 Erbliche Disposition und begünstigende Faktoren

Wir sind an dieser Stelle weit genug vorangeschritten, um ein erstes Resümée über die Natur kindlicher Depressionen ziehen zu können. Wir begreifen diese als eine traurige Verstimmung und Herabminderung psychischer und vegetativer Leistungen, die normalerweise für die Wachheit, Vitalität und kommunikative Empfänglichkeit des Kindes sorgen. Depressionen werden ausgelöst, wenn das Kind den Verlust einer bedeutenden Objektbeziehung unzumutbar lange wehrlos erdulden muss. Die Depression verändert psychische und psychovegetative Aggregatzustände in einer spezifischen

Weise, das heißt, sie ist eine vorgebildete menschliche Reaktionsform. Sie transportiert Informationen über eine Notlage des Kindes, speziell einen Zustand von psychischer Verlassenheit. Nach den Ergebnissen der modernen Emotions- und Affektforschung (Krause 1998) ist die traurige Verstimmung des Kindes ein autochthoner Zustand. Er verweist nicht automatisch auf einen dahinter liegenden Triebkonflikt, etwa die Abwehr aggressiver Impulse. Hier hat sich die psychoanalytische Theorie seit Freud weiter entwickelt. Wir gehen heute davon aus, dass Kinder auf *genetischer* Grundlage mehr oder weniger empfänglich sein können, depressiv zu reagieren, wenn sie Verluste zu verkraften haben und chronischen Stress zu bewältigen haben (Costello et al., 2006). Kleinere Verlusterlebnisse und psychische Entbehrungen sind freilich allgegenwärtig. Mit einiger Berechtigung müssen wir annehmen, dass die genetische Disposition allein nie ausreicht, sondern dass stets traumatische Auslösefaktoren und andauernde Belastungsfaktoren hinzukommen müssen, bis eine Depression manifest wird. Die depressive Disposition ist also keine feste schicksalhafte Größe ab der Geburt, sondern sie entwickelt sich in einem dynamischen Umfeld. Dies gilt nicht nur für die Verschlimmerungen, sondern auch für die Besserungen und Heilungen.

Frühkindlich deprivierte Kinder können zum Beispiel in einem förderlichen Umfeld schließlich doch noch stabile Beziehungen aufbauen (Ernst u. Luckner, 1985). Viele konstitutionell depressive Kinder, die ihre Familie mit ihrer Trennungsängstlichkeit und Lustlosigkeit und mit ihren Verstimmungen während der gesamten Kindheit in Bann gehalten haben, können als Jugendliche plötzlich selbstständig und eigeninitiativ werden. Hier erkennen wir die Wirksamkeit familiärer, sozialer und zusätzlicher therapeutischer Ressourcen, die ins Spiel gebracht worden sind. (Schoon, 2006) Wir erkennen aber auch, dass depressive Kinder, gerade dadurch, dass sie ihre Verletzlichkeit offen zu Markte tragen (z. B. in Form von Ängstlichkeit), Hilfe mobilisieren und sich selbst zu helfen lernen. Vulnerabilität und Resilienz schließen sich also nicht gegenseitig aus.

Zu denken gibt weiterhin die Tatsache, dass ausgerechnet Menschen, die später schwer depressiv erkranken, in ihrer Kindheit *nicht* depressiv auffällig waren und keine deutlichen Angststörungen oder Trennungsprobleme hatten (Magnusson u. Bergman, 1990). Hieraus ist wohl kaum zu schließen, dass eine depressive Disposition im Jugendalter oder später vollkommen neu entsteht. Wir müssen eher annehmen, dass es unter den behüteten Bedingungen und in der Abhängigkeit des Kindesalters mittels Anpassungsleistungen möglich ist, eine psychische Schwäche zu verbergen. Bei genauerem Hinsehen ist die Schwäche durchaus erkennbar. Später depressive Menschen sind zum Beispiel schon in ihrer Kindheit weniger offen für Änderungen und Neuerungen. Sie sind freilich oft umringt von Familienangehörigen, die ihrerseits Veränderungen meiden, also ähnlich strukturiert sind wie ihr Kind. Dies macht sie „betriebsblind“ für dessen depressive Eigenschaften (Puura et al., 1998). Es ist eine interessante therapeutische Frage, ob es diesen Kindern helfen würde, wenn sie bereits in der Kindheit bewusst und durchaus schmerzhaft auf solche Schwierigkeiten aufmerksam gemacht und zu neuen Lösungen ermutigt würden, also zu Lösungen, die einen größeren inneren Abstand zu den primären Bezugspersonen erfordern.

2.5 Modifizierende Faktoren bei kindlichen Depressionen

2.5.1 Vorbemerkung

Depressive Verstimmungen werden im Kindesalter selten allein zum Anlass für therapeutische Bemühungen. Sie werden im Zusammenhang mit anderen Auffälligkeiten erstmals vermutet, die ihrerseits im Vordergrund der therapeutischen Arbeit stehen und die wir teils als Modifikationen, teils als Verarbeitungen des depressiven Grundkonflikts ansehen können (Rudolf, 1996). Es handelt sich in erster Linie um die kindlichen Ängste und phobischen Störungen, vor allem die Schulphobie und Sozialphobie, in zweiter Linie um die narzisstische Kränkbarkeit und das tyrannische Verhalten depressiver Kinder, in dritter Linie um ihre Somatisierungsstörungen. Letztere werden begünstigt durch symbiotische Beziehungen und mütterliches Unverständnis für die autonomen Bedürfnisse des Kindes. In wieder anderen Fällen befasst sich die therapeutische Arbeit mit konkreten Traumatisierungen. Auch diese haben die Tendenz, sich auf eine ohnehin depressiv belastete Kindheit aufzupropfen.

2.5.2 Posttraumatisches Verhalten

Der heute so häufig verwendete Begriff des „Traumas“ bezeichnet in seiner breitesten Anwendung nichts anderes als die bisher bei der Entstehung der Depression genannten Stressoren, also frühkindliche Trennungserfahrungen und Entbehrungen, die im Zusammenwirken mit der Genetik überhaupt erst eine depressive Konstitution begründen. In dieser Form ist der Begriff „Trauma“ überflüssig und irreführend.

Wir sollten selbst dann den Traumbegriff kritisch verwenden, wenn wir annehmen, dass nicht die Genetik, sondern eine hochgradig belastete und entbehrungsreiche Frühkindheit den Ausschlag für die depressive Entwicklung gibt. Die Formulierung „posttraumatische Belastungsstörung“ ist nur brauchbar für Fälle, bei denen die psychische Belastung nicht andauernd einwirkt, sondern einem akuten Ereignis zuzuordnen ist und eine Verhaltensänderung bewirkt hat. Das Ereignis darf zeitlich nicht allzu lange zurückliegen und muss aus anderer Quelle bekannt sein. Verhaltensänderungen, die auf ein traumatisches Ereignis hin akut einsetzen könnten, betreffen eine ungewöhnliche Verschlussenheit oder Reizbarkeit oder eine neu aufgetretene Angst, eine Verweigerung, eine bulimische Störung, einen sozialen Rückzug, eine plötzliche Selbstvernachlässigung oder eine neue Tendenz zu Selbstverletzungen.

Die Forderung nach rigoroser Beschränkung des Traumbegriffs hat ausschließlich technisch therapeutische Gründe. In der heutigen Therapielandschaft löst der Begriff „Trauma“ die Erwartung aus, dass konkrete Bilder traumatischer Erlebnisse aus dem Gedächtnis abrufbar sind, die dann bearbeitet und beherrschbar gemacht werden können (Shapiro, 2001). Die übereifrige Suche nach solchen Bildern kann falsche Erinnerungen (Brainerd u. Reyna, 2005) erzeugen. Die Suggestibilität traumatisierter Patienten ist unvorstellbar hoch und wird immer

noch unterschätzt. Es versteht sich von selbst, dass, auch wenn der Therapeut auf das Abrufen traumatischer Bilder verzichtet, die Vermutung traumatischer Vorerfahrungen nicht widerlegt ist. Ein gutes Indiz für den Einfluss traumatischen Materials sind zum Beispiel die plötzlich aufschießenden dissoziativen und transeartigen Erregungszustände bei Jugendlichen, die sich ansonsten unnahbar und gleichgültig verhalten. Der Wechsel von Hyperarousal und Vermeidungsverhalten ist durchaus charakteristisch und darf in diesem Kontext, also im Kontext einer Traumatisierung verstanden werden.

Therapeutisch entscheidend ist aber, dass die erlittenen Schäden nicht als erinnerliche und symbolisierte Einzelereignisse im bewussten Gedächtnis abgelegt sind. Spuren von Erinnerungen machen sich ausschließlich an körperlichen (vegetativen) Reaktionsmustern fest, zum Beispiel in Angsterfärbung und Unbehaglichkeit bei bestimmten Erlebnissen, oder in der erwähnten Erregbarkeit und Schreckbarkeit. Gelegentlich kann der Erlebniskontext, in dem eine abnorme Erregung einsetzt, in einer intensiven therapeutischen Arbeit symbolisch abgesteckt werden. Wir sollten freilich nie den Anspruch erheben, hierbei ein reales biographisches Einzelereignis wieder entdeckt zu haben.

Zur Erklärung, warum das posttraumatische Symptom der „Hyperarousal“ auch ohne das zugehörige Symptom der „Flashbacks“ einen Sinn ergibt, dient uns die Hirnphysiologie: Die frühesten Prägungen der psychischen Struktur vollziehen sich innerhalb des phylogenetisch alten limbischen Systems und ohne erkennbare Beteiligung des frontalen Cortex, damit auch ohne Verschaltung mit den Funktionen des Bewusstseins auf der Hirnrinde. Die Sinneserfahrungen werden primär vom Thalamus über die Amygdala an die archaischen Gedächtnisspeicher des Hippocampus weitergereicht. Dort werden sie mit einem „Archiv“ früherer Stimmungen und Situationsbewertungen verglichen. Auf dieser atmosphärischen Grundlage kann dann sekundär, auch mit großer zeitlicher Verspätung, eine mehr oder weniger bewusste, also kortikale, Verarbeitung einsetzen. Diese kann aber auch ausbleiben. Im Katastrophenfall wird der bewusste Verarbeitungs- und Steuerungsprozess blockiert. Nunmehr wird die Erregung auch vom Mandelkern nicht mehr kanalisiert und nicht mehr in die beschriebenen Verarbeitungswege eingeschleust. Der Mandelkern leitet die Erregungen ungefiltert weiter und löst archaische, kaum noch steuerbare Handlungsmuster von Flucht und Angriff aus. Diesen Erregungen fehlt daher entweder sekundär oder aber von Anfang an eine symbolische Verknüpfung mit Bewusstseinsinhalten auf der Hirnrinde.

Wenn es somit unmöglich ist, einen schädigenden Vorgang der frühesten Kindheit, der diffus in zahlreiche (vegetative) Vorgänge eingreift, inhaltlich oder symbolisch zu fokussieren, sind wir trotzdem nicht gezwungen, auf den Begriff der Traumatisierung ganz zu verzichten. Wir müssen ihn aber streng vom Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung abgrenzen. Und wir müssen bei allen zur Depression beitragenden frühen Entbehrungen des Kindes genau überlegen, wie wir den Traumabegriff konnotieren wollen.

2.5.3 Angststörungen

Das zweite Beispiel für eine Umformung und Neuformulierung der kindlichen Depression sind die Angststörungen. Die Angststörungen des Kindesalters haben übrigens gegenüber den Angststörungen späterer Altersstufen einen diagnostischen Sonderstatus (ICD-10: F93). Die kindliche Angst ist einer sichtbaren depressiven Verstimmung in aller Regel vorgelagert. Bevor sich bei einem Kind die Stimmung verdüstert, zeigt es nun einmal Angst. Auch die Angst wird oft durch ein tyrannisch kontrollierendes Verhalten und Vermeidungsstrategien getarnt. Ab dem Jugendalter ist dies anders. Hier korrespondieren die Angststörungen deutlich enger mit den nun beginnenden Zwangsstörungen. In diesem Alter werden auch die depressiven Verstimmungen deutlicher. Ängste, Zwänge und Depressionen stehen jetzt in enger Wechselbeziehung. Die Komorbidität dieser drei Störungen liegt zwischen 20% und 50%. Interessant ist, wie schon anfangs erwähnt, dass Kinder, die früh unter Angststörungen litten, ab dem Jugendalter oft unauffällig sind und auch keine Depressionen entwickeln. Eine neue Population von Jugendlichen meldet sich stattdessen mit Angststörungen und Depressionen zur Stelle. Es drängt sich die Vermutung auf, dass die jüngeren ängstlichen Kinder eine gute Selbstwirksamkeit und Selbstverfügbarkeit haben, indem sie auf ihre Schwierigkeiten frühzeitig aufmerksam machen und ihre Umwelt auffordern, ihnen bei deren Überwindung zu helfen.

Ängstliche Kinder leben oft bei depressiv niedergestimmten Eltern. Dynamisch ist vorstellbar, dass die ängstlichen Kinder ihr Verhalten nicht einfach nur bei den Eltern abschauen, sondern gleichzeitig zur Gegenregulation und Abwehr einsetzen. So sorgen sie mit ihrer eigenen Symptomatik mit dafür, dass auch die Eltern vor Belastungen geschützt werden. Gleichzeitig zwingen sie die Eltern zu Anstrengungen, die deren depressiver Grundhaltung eigentlich zuwider läuft. Die Eltern werden nämlich mobilisiert, den Kindern bei der Bekämpfung ihrer sichtbaren Ängste zu helfen und ihnen jenen Weg in die soziale Welt zu ebnen, der auch den Eltern ausgesprochen schwer fällt.

Im Unterschied zur Depression hat Angst also eine akute Signalwirkung auf die Gestaltung der Beziehungen. Dies trifft gerade auf das Kindesalter und das familiäre Zusammenleben zu. Wieder geht es um das kardinale Thema von Trennungen und Verlusten. Mit ihren Ängsten reagieren die Kinder aber auf zukünftig drohende, noch nicht eingetretene Verluste. Sie leisten einen Beitrag, solche Verluste abzuwenden. Vielfältige Anpassungsprozesse setzen ein. Gleichzeitig bauen die Kinder mit ihrer Ängstlichkeit natürlich gegen die eigene unübersehbare Aggression vor, mit der sie, was ihnen auch bewusst ist, nur weitere Verluste heraufbeschwören würden.

2.5.4 Narzisstische Regulation

Mit der narzisstischen Spiegelidentifikation (Lacan, 1966) erhält das Kind eine neue mächtige Möglichkeit, sich über seine depressiven Bindungs- und Selbstzweifel und seine Angst vor Verlusten hinwegzusetzen oder dies zumindest zu versuchen – mit

weitreichenden Folgen, wobei diese Folgen, also die narzisstischen Krisen, im therapeutischen Prozess schließlich mehr Raum einnehmen als die dahinter verborgene Depression. Das narzisstische Kleinkind stellt sich vor den Spiegel und versucht in aller Grandiosität daran zu glauben, dass es unwiderstehlich ist, und dass niemand umhin kommt, es zu lieben und ihm zu verzeihen, wenn es böse war. Um diese Grandiosität aufrecht zu erhalten, bedarf es immer neuer, nach außen gerichteter und außen wahrnehmbarer Inszenierungen. Ein inneres Sicherheitsgefühl fehlt dem depressiven Kind (Joffe u. Sandler, 1967). Das Verhalten des Kindes ist tyrannisch und schwankt zwischen Triumph und Kränkung, zwischen der Gewissheit, die Mutter zu allem zwingen zu können und der Angst, mit einem Liebesbeweis, der auch nur das Geringste zu wünschen übrig lässt, schon nicht mehr leben zu können. Sowohl die Angst vor dem Verlust oder der Zurückweisung wie auch die Forderungen an die geliebte Person können ins Grenzenlose wachsen und maßlos werden. Narzisstische Beziehungen steuern im Jugendalter auf eine neue Eskalation zu – mit schweren Kränkungen und gegenseitigen Verstößungen. Beide Seiten leiden unter der Unerfüllbarkeit und Absurdität ihrer Beziehung. Solche Beziehungen verwandeln sich am Ende gelegentlich sogar zu inzestuösen Annäherungen zwischen Sohn und Mutter, Tochter und Vater. Ödipus und Elektra lassen grüßen. Der Fortbestand der bedrohten Beziehung soll in höchster Not erotisch erzwungen werden. Nach dem Scheitern narzisstischer Eltern Kind Beziehungen wird die dahinter liegende depressive Existenz- und Verlustangst sofort wieder bloßgestellt.

2.5.5 Symbiotische Regulation und Somatisierungen

Eine letzter Weg, depressiven Verlustängsten auszuweichen, besteht darin, an symbiotischen Beziehungsmustern festzuhalten oder bei Bedarf auf diese Form einer Beziehung zu regredieren. In der Symbiose droht noch keine reale Trennung. Mutter und Kind bemühen sich, keine Differenz zwischen ihren Wünschen und Erwartungen spürbar werden zu lassen. Sie stellen sich aufeinander ein. Die Fähigkeit, die Gedanken des anderen vorauszusehen, nimmt telepathische Züge an. Das Kind empfindet es schuldhaft, wenn es bei sich selbst eigene, abweichende und spontane Bedürfnisse wahrnimmt, die es nicht sofort mit der Mutter vergleichen und abstimmen kann (Milch, 2001). Damit sind der autonomen Entwicklung des Kindes enge Grenzen gesetzt. Die Übergänge in den Kindergarten und die Schule bilden hohe Hürden und werden mit Angst quittiert. In den Somatisierungsstörungen und der Kränklichkeit dieser Kinder steckt die Einladung und die Aufforderung an die Mutter, sich in die Funktionen und das vormalig zuverlässige Funktionieren des kindlichen Körpers erneut einzumischen, die kindliche Selbstfürsorge in Frage zu stellen und selbst wieder zur zentralen Versorgerin zu werden, die sich um alles kümmert. Für die Mutter ist dies ein endloses Übungsfeld, in dem sie sich immer wieder ihre mütterlichen Qualitäten beweisen will, sich letztlich aber doch nur verdrießlich fühlt und an sich und ihrer Liebe für das Kind zweifeln muss. Für das Kind bleibt

der Verzicht auf seine altersgemäße Autonomie ein lohnendes Opfer, wenn es auf diese Weise ein Quantum mehr Mutterliebe erzwingen kann.

Mutter und Kind halten sich gegenseitig an symbiotischen Beziehungen fest. Aber warum? Es ist nicht etwa so, dass Mutter und Kind sich dabei wohl fühlen oder an ihrem engen Miteinander besonderes Vergnügen haben. Immerhin verbindet sie das Bewusstsein, dass es dem Kind in früherer Zeit gefrommt hätte, intuitiv verstanden zu werden, und dass von der Mutter zu erwarten gewesen wäre, ihr Kind intuitiv zu verstehen. Mit dem Festhalten an symbiotischen Beziehungsmustern geben sich Mutter und Kind immer wieder die Chance, etwas nachzuholen, was ihnen bislang misslungen ist.

Anders als bei den vorher erwähnten narzisstischen Mustern, bei denen sich Kinder und Eltern am Ende gegenseitig bedrohen und verstoßen, und die Verbindung oft nur noch über Größen-, Inzest- und Rachephantasien gesichert werden kann, wird bei den Symbiosen kaum eine Misstimmung riskiert. Die Duldsamkeit und Loyalität des Kindes – trotz des dahinter erkennbaren Verdrusses und Überdrusses – bleibt unangefochten. Das Kind geht höchstens so weit, dass es zu Hause bei seinen Eltern quengelt und nörgelt. Dahinter steht natürlich, dass es sich nicht geliebt und eigentlich nicht einmal wertgeschätzt fühlt.

Wenn das Kind merkt, dass die Eltern diese Kritik nicht ertragen, zum Beispiel ihrerseits depressiv einknicken oder in der Erfüllung ihrer elterlichen Pflichten erst recht resignieren, lenkt das Kind sofort wieder ein. Meist weicht es zum wiederholten Male in Somatisierungen aus. Es kommt aber auch vor, dass ein Kind sich – zur allseitigen Verblüffung – zum Sprachrohr der depressiven Mutter oder des depressiven Vaters macht. Dann setzt es sich beispielsweise in das geöffnete Fenster und verkündet von dort, dass ihm das Leben keinen Spaß mehr mache oder dass es nicht mehr leben wolle. Es ist ein typisches Vorkommnis im kinderpsychiatrischen Notdienst, dass sich eine entsetzte Mutter an die Klinik wendet und nicht davon zu überzeugen ist, dass das Kind lediglich einem inneren Zustand der Mutter Worte verleihen will.

3 Depressive Krisen im Jugendalter

Der Übertritt ins Jugendalter führt über eine Schwelle. Diese vermittelt sich auch im therapeutischen Prozess. Die Jugendlichen distanzieren sich von ihrer Kindheit, auch wenn dieser Zustand erst wenige Wochen zurück liegt. An der Schwelle zur Jugendzeit tritt der Suizid unvermittelt und gänzlich neu in das Denken der Jugendlichen ein. Allein dieser Umstand rechtfertigt die Annahme einer Schwelle. Mit der Ankunft im Jugendalter tritt die depressive Seite aus dem Schatten narzisstischer, symbiotischer und ängstlicher Symptome heraus und macht sich und unmittelbar in Form dramatischer Krisen bemerkbar. In ihren Krisen, welche die Jugendlichen nun in großer Zahl auch in die psychiatrisch psychotherapeutischen Kliniken führen, wirken sie nicht nur depressiv verzweifelt oder niedergeschlagen, sondern auch wütend. Sie denken an den eigenen Tod, aber auch an Vergeltung. Ihr Verhalten ist durchaus widersprüchlich,

zum Beispiel destruktiv gegenüber sich selbst, dann wieder aggressiv und rachsüchtig gegenüber anderen. Neben überlegten Handlungen, die wir als suizidal klassifizieren, leiden sie unter spontanen Erregungszuständen, in denen sie sich selbst verletzen oder andere angreifen, oder rutschen in Notlagen hinein, in denen sie sich auf den riskanten Konsum von Genussmitteln einlassen und schließlich verunglücken oder körperlich zusammenbrechen. Stets gibt es konkrete Auslöser für diese Krisen: Niederlagen, Kränkungen, Verluste, Enttäuschungen, Bestrafungen und Zurückweisungen. Und stets kommt etwas von dem hinzu, das wir bereits unter den Stichworten der kindlich narzisstischen, ängstlichen, posttraumatischen und symbiotischen Regulation kennen gelernt haben und nur in längerer biographischer Perspektive verstehen können.

3.1 Bedeutung der Suizidalität im Jugendalter

Zu keiner Zeit des Lebens sind Krisen mit Verzweiflung und suizidalen Gedanken so verbreitet wie in der frühen Jugendzeit. Mindestens 30% der Jugendlichen durchleben Krisen dieser Art und stellen gedanklich ihre Existenz in Frage. 4-5% der Jugendlichen zeigen depressive Tendenzen. 2-4% unternehmen einen Versuch, sich das Leben zu nehmen, Mädchen 4-7 Mal häufiger als Jungen. Die Dunkelziffer ist hoch. Vielen suizidalen Handlungen dieses Alters ist keine erkennbare depressive Verstimmung vorausgegangen, möglicherweise aber eine depressive Reaktionsbereitschaft, die hinter den schon erwähnten Verkleidungen und Modifikationen verborgen lag. Wenn wir bereits in der Kindheit mit dem diagnostischen Problem der Depression gerungen haben („Darf ich das Kind depressiv nennen und an welchen Symptomen mache ich diese Diagnose fest?“), so stehen wir auch noch im Jugendalter oft vor dem gleichen Problem, auch wenn nunmehr hin und wieder die ersten manifest melancholischen Zustände zu beobachten sind. Wir erkennen sie unter anderem daran, dass die Verstimmung nicht nur vor dem Suizidversuch bemerkbar war, sondern auch nach dem Suizidversuch nicht einer positiveren Grundstimmung weichen will. Schwerer depressive Jugendliche zeigen auch Ansätze von Selbstverachtung und schätzen ihre Zukunft und ihre Gegenwart nihilistisch ein. Die Wahrnehmungen sind dann im Sinne der klassischen depressiven Denkstörung verzerrt. Die ständigen Selbstvorwürfe verhindern in diesen Fällen auch, dass der aggressive Affekt auf jene Personen gelenkt werden kann, von denen sich die Jugendlichen tatsächlich verletzt fühlen. Aber dies ist nur so in einer geringen Zahl von Fällen.

Die meisten Jugendlichen begreifen ihre suizidalen Ideen als Experiment. Wir interpretieren sie nicht falsch, wenn wir ihre Inszenierungen als experimentelle Annäherung an die Möglichkeit des Sterbens bezeichnen. Darin ist in der Regel der Wunsch enthalten, in ein neues besseres Leben zurückzukehren, Schmerzen zu betäuben und starke destruktive Gefühle zu neutralisieren.

Das Thema des Suizids übt auf die Jugendlichen größte Faszination aus. 50% der Jugendlichen, die einen Selbstmord versuchen, haben im Verwandten- und Bekanntenkreis depressive Krisen und suizidale Krisen miterlebt. Sie werden durch das Bei-

spiel anderer aber nicht etwa abgeschreckt, sondern in einem eigenen Grundgefühl bestätigt. Nachahmungstaten, ausgelöst durch Suizide in Cliques und Freundeskreisen, kommen regelmäßig vor („Werthereffekt“). Die Fokussierung der Jugendlichen auf den Suizid hat nicht nur einen Rückbezug zu ungelösten Fragen einer von Depression überschatteten Kindheit, sondern einen neuen Bezug zur kognitiven Wende der frühen Jugend, insbesondere zur neu erworbenen Fähigkeit, sich selbst und den Sinn der eigenen Existenz von außen – losgelöst von den Eltern – anzuschauen und neu zu bewerten. Die Jugendlichen erleben dabei eine spezifische Einsamkeit, die sie als Preis für die neue Autonomie bezahlen. Sie erleben die Losgelöstheit der eigenen Existenz teils glücklich, teils angstvoll. Sie können nicht nur, sondern müssen auch zu Herrinnen und Herren ihres eigenen Schicksals werden.

Mit ihren Suizidgedanken bringen sie ihren Willen zum Ausdruck, ihre neue Freiheit tatsächlich auf radikale Weise in Anspruch zu nehmen. Dabei gleiten sie jedoch vom Thema der Autonomie zurück zur Sehnsucht nach Selbstaufgabe und zurück in die Kindheit, und befinden sich damit scheinbar in einer Gegenbewegung zur Suche nach Autonomie. In den Suizidwünschen wird somit auch eine regressive Richtung eingeschlagen, die uns schon im Kindesalter als Begleiterscheinung der Depression geläufig war. Das zukünftige Leben sehen die Jugendlichen nur schemenhaft vor sich. Wenige Enttäuschungen genügen, um diesen Umriss wieder auszulöschen. Den Jugendlichen fehlt das Sediment von Lebenserfahrung, das dem Leben über Krisen hinweg einen nachhaltigen Sinn verleiht. Zu diesem natürlichen Zustand der Unerfahrenheit gesellen sich Reifungsdefizite, Fehleinschätzungen des Selbst und der eigenen Situation oder narzisstische Größenphantasien, auch dies eine Mitgift aus Kindertagen. Mit den Größenphantasien schlagen sie den großen Bogen von der regressiven zur progressiven Seite. Auf dieser Seite angekommen, trauen sie sich zu, ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen.

Die Wiederholungsgefahr für suizidale Handlungen ist in den ersten zwei Jahren besonders hoch. Ob sich das Risiko eines Todesfalles durch die Wiederholung nennenswert erhöht, ist umstritten. Die Wahrscheinlichkeit wird zwischen 1 und 11% angegeben. Tatsächliche Todesfälle sind im Jugendalter etwa so häufig wie bei Erwachsenen. Nur bei alten Menschen steigt die Suizidrate noch weiter an. Vom männlichen Geschlecht geht bekanntlich stets das höhere Risiko für tödliche Suizidhandlungen aus.

Auf der Beziehungsebene erkennen wir regelmäßig einen Wettstreit widerstrebender Bedürfnisse. Die Jugendlichen wollen sich von den Eltern und der Familie abwenden und sich neuen Personen, Gruppierungen oder Lebenszielen zuwenden, können aber auf dem Höhepunkt der Krise ihre Verlustängste nicht mehr kontrollieren. Wenn sie auf dem Weg in die Selbständigkeit Kränkungen, Trennungen und Zurückweisungen hinnehmen mussten, wächst bei ihnen die Angst, dass sie auch noch ihre primären Beziehungen oder ihre familiäre Beheimatung verlieren könnten, ohne das ersehnte neue Ufer erreicht zu haben.

Suizidale Jugendliche haben oft Zerwürfnisse mit ihren Familien riskiert, und drohen nun von ihren Familien verstoßen zu werden. Posttraumatische und narzissti-

sche Bewältigungsversuche wirken hier zusammen. Die sozialen Unebenheiten in den Familien der Jugendlichen können so ausgeprägt sein, dass wir weniger über den aktuellen psychischen Zusammenbruch staunen, als über die vorausgegangene lange Toleranz und Duldsamkeit angesichts chaotischer Lebensumstände. Zur Familiendynamik tragen neben Fällen mit allgemeiner Desolation auch rigide Reaktionsmuster der Eltern bei. In anderen Fällen sind die kulturellen Widersprüche und Loyalitätskonflikte ausschlaggebend. Wenn die Jugendlichen mit ihren Ausbruchsversuchen aus dem Bannkreis der Familie gescheitert sind, finden sie sich in einem Niemandsland zwischen Kindheit und neuem Leben wieder, das sich ihnen noch nicht erschließt. Hierbei erscheint ihnen der Tod wie ein dritter erstrebenswerter Ort der Zuflucht.

Wenn Jugendliche schwierigen häuslichen Verhältnisse zu entfliehen versuchen, investieren sie auch besonders hoch in ihre neuen Liebesobjekte. Die Wahl der Objekte ist wiederum narzisstisch motiviert. Dabei werden grundlegende Sicherungs- und Geborgenheitsbedürfnisse auf das Liebesobjekt übertragen. Der geliebte Mensch wird zum Abbild des Selbst. Verblüffend ist, dass eine derartige narzisstische Identifikation bereits nach kurzer Zeit einsetzen und mit mehreren Partnern wiederholt werden kann. Vereinfacht ausgedrückt, verlieben sich die Jugendlichen bei ihrer Suche nach einem neuen Objekt ihrer Liebe immer wieder in sich selbst. Bei Verlust des Partners droht folglich das Selbst zumindest vorübergehend von jenem Hass erfasst zu werden, der eigentlich dem verlorenen Liebesobjekt gilt. Die Suizidversuche werden von naiven Rachewünschen und dem Wunsch nach negativer Grandiosität (Henseler, 1974), aber auch von der Sehnsucht nach Versöhnung und Wiedervereinigung geprägt. Sie sind in ihrer Gefährlichkeit schlecht berechenbar, weil die Verzweigung hinter trotzigem Triumphieren verborgen liegt.

3.2 Suizidalität beim Borderline Syndrom

Noch schwieriger sind suizidale Handlungen bei Borderline Persönlichkeitsstörungen zu beurteilen. Dieses wichtige Thema soll hier nur am Rande berührt werden. Den gegen das Selbst gerichteten, hochgradig gefährlichen Impulsen fehlt das durchgehende mit dem Selbst verbundene und für andere einfühlbare Motiv. Im einen Augenblick sind die Jugendlichen von Selbsthass beherrscht und klar depressiv verstimmt, im nächsten Augenblick wird der suizidale Impuls vom Selbst abgespalten und ist nunmehr affektiv nicht mehr nachvollziehbar.

Suizidale Handlungen auf Borderline Niveau können dazu dienen, Hassgefühle und Wünsche nach Verschmelzung auszuleben (regressive Komponente) oder unerträgliche Spannungen im eigenen Körper zu neutralisieren (Fonagy et al., 2000). Hierzu wird in kurzen Momenten die eigene Vernichtung in Kauf genommen. Dies geschieht mit beispielloser Rücksichtslosigkeit und in Form einer kurzfristigen rauschartigen Selbstaufgabe. Die suizidalen Drohungen und Handlungen dieses Typs neigen zur Ausbildung von Wiederholungsmustern. Mit ihnen versuchen die Patienten ihre extreme Ambivalenz und Instabilität der Objektbeziehungen in den Griff

zu bekommen: ihre Angst vor dem Verlassensein, ihre Sehnsucht nach und ihre Angst vor symbiotischer Verschmelzung.

3.3 Therapeutische Arbeit mit narzisstisch gestörten Jugendlichen

Der dynamische Zusammenhang zwischen der kindlichen Depression und den depressiven Krisen der Jugendzeit liegt vor allem in ihren narzisstischen Ausgestaltungen. Wieder ist es die narzisstische Regulation, die sich den Jugendlichen am ehesten anbietet, wenn sie im Augenblick der drohenden Verstoßung ihre immer schon vorhandene Lebensangst zu bewältigen versuchen. Sie versuchen es mit Überheblichkeit; und sie versuchen es mit narzisstischer Wut. Diese richten sie teils gegen sich selbst, teils gegen die Eltern. Die narzisstischen Krisen können leicht damit enden, dass die Jugendlichen von ihren Familien tatsächlich verstoßen werden. Dann mündet die Krise auch in antisoziales Verhalten, wendet sich also nicht mehr nur gegen das Selbst. Der therapeutische Umgang mit narzisstisch auffälligen Jugendlichen ist ein Balanceakt. Auf den ersten Blick liegt erzieherische Strenge nahe. Die auftrumpfenden und gewagten Selbstmordversuche müssen eingedämmt und entschärft werden. Den Jugendlichen darf es nicht gelingen, ihre Umgebung einzuschüchtern oder zu erpressen. Es besteht die Gefahr, dass die Angehörigen bei gefährlichen Drohungen in uferlose Besorgnis geraten oder umgekehrt sich bei scheinbar banalen Drohungen verärgert abwenden. In die gleichen divergenten Haltungen drohen auch Therapeuten und Laienhelfer zu geraten. In ihrem Streben nach grandioser Satisfaktion verlieren die narzisstisch gestörten Jugendlichen die Realität leicht aus dem Blick. Ihr „Spiel“ mit der Gefahr beschwört einen Grad der realen Gefährdung herauf, der ihnen selbst und anderen nicht voll bewusst ist.

Mit jeder schroffen Zurechtweisung und jedem Hinweis auf die reale Gefährlichkeit können wir freilich zur Eskalation beitragen, weil sich die Jugendlichen ihre Krisen nicht so einfach „verbieten“ lassen. Falls es uns wirklich gelingen sollte, die Absurdität des angedrohten Verhaltens zu entlarven, würden wir hingegen die Größenphantasien bloß stellen. Wir würden also unsere narzisstischen Patienten demütigen, obwohl sie doch zunächst auf Grandiosität zur Stabilisierung ihres Selbst angewiesen bleiben. Letztlich provozieren wir auf diese Weise nur neuerliche suizidale Handlungen. So kommt es, dass die Klinik zunächst von mehreren Seiten als Appellationsinstanz gebraucht wird. Sowohl die Angehörigen wie auch die Jugendlichen wollen sich auf ihre je eigene Weise Gehör verschaffen. Auf diesem Wege wird die Klinik sturmreif geschlagen, bevor die Jugendlichen wirklich in ihrer Notlage verstanden worden sind und persönliche Hilfe akzeptiert haben.

Der Therapieverlauf ist günstiger, wenn wir die narzisstischen Jugendlichen von ihrem Agierverhalten weglotsen und in eine längere ambulante, teilstationäre oder sogar stationäre Maßnahme hinein geleiten können. In einer solchen kontinuierlichen Arbeit können wir es dann riskieren, eine eher nachsichtige und gewährende Haltung gegenüber den narzisstischen Krisen einzunehmen. In der Selbstobjektübertragung kommt hinter dem auftrumpfenden Verhalten der Jugendlichen alsbald

eine regressive Bedürftigkeit zum Vorschein. Therapeutisches Ziel ist es, dass sich die Jugendlichen mit ihren kindlichen und kindischen Bedürfnissen nach Zuwendung und Aufmerksamkeit angenommen fühlen. Die Patienten trumpfen dann seltener auf und empören sich nicht mehr oder tun dies weniger dramatisch. Sie verzichten also auf grandiose Selbstbehauptungsversuche, weil sie sich mit ihren regressiven Wünschen verstanden fühlen, ohne sich mit ihnen blamiert zu haben. Allmählich werden auch ihre Kränkungsreaktionen berechenbarer (Milch, 2001).

Die hier vorgeschlagene therapeutische Linie ist nicht immer praktikabel. Nachsichtigkeit und Zutrauen scheitern allemal, wenn die Nerven angesichts wiederholter aberwitziger Suizide blank liegen oder wenn wir nicht sicher sind, dass zwischen uns und dem Patienten zumindest eine narzisstische Übertragung zustande gekommen ist, auf der sich therapeutisch aufbauen lässt. Widrigenfalls kann die therapeutische Beziehung so flüchtig sein, dass wir von einer Borderline Struktur ausgehen müssen.

Borderline Patienten tolerieren ein solches personales Beziehungsangebot bekanntlich weniger gut. Obwohl sie absolute Nähe und unbedingtes Verständnis fordern, erscheint ihnen dieses Angebot zugleich bedrohlich. Ziehen wir uns daher zurück, befürchten sie einen Objektverlust und reagieren mit Verzweiflung und erneuter Aggression. Mit immer neuen Selbstbeschädigungen stellen sie die Zuverlässigkeit unseres therapeutischen Engagements auf die Probe. Rasch können sich unkontrollierbare Eskalationen ergeben. Hier können wir uns nur mit festgelegten Regeln eines Krisenmanagements behelfen, das bei allen Krisen in stets gleicher Weise in Kraft tritt (du Bois, 2005). Nicht der einzelne Therapeut, sondern ein Team muss nach festem Plan aktiv werden. Jede Überreaktion ist zu vermeiden. Halt und Orientierung müssen von den Strukturen der Institution ausgehen. Nur in einem solchen Verbund sind die Gefühle von Verwirrung und Aussichtslosigkeit zu ertragen, die sich in der Therapie unweigerlich einstellen.

Letztlich muss sich das therapeutische Team auch den Tod als möglichen Endpunkt der Therapie vorstellen können. Therapeutische Teams haben bei Borderline Störungen die schwierige Aufgabe, den Angehörigen zu erklären, warum sie – trotz der zerstörerischen Dynamik – den Patienten dennoch an der langen Leine führen und nicht Tag und Nacht überwachen und warum sie gegen das „Restrisiko“ nicht abhelfen können.

4 Schlussbetrachtung: Suizidversuch und Hoffnung

Abgesehen von der Behandlung des Borderline Syndroms sind die Grenzen der therapeutischen Zuversicht und des therapeutischen Optimismus beim Gros unserer jugendlichen Patienten weiter gesteckt. Diese wollen nicht sterben, sondern leben. Wir müssen uns daran erinnern, dass diese Jugendlichen in ihrer gerade überstandenen Kindheit oft mit großen Ängsten vor Objektverlust zu kämpfen hatten und sich von depressiven und zerstrittenen Eltern losreißen und emanzipieren müssen. In diesem Licht besehen kann ihr Leben nach dem *Über*-Leben eines Suizidversuches nur besser, nicht schlimmer wer-

den. Die meisten suizidalen Jugendlichen suchen Freiheit, Entfaltung und mehr Autonomie. Sie fühlen sich in unerträglicher Weise beengt und festgehalten. Sie sind wütend auf diejenigen, die sie vermeintlich an ihrer Freiheit hindern, und sind zugleich wütend auf sich selbst. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Die Wut gegen das Selbst erstreckt sich zum Glück selten bis zum Zustand einer schweren Depression.

Häufiger sehen wir Wut über kulturelle Zwänge, Wut über verlorene Chancen und Wut über Loyalitätskonflikte. Der Feind wird letztlich im Außen und nicht im Selbst identifiziert. Teilweise ist es verblüffend zu erfahren, wie genau die Jugendlichen wissen, was sie sich für ihre Zukunft wünschen und was sie erreichen wollen. Der einzige Grund für die suizidale Verzweiflung scheint darin zu liegen, dass die Jugendlichen mit der Erfüllung ihrer Wünsche das Tischtuch der Familie zerreißen würden und eben dies noch nicht riskieren wollen, worüber sie wiederum wütend sind. Diese Wut lenken sie teils narzisstisch und teils regressiv symbiotisch um. Dabei verteilen sie die Wut zu gleichen Teilen auf sich selbst und ihre Familie oder die Liebesobjekte, die sie sich als deren Ersatz gewählt haben. Es ist aber eine Frage der Zeit und der weiteren Entwicklung, bis sie sich eine Konfrontation ihrer Beziehungen zutrauen, ohne zugleich am Sinn ihres Lebens zu zweifeln. Es ist also vor allem die narzisstische Wut (Henseler, 1974), die den suizidalen Affekt ermöglicht. Hinter dem Suizid steht die Hoffnung nach grandioser Versöhnung und Erlösung.

In unserer Klinik erscheint in letzter Zeit immer wieder ein 15-jähriges Mädchen zu Krisenintervention – dann, wenn ihre Selbstmorddrohungen den Eltern oder ihrer Therapeutin zu bunt werden. Sie hat sich in ihr Zimmer zurückgezogen und spricht seit einem Jahr mit Mutter und Vater kein Wort. Sie erklärt, sie werde die Familie verlassen, aber nur wenn die Eltern dies verlangen. Die Eltern sagen, die Tochter könne die Familie verlassen, aber nur wenn sie sich hierzu erkläre. Das Mädchen bangt offensichtlich um sein Existenzrecht bei den Eltern. Die Eltern verlangen eine stationäre Therapie, aber das Mädchen verweigert sich. Das Mädchen schmiedet akribische Suizidpläne und veröffentlicht diese an ihren Zimmerwänden und auf Konzeptblöcken. Sie legt inzwischen auch Termine fest, an denen sie ihre Pläne in die Tat umsetzen wird. Kürzlich musste sie von der Polizei von den Bahngleisen geholt werden, auf denen sie bei Tage herum spazierte. In ihrem Rucksack führte sie alle ihre Suizidpläne mit sich. In der Klinik wirkte sie wieder entspannt. Man konnte gut über ihre Zukunftspläne sprechen, die so gar nicht zu ihren Selbstmordplänen zu passen schienen. Sie besuchte vollkommen normal die Schule und verkehrte mit ihren Freundinnen. Wie bei früheren Notaufnahmen verlangte sie erneut die rasche Rückkehr nach Hause. Beim Abschied aus der Klinik erklärte sie, dass sie ihre ambulante Therapie abbrechen werde. Es war aber offensichtlich, dass sie bis zuletzt gern zu dieser Therapeutin gegangen war. Eine von uns erbetene Erklärung, dass sie dennoch ihre Therapeutin umgehend wieder aufsuchen werde, verweigerte sie. Sie wollte uns nochmals in Sorge versetzen. Normalerweise ist es üblich, mit suizidalen Patienten auf schriftlichen Vereinbarungen zu bestehen, bevor sie entlassen werden. Diese ohnehin so sthenische und beharrende Patientin jedoch wollten wir

nicht weiter in die Enge treiben. Unser Eindruck war, dass sie ein Recht darauf hatte, sich selbst und uns im Ungewissen zu lassen, letztlich ein Recht auf ihren „Suizid“, um die Hoffnung und um sich selbst am Leben zu erhalten.

Dieser Fall enthält in karikiertem Form viele typische Elemente des suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen. Wir kommen in der Gegenübertragung nicht umhin, ähnlich wie die Eltern, Verdruss und Ablehnung zu empfinden. Wir müssen darauf achten, dass wir für die bedrückende Lage der Jugendlichen empathisch bleiben. Dahinter müssen wir aber auch den im Suizid vorgetragenen Wunsch nach Selbstüberwindung und Selbstbefreiung im Blick behalten. So paradox dies klingen mag: Die drohende Beschäftigung mit dem Suizid kann der vorübergehende Platzhalter für die Hoffnung werden, die nicht mehr offen aufgerufen werden kann, aber dennoch ihren Platz wieder einnehmen will.

Literatur

- Abraham, K. (1924). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen: In K. Abraham (1971), *Psychoanalytische Studien I*. Frankfurt: S. Fischer.
- Ainsworth, M. (1962). The Effects of Maternal Deprivation: A Review of Findings and Controversy in the Context of Research Strategy. In *Deprivation of Maternal Care. A Reassessment of its Effects*. Genf: WHO.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Plenum.
- Brainerd, C. J., Reyna, V. F. (2005). *The Science of False Memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Foley, D. L., Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 8-25.
- du Bois, R. (2005). Zur Bewertung von Depression und Verzweiflung bei Jugendlichen. In R. du Bois, F. Resch, *Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch* (S. 415-431). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ernst, C., von Luckner, M. (1985). *Stellt die Frühkindheit die Weichen?* Stuttgart: Enke.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Freud, S. (1916). Trauer und Melancholie. In S. Freud (1999), *Gesammelte Werke*. Band 10 (S. 428-446). Frankfurt: Fischer.
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmordes*. Hamburg: Rowohlt.
- Joffe, W.G., Sandler, J. (1967). Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzisstischer Störungen. *Psyche*, 21, 152 ff.

- Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*. London: Hogarth Press. [Dt. (1979) *Die Psychoanalyse des Kindes*. München: Kindler, 2. Auflage.]
- Kohon, G. (1999). *The Dead Mother. The Work of André Green*. New York: Routledge.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lacan, J. (1966). *Le stade de miroir comme formateur de la fonction de Je, telle qu'elle nous est revelee dans l'experience psychanalytique*. In *Ecrits* (S. 93-100). Paris : Edition du Seuil.
- Magnusson, D., Bergman, L. R. (1990). *A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood*. In L. N. Robins, M. Rutter (Hrsg.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood* (S. 101-115). Cambridge: Cambridge University Press.
- Milch, W. (2001). *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Puura, K., Almqvist F. et al (1998). *Children with Symptoms of Depression – What Do the Adults See?* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 577-585.
- Rudolf, G. (1996). *Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience. Adaptations in Changing Times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press, 2. Ausg.
- Spitz, R. (1946) *Anaclitic Depression. Psychoanalytic Study of the child II*. New York: Int. Univ. Press.
- Spitz, R. (1960). *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Reinmar du Bois, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hasenbergstr. 60, 70176 Stuttgart.