

Psychogenetische und psychodynamische Aspekte von Störungen in der Adoleszenz

■ A. Andreae

Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw

Summary

Andreae A. [Psychogenetic and psychodynamic aspects in adolescent disorders.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006;157:212–20.

This article points to specific psychodynamic aspects in the development and phenomenology of mental disorders in adolescence. Adolescence is defined psychologically, neurobiologically and culturally as an extended developmental phase, which is typical for highly industrialised societies and covers teenagers and young adults up to the age of 25 years. Due to its prolongation and the tendency of adolescent disorders to develop into disabling chronic mental illnesses, adolescence is becoming more and more of a challenge for general psychiatry. In post-war decades epidemiological data show a strong tendency towards higher prevalence rates of psychosocial disorders at this age, explained by an increase in family conflicts, psychosocial and cultural risk constellations and individualisation. The model of “hot societies” provides further understanding. Between childhood and adult status, today’s adolescents go through a complex identity and personality transformation in familial and social areas of conflict, facing personal and sociocultural tasks of development under uncertain and contradictory conditions. Continuity of self-experience and identity formation is more difficult, and the biography becomes vulnerable to unforeseeable breaks and polysymptomatic crises of adolescence. Adolescent symptomatology typically forms out of dynamic polarities of inhibition and turbulence, adjustment and dissociality, retreat and expansion, internalising and externalising, often remaining disorganised, plastic, masked and not definable as states or traits. Factor analysis

extracts dimensions from the phenomenological disturbance diversity of experiencing and behaviour, to be understood as vectors of expansiveness, inhibition, conformation and transcending in adolescent development. Dimensional scale profiles for individual and typable conditions can be used for both treatment planning and process control. Depending on dimensional expression, coping with psychogenetic and psychodynamic central issues of modern adolescence varies from adolescent patient to patient. Phenomenologically and psychogenetically, international diagnostic systems do not classify adolescent disorders as specific and do not consider developmental issues. Although some common diagnoses like borderline personality disorder or social phobia are more strongly connected to adolescence than others, there is no consensus regarding the classification of highly specific entities such as crises and adjustment reactions to adolescence, anthropophobia, school phobia and underachievement. Derived from problems in coping with developmental tasks such as identity, autonomy, intimacy and socialisation, their developmental psychopathology consists of identity diffusion, depersonalisation, flagging propulsion, dissocialisation, hypersensitivity, self-destruction and a rivalry and authority complex. Focussing on finality, the developmental psychiatric approach to treatment regards these symptoms within a dynamic, interpersonal and sociocultural adjustment process and examines defences and coping. With respect to the relative disorganisation and plasticity of adolescent personality, common adult therapeutic techniques are used with restraint. In contrast, adolescent individual processes of experimenting, analysing, adaptation, synthesis and consolidation have to be stimulated and supported in an appropriate, ecologically valid therapeutic setting.

Keywords: adolescence; modern societies; psychodynamics; psychosocial disorders; symptomatology; developmental psychiatry

Korrespondenz:

Dr. med. Andreas Andreae
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw
Wieshofstrasse 102
CH-8408 Winterthur
e-mail: andreas.andreae@ipwin.ch

Abbildung 1 Approximative Prävalenzzunahme von Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Nachkriegsjahrzehnten. Zusammenzug europäischer und nordamerikanischer Daten, zum Teil hochgerechnet. Index 1950 = 1.

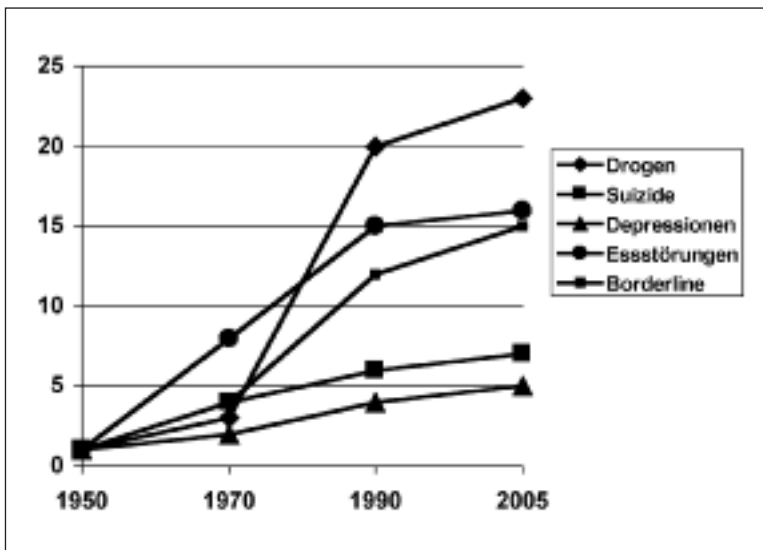


Tabelle 1 Erklärende Faktoren in der psychosozialen Störungszunahme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zusammenhang: +++ = stark, ++ = mittel, + = leicht, - = fehlend. Nach Rutter und Smith [1].

Verschlechterung der Lebensbedingungen	-
Zunahme/Auswirkungen des Wohlstandes	+
Zunahme der Arbeitslosigkeit	-
Abnahme der körperlichen Gesundheit	-
Zunahme familiärer Zerwürfnisse	+++
Zunahme familiärer Trennungen	+
verändertes Muster der Adoleszenz	++
Ausbreitung der Massenmedien	-
Häufung von Migration	-
Wandel moralischer Werte	+

Tabelle 2 Verändertes Muster der modernen Adoleszenz. Nach Rutter und Smith [1].

Verlängerung der Adoleszenz
Herausbildung von Jugendkulturen
zunehmende Isolation der Adoleszenten von der Erwachsenenwelt
vermehrte finanzielle Abhängigkeit bei früherer Autonomie in bestimmten Bereichen
frühere Aufnahme sexueller Beziehungen
Zunahme adoleszenzspezifischer psychosozialer Stressoren
Bedeutung der Peergroup
häufigeres Auflösen von Paarbeziehungen

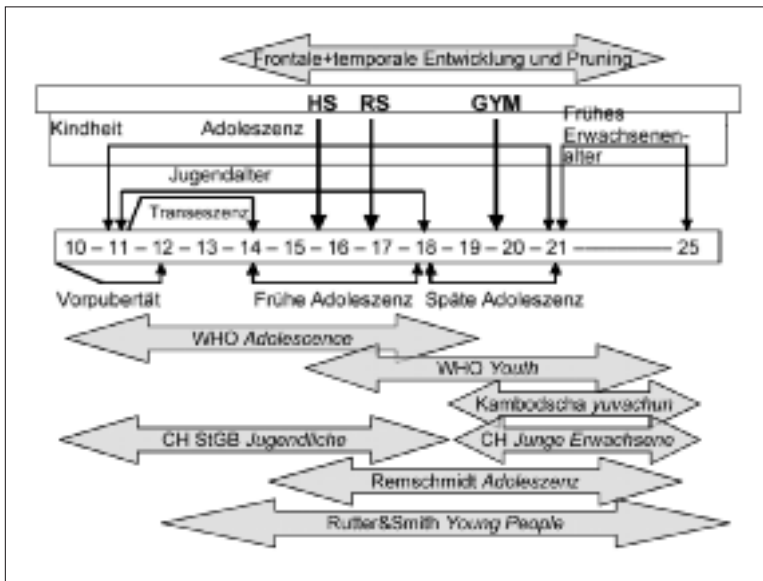
Einleitung

Eine hohe Bedeutung von Psychogenese und Psychodynamik ist in den psychiatrischen Problemstellungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen evident. Unmittelbarkeit und Bewegtheit seelischen Geschehens sind für viele Störungsbilder kennzeichnend, heftiges Erleben in der Entwicklung macht sich in drängenden Fragen und ausdrucksstarken Symptomen fest. Intensive Interaktion, Abwehr und Coping prägen das Problemverhalten, und die Psychopathologie verweist oftmals auf einen individuatorischen Kampf in einem ziel- und zukunftsgerichteten Anpassungsprozess. Eine Epidemiologie voller Bewegungen streicht den psychosozialen Faktor heraus [1]. Störungen in diesen Entwicklungsjahren werden mit der Ausdehnung und der zunehmenden Störungsanfälligkeit der modernen Adoleszenz immer mehr zur Herausforderung der Erwachsenenpsychiatrie, zumal sie häufig Vorläufer tiefgreifender und chronifizierender psychiatrischer Erkrankungen sind [2]. Der vorliegende Beitrag basiert auf Erfahrungen und Konzepten der Integrierten Psychiatrie Winterthur und analysiert für Psychogenese und Psychodynamik relevante Hintergründe von adoleszenzspezifischen Störungsbedingungen, die nicht Auswirkungen allgemeiner seelischer Belastungen, emotionaler Verwahrlosungen und psychischer Traumatisierungen sind. Auf bekannte analytische, systemische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Betrachtungsansätze wird nicht eingegangen.

Säkulare Trends psychosozialer Störungen in der Adoleszenz

Die Industrienationen sind in den Nachkriegsjahrzehnten mit stark gestiegenen, hohen Störungsziffern in dieser Altersgruppe konfrontiert (Abb. 1) [3–11]. Die Prävalenzrate erfährt heute nach der Pubertät einen rasanten Zuwachs und liegt im Alter von 20 Jahren bei 40% [12, 13]. Die Ursachen werden in der Zunahme familiärer Zerwürfnisse, in psychosozialen Risikokonstellationen und in der Individualisierung gesehen (Tab. 1 und 2) [14]. Die betroffene Altersgruppe der 15- bis 25jährigen deckt sich mit der für den Identitätsaufbau und die Sozialisation entscheidenden Entwicklungsphase. Sie umfasst in modernen Kulturen eine langgezogene Spanne zwischen Pubertät und Erwachsenenreife mit anspruchsvollen Entwicklungsaufgaben [15–17]. Mit anderen Autoren [18] fassen wir sie unter dem Begriff «Adoleszenz» zusammen, im Wissen, dass

Abbildung 2 Entwicklung, Phaseneinteilung und Bezeichnungen im Jugendalter / jungen Erwachsenenalter, Altersachse 10–25 Jahre. Gegenüberstellung von verschiedenen Ansätzen. HS = Hauptschulabschluss, RS = Mittlere Reife, GYM = Abitur. StGB = Strafgesetzbuch Schweiz.



darüber kein nomenklatorischer Konsens besteht und in Fachgebieten und Ländern uneinheitliche Definitionen verwendet werden (Abb. 2).

Dehnung der Adoleszenz

Die Pubertät ist die biosexuelle Initialzündung und der psychophysiologischer Prozessanteil zu Beginn der adoleszenten Entwicklung, die ihrerseits unabhängig von der Pubertät erst mit dem Erreichen des gesellschaftlich anerkannten Erwachsenenstatus zum Abschluss kommt [19]. Mit der Pubertät kommt auch die für die Adoleszenz typische kognitive Differenzierung mit abstrahierendem, reflektierendem und transzendierendem Erleben und Denken in Gang, die eine neuartige Sensibilität mit existenzrelativierendem Erkennen herausbildet [20]. Die biosexuelle Reife unterliegt einer säkularen Akzeleration und hat sich in den vergangenen hundert Jahren um vier Jahre vorverschoben. Die gesellschaftliche Reife ist eine labile, interkulturell verschiedene und dem raschen Zeitwandel unterstehende Grösse. Sie wird definiert als der Moment der Beherrschung und Annahme kulturüblichen Erwachsenseins, in dem die Entwicklungsaufgaben geleistet sind und die Generationsperiode ihren Beginn nimmt. Dieser Moment wird in Westkulturen immer weiter ins dritte Lebensjahrzehnt hinausgeschoben [21–23].

Das Gehirn entwickelt sich in der adoleszenten Phase weit dynamischer als bisher vermutet und folgt dem Entwicklungsmodell einer langegezogenen

Adoleszenz [24]. Eine intensive Reifung setzt sich durch die Teenagerjahre bis ins dritte Jahrzehnt fort. Im Zentrum steht das «synaptic pruning», das «Jäten» der neuronalen Verknüpfungen im Dienste eines schlanken Informations- und Energieumsatzes, vorab im präfrontalen Kortex und limbischen System [25]. Die Ausformung einzelner Gehirnnareale korreliert mit dem Abschluss der Adoleszenz, z.B. im Temporalbereich. Untersuchungen weisen darauf hin, dass diese erst spät abgeschlossenen zerebralen Entwicklungsprozesse für die Persönlichkeitsentwicklung, für die Selbst- und Fremddifferenzierung und für die Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses notwendig sind [26]. Diese neuronalen Prozesse sind damit sozial und kulturell geformt.

Spannungsmomente von Kultur und Adoleszenz

Kulturtheoretische Annahmen zu kulturkonstitutiven Gegensätzen von Individuum und Gesellschaft beziehungsweise Trieb und Kultur bereichern das Verständnis für die Adoleszenz und ihre psychogenetischen Störungsentwicklungen [17]. Eine Depression kann z.B. aus Blockierung zwischen Peer- und Familienwerten hervorgehen, eine Phobie den inneren Widerstand gegen den klassischen Bildungsgang ausdrücken. Das klassische Modell der «kalten», adoleszenzfreien Kulturen auf der einen Seite und der «heissen» Kulturen [27], die Adoleszenz zum Motor nehmen, auf der anderen Seite, weist auf die heutige Komplexität in der Selbstwertung (Abb. 3a–c) [28]. Während kalte Kulturen Wissen und Werte über Jahrhunderte unverändert in Familie und Gemeinschaft tradieren und mit der Pubertät Übergangslos und nicht hinterfragbar den Erwachsenenstatus initiieren, setzen die heissen Fortschrittsgesellschaften auf Veränderung und nutzen das anthropologische Innovierungspotential einer Adoleszenzphase durch die Entkoppelung von Familie und Gesellschaft. Sie besetzen aber die Adoleszenten ambivalent im Dilemma aus Veränderungs- und Stabilitätsverlangen und im Antagonismus von Familie und Gesellschaft [29]. Der Adoleszente kann und soll zwar die herrschende Kultur assimilieren, modifizieren, innovieren und verändern. Er kann und soll in Werten, Wissen und Widersprüchen zwischenmenschlicher, ökonomischer, politischer, religiöser Praktiken und Ideologien oszillieren und aus einem Freiraum heraus kritische und kreative Impulse setzen. Je mehr er das aber tut, desto mehr geht er des unterstützenden Haltes sowohl der Familie wie der Gesellschaft

Abbildung 3a Lebenszyklus, traditionelle Illustration und Schema.



Abbildung 3b Schemadarstellung der kalten Kulturen. Wissen und Werte der Gesellschaft werden in Familie und Kindheit gelernt und tradiert. Die Gesellschaft entwickelt und verändert sich nicht. Eine Adoleszenz fehlt, die Pubertät markiert den Eintritt in den Erwachsenenstatus über Initiationsriten.

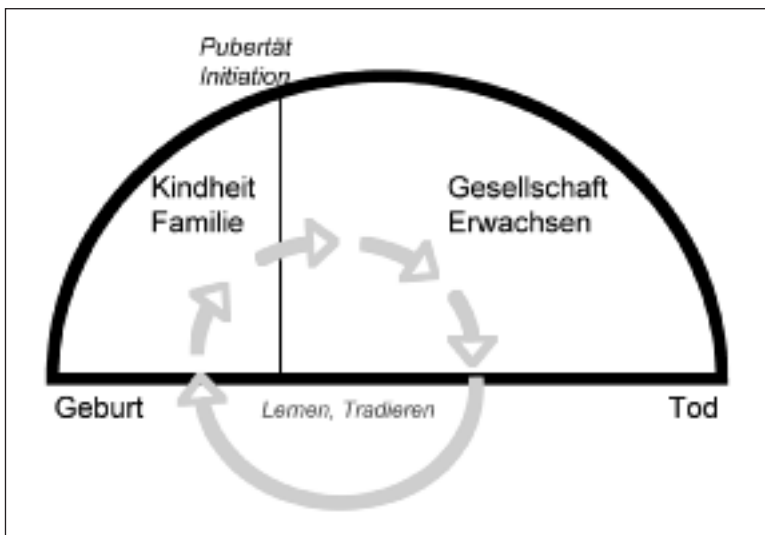
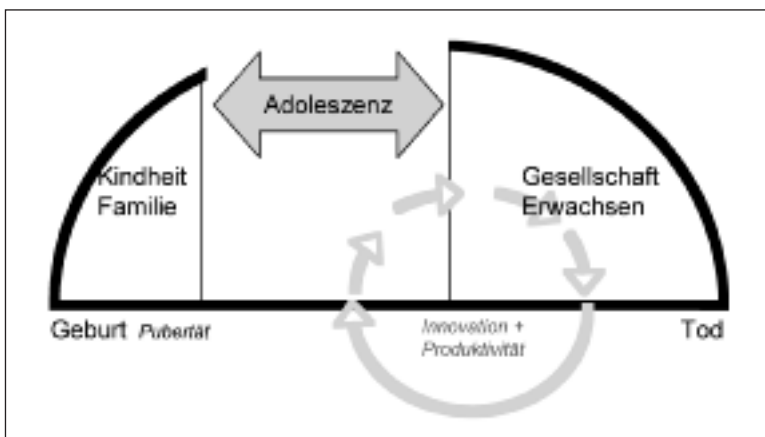


Abbildung 3c Schemadarstellung der heissen Kultur. Familie/Kindheit und Gesellschaft/Erwachsenenalter sind durch eine ausgedehnte Adoleszenz entkoppelt. Innovation, Entwicklung und Veränderung der Gesellschaft generieren sich wesentlich aus der Adoleszenz.



verlustig und sieht sich gleichzeitig mit kontrollierendem Konformitäts- und Tabuisierungsdruck konfrontiert. Eine emotional instabile diffuse oder fragmentierte Identität entspringt nicht selten dieser Dynamik.

Die Adoleszenz spielt sich deshalb heute auf dynamischen emotionalen, kognitiven, sozialen und zeitlichen Spannungsfeldern ab, wie Ablösung versus Bindung, Autonomie versus Abhängigkeit, Peergroup versus Familie, Infragestellung versus Tradition, Zukunft versus Herkunft, Umbruch versus Kontinuität, Zeitlosigkeit versus Dringlichkeit, Idealität versus Realität, Bewusstmachung versus Tabuisierung, Verantwortung versus Experimentieren, Wertefreiheit versus Sozialmoral usw. Ein Wechselspiel der freiheitlichen Selbstentwürfe und einer Sozialisierung im kollektiven Normierungsdruck belastet den innerpsychischen Transformationsprozess der Identitäts- und Persönlichkeitsformung. Entwicklungsaufgaben als normative Zielprojektionen verlangen in vielen Fällen die eigenständige Bewältigung soziokultureller Anforderungen, die keineswegs mehr eindeutig festgelegt sind. Sie erfordern Handeln unter Bedingungen von Unbestimmtheit, Komplexität und Widersprüchlichkeit, was häufig nicht zu leisten ist. Bildung und Aufrechterhaltung einer bewusst reflektierten Kontinuität des Selbsterlebens und damit die Identitätsbildung sind heute angesichts der wachsenden Instabilität, Gegensätzlichkeit und Partikularisierung von Lebensbereichen erschwert [22, 23, 28]. Die eigene Lebensgeschichte wird anfällig für unvorhersehbare Brüche, Umdispositionen, Identitätsverunsicherungen und polysymptomatische Adoleszentenkrisen.

Adoleszentäre Störungszeichen, Ausdrucksdimensionen und Kernfragen

Die Pubertät allein leistet auch heute mit ihren endokrinen, morphologischen und geschlechtlichen Veränderungen einen gewichtigen Beitrag zur mitunter schweren Identitätsverunsicherung. Die moderne Adoleszenz ist aber zweifellos eine neue, eigenständige Phase grosser Herausforderungen an die Psyche des Einzelnen, auch wenn eine Mehrheit der Jugendlichen problemlos und asymptotisch die Schritte zum Erwachsenenstatus bewältigt [30, 31]. Tritt adoleszente Symptomatik auf, gestaltet sie sich typischerweise vieltalig in adoleszenzdynamischen Polaritäten von Hemmung und Turbulenz, Überanpassung und Dissozialität, Rückzug und Expansion, Internalisierung und Externalisierung und verweist auf die Auseinandersetzung mit den Entwicklungs-

zielen. Sie bleibt oft unorganisiert, plastisch, bewegt, maskiert und nicht auf State-trait-Unterschiede festlegbar. Ein sozialphobischer Adoleszenter kaschiert Scham mit Hooligan-Rüpelei, eine Depressive agiert mit Trotz und Provokation, ein Identitätsverunsicherter kräftigt sich über Normverletzungen und subkulturellen Lebensstil als Süchtiger.

Abbildung 4a Schematische Darstellung von Dimensionen, welche die phänomenologische Störungsvielfalt im Erleben und Verhalten bei heutigen jungen Menschen in der Adoleszenz zeichnen (DIAD: Differentielle Diagnostik adoleszenter Dissozialisation [32]).

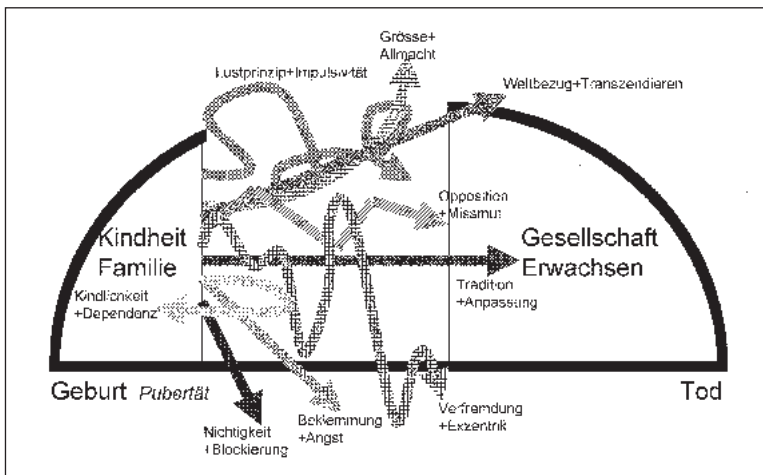
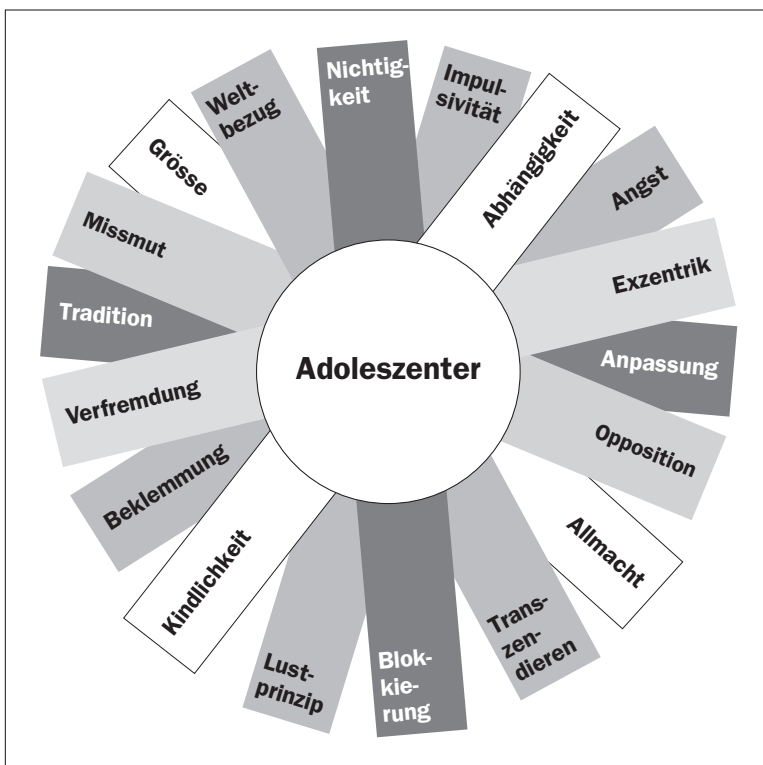


Abbildung 4b Illustration des Adoleszenten in seinen psychopathologischen Störungsdimensionen (DIAD: Differentielle Diagnostik adoleszenter Dissozialisation [32]).



Listet man die Phänomenologie auffälligen adoleszenten Erlebens und Verhaltens und sucht faktorenanalytisch nach Zusammenhängen, finden sich neun Dimensionen, die sich als expansive, hemmende, konformierende und transzendierende Vektoren der adoleszenten Entwicklung begreifen lassen (Abb. 4a und b) [32]. Im Mix ihrer Ausprägungen lassen sich unterschiedliche individuelle und typisierbare Zustände charakterisieren, die eine Art adoleszenzdynamisches Kräftespiel der persönlichen Entwicklung und ihrer aktuellen psychopathologischen Störungsfigur zum Ausdruck bringen. Solche Profile geben Hinweise auf den Grad beziehungsweise die Abweichung von adoleszenten Aspekten wie Antrieb, Durchsetzung, Eigenwilligkeit, Lusterleben, Verstiegtheit, Rauschhaftigkeit, Dominanzstreben, Omnipotenz, Vorsicht, Blockierung, Angst, Wirklichkeitsabkehr, Zweifel am existentiell Sicheren und Selbstverständlichen, Anpassung, Berührbarkeit, Daseins- und Kulturbewegtheit, Identität, Alterität usw. Sie lassen sich im Einzelfall entwicklungsbegleitend wiederholen und in die Planung und Kontrolle von Behandlungsprozessen einbeziehen (DIAD: Differentielle klinische Diagnostik adoleszenter Dissozialisation, Abb. 4c).

Die psychogenetischen und psychodynamischen Prozesse der Adoleszenz lassen sich in Kernfragen fassen (Abb. 5). Diese sind nur in wenigen Fällen von Betroffenen selbst formuliert, verstehen sich für die Mehrzahl der Fälle übertragen als adoleszenzdynamische Leitthemen und beziehen sich auf die Entwicklungsziele der Adoleszenz. Je nach symptomatologischer Akzentuierung und Ausdrucksdimensionen der entwicklungspsychopathologischen Bewältigungsstrategie sind die Fragen unterschiedlich gefärbt beziehungsweise abgehandelt. «Wer bin ich eigentlich?» z.B. wird in Zuständen inflativer Selbstüberhöhung mit Phantasieidentität erledigt, im Sensation-seeking-behaviour verdrängt, in fanatischen Positionen über Hyperidentifizierungen beantwortet, in der Überanpassung auf Normschablonen gerichtet, in der Dependenz am Kindheitsself fixiert, in der Nichtigkeit entwertend und in der Entrückung exzentrisch verhandelt.

Diagnosen und adoleszenzdynamische Spezifität

Die internationale Psychiatrie verfügt kaum über diagnostische Konzepte, die Störungsbilder der Adoleszenz spezifisch und differenziert erfassen. Über ICD und DSM in ihren heutigen Versionen müssen adoleszentenpsychiatrische Störungen

weitgehend mit allgemeinen Diagnosen erfasst werden [33, 34]. Im Weg stehen dabei auch die Probleme der kategorialen Diagnostik der Psychiatrie [35]. Man läuft Gefahr, nur Momentaufnahmen der Entwicklung zu erfassen, das Komorbiditätsprinzip überzustrapazieren und die phänomenologische Vielgestaltigkeit, Dimensionalität und Entwicklungsdynamik auszublenden

[36–38]. Die Diagnose einer Angststörung beispielsweise besagt wenig, wenn man nicht zugehörige adolescente Lebensthemen wie z.B. Leistungsdruck durch elterliche Karrierewünsche, Intimitätshemmung, Ablösungskonflikte oder homosexuelles Coming-out benennt.

Gebräuchliche Diagnosen zeigen unterschiedlichen adoleszenzspezifischen Bezug (Abb. 6a). Störungen wie Angst und Depression sind im Lebenslauf ubiquitär und damit unspezifisch, was nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass gerade sie in der Adoleszenz besonders häufig und zunehmend sind und oftmals spezifische psychogenetische Aspekte zum Ausdruck bringen können, wie z.B. adoleszente Verunsicherung, Hemmungen, Blockierung, Isolation. Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere auch Borderlinestörungen, und Störungen mit Substanzkonsum sind in manchen Aspekten um typische adoleszente psychogenetische Themen wie Identität, Beziehungen, Weltbezug und Transzendierung angesiedelt, was therapeutisch Bedeutung erhält. Weitgehend auf die Adoleszenz zentriert sind Störungen des Sozialverhaltens, anorektische und bulimische Essstörungen sowie Soziale und Dysmorphophobien. Sie sind grösstenteils aus Entwicklungsaufgaben und modernen Spannungsfeldern der Adoleszenz ableitbar.

Leichte und schwere Adoleszentenkrisen, typischerweise larvierte Anpassungsstörungen und Störungen in Kontaktnahme, Lernen und Leisten sind paradigmatische adoleszenzdynamische Entitäten. Sie ergeben sich unmittelbar und ausschliesslich aus der Auseinandersetzung und Bewältigung mit den adoleszenten Entwicklungszielen (Abb. 6a) [39–43]. Das betrifft nicht die Reifeasynchronien, die phasenspezifisch häufig sind und in psychogenetische Prozesse eingreifen, aber hauptsächlich biologisch bestimmt sind. Im innersten Kreis der Adoleszenzspezifität dominieren die zentralen adoleszenten entwicklungspsychopathologischen Leitmerkmale mit Identitätsdiffusion, Depersonalisation, erlahmender Propulsion, Leistungs- und Sozialisationsblockade, Hypersensitivität, Selbstdestruktivität, Rivalität und Autoritätskomplexen (Abb. 6b). Die Felder ihrer Psychogenese sind die Emanzipierung aus der Familie, die Suche nach Identität, Autonomie und Berufung, die Identifikation mit Kultur und Institutionen, die Profilierung in Ausbildung und Gesellschaft sowie das Etablieren von Liebe, Intimität und neuen Bindungen. Auch die Merkmale des Borderline-Syndroms und seine Ausbreitung in der zeitgenössischen Adoleszenz lassen sich in diesem Kontext betrachten.

Abbildung 4c Skalenprofilardarstellung der adoleszenten Störungsdimensionen. Fiktives Beispiel mit Verlaufs- und Normprofil (DIAD: Differentielle Diagnostik adoleszenter Dissoziation [32]).

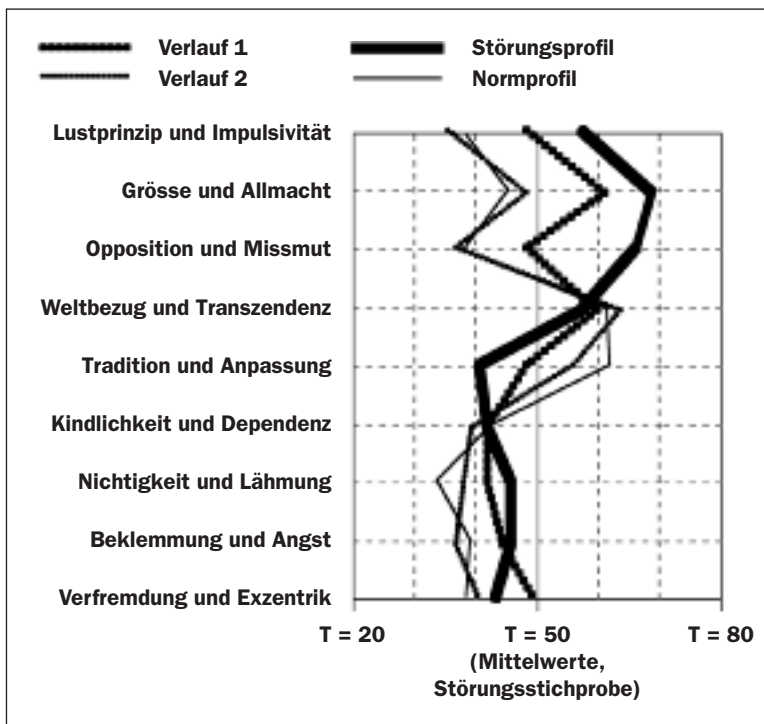


Abbildung 5 Beispiele von Kernfragen der Entwicklungsziele und der psychogenetischen und psychodynamischen Prozesse der Adoleszenz.



Entwicklungspsychiatrische Behandlungsakzente

Biopsychosozial orientierte neue Disziplinen wie die klinische Entwicklungspsychologie oder die Entwicklungspsychiatrie betonen die psychogene-tische Betrachtungsweise der Person in der Gesamtheit ihres Umweltsystems und Lebensablaufes [44, 45]. Störungszeichen werden final innerhalb des dynamischen, interpersonell und soziokultu-rell gerichteten adoleszenten Anpassungsprozesses betrachtet und auf Abwehr- und Bewältigungsstrategien untersucht. Die Behandlungsgrundsätze gehen davon aus, dass Adoleszente in ihrer Persön-lichkeit und Psychopathologie unorganisiert und plastisch sind und aktuell haufenweise neue biolo-gische, soziale, sexuelle, bildungsbezogene und kul-turell-gesellschaftliche Erfahrungen integrieren. Adoleszente sind erst daran, konsistente Bewälti-

Tabelle 3

Typische Bedingungen und technische Grundsätze in der Psychotherapie mit Adoleszenten.

fragile Allianz	→ Entwertung aushalten, Kompromisse eingehen, Gelassenheit üben
inkonstante Introspektion und Acting	→ Reflexion zurückstellen, experimentieren und gestalten lassen
Provokation und Diskussion im Dialog	→ Resonanz bieten, persönliche Standpunkte, Vorstellungen, Erlebnisse einbringen
rasch wechselnder Problemfokus	→ dosiertes Respektieren, Eingehen, Verankern, Gewichten
adoleszenzdynamische Eigen- und Ereigniszeit	→ flexibles Therapietiming nach Entwicklungstakt und Veränderungs-/ Entscheidungsdruck
hoher Systemdruck (Familie, Peers, Ausbilder, Institutionen, Moden)	→ undogmatische Beweglichkeit in Kontaktnahme, Dritteinbezug, Jugendthemen

Abbildung 6a Spezifität von diagnostischen Begriffen gegenüber der Adoleszenz.

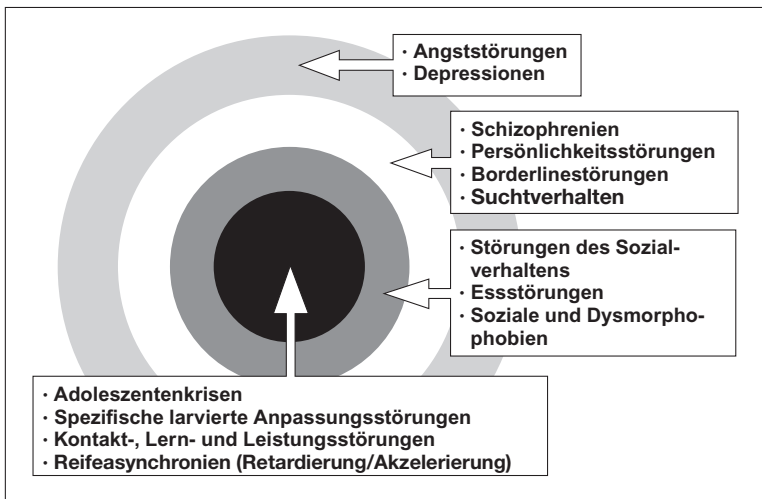
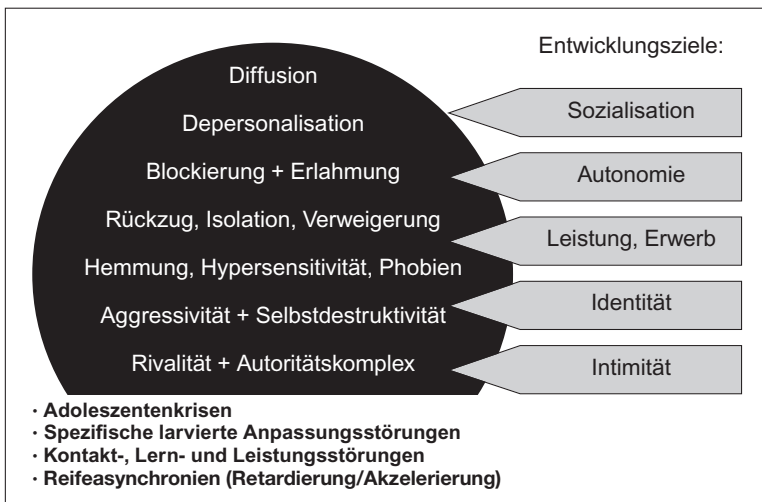


Abbildung 6b Entwicklungsziele der Adoleszenz und typische zugehörige Pathophänomenologie bei gestörten Entwicklungsprozessen.



gungsstrategien im Umgang mit Herausforderungen und Ereignissen des Lebens zu suchen, etablieren und konsolidieren. Sie experimentieren dazu mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien in der Herausbildung ihrer Identität, die noch nicht tiefer und überdauernd verankert sind.

Adoleszente verfügen in der Regel kaum über genügend gefestigte psychische Strukturen, um mit bei Erwachsenen üblichen therapeutischen Techniken angegangen zu werden. Verhaltensmusteranalyse und -trainings, Erfassen und Durchbrechen von Abwehrmechanismen und pathologischen Bewältigungsstrategien, Aufarbeiten biografischer pathogener Entwicklungslinien, psychologische Tiefenexploration und Rekonstruktionsarbeit bedürfen einer kritischen Indikationsstellung. Adoleszente sind in ihrer psychologischen Entwicklungssituation im besonderen Masse am Hier und Jetzt und an Zielen orientiert, weniger hingegen an der biographischen Vergangenheit. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich auf die Themen und Klärungen in Gegenwart und Zukunft und nur sekundär auf die Vergangenheit. Selbsterleben, Selbstwahrnehmung und Selbstkompetenz, neue emotionale und kognitive Erfahrungen rücken ins Zentrum. Die Prozesse der Persönlichkeit mit Experimentieren, Anpassen, Synthese und Konsolidieren sind zu unterstützen und in geeigneten ökologisch validen Settings zu stimulieren (Tab. 3).

Literatur

- 1 Rutter M, Smith DJ, editors. Psychosocial disorders in young people. Time Trends and their causes. Chichester: Wiley; 1995.
- 2 McHue M, Iacono WG. The Association of Early Adolescent Problem Behavior with Adult Psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005;162:1118–24.
- 3 Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Sievert LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 1993;150:1237–43.
- 4 Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord* 2000;14:263–79.
- 5 Hankin BL, Abramson LY, Moffitt LE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998;107:128–40.
- 6 McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998. *Br J Psychiatry* 2001;178:469–74.
- 7 Munk-Jorgensen P, Moller-Madsen S, Nielsen S, Nystrup J. Incidence of eating disorders in psychiatric hospitals and wards in Denmark, 1970–1993. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:91–6.
- 8 Prosser J, McArdle P. The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychol Med* 1996;26:715–25.
- 9 Smith DJ. Youth crime and conduct disorder: trends, patterns and causal explanations. In: Rutter M, Smith DJ, editors. Psychosocial disorders in young people. Chichester: Wiley; 1995. p. 782–808.
- 10 Wittchen HU, Knäuper B, Kessler RC. Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl 26):16–22.
- 11 Klerman GL. The Current Age of Youthful Melancholia. *Br J Psychiatry* 1988;152:4–14.
- 12 Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R, et al. The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:801–8.
- 13 Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:552–62.
- 14 Rutter M, Smith DJ. Towards causal explanations of time trends in psychosocial disorders of young people. In: Rutter M, Smith DJ, editors. Psychosocial Disorders in Young People. Chichester: Wiley; 1995. p. 782–808.
- 15 Oerter R, Montada L, Herausgeber. Entwicklungspsychologie, 5., überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 2002.
- 16 Gillis JR. Geschichte der Jugend. Weinheim: Beltz; 1980.
- 17 Erdheim M. Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozess. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1982.
- 18 Remschmidt H. Psychiatrie der Adoleszenz. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1992.
- 19 Silbereisen RK, Weichold K. Pubertät und psychosoziale Anpassung. In: Hasselhorn M, Silbereisen RK, Herausgeber. Enzyklopädie Psychologie, Serie V (Entwicklung), II. Grundlegende Veränderungen während des Jugendalters. Göttingen: Hogrefe. In press 2006.
- 20 Calam RM. Normal development in adolescence. In: Gowers SG, editor. Adolescent Psychiatry in Clinical Practice. London: Arnold; 2001.
- 21 Göppel R. Das Jugendalter. Entwicklungsaufgaben – Entwicklungskrisen – Bewältigungsformen. Stuttgart: Kohlhammer; 2005.
- 22 Hurrelmann K. Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 6. Aufl. Weinheim und München: Juventa; 1999.
- 23 Junge M. Sozialisierungstheorien vor dem Hintergrund von Modernisierung, Individualisierung und Postmodernisierung. In: Hoffmann D, Merckens H, Herausgeber. Jugendsoziologische Sozialisierungstheorie. Impulse für die Jugendforschung. Weinheim und München: Juventa; 2004. S. 35–50.
- 24 Paus T, Zijdenbos A, Worsley KD, Collins DL, Blumenthal J, Giedd JN, et al. Structural maturation of neural pathways in children and adolescents: in vivo study. *Science* 1999;283:1908–11.
- 25 Neubauer AC. Jäten im Gehirn. *Gehirn & Geist* 2002;2:2–4.
- 26 Markowitsch HJ, Welzer H. Das autobiografische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta; 2005.
- 27 Lévi-Strauss C. Strukturelle Anthropologie II. Frankfurt: Suhrkamp; 1975.
- 28 King V. Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz. Individuation, Generativität und Geschlecht in modernisierten Gesellschaften. Opladen: Leske+Budrich; 2002.
- 29 Freud S. Das Unbehagen in der Kultur [1930]. In: Freud S. GW XIV; 1948. S. 421–506.
- 30 Offer D. Das Selbstbild normaler Jugendlicher. In: Olbrich E, Todt E, Herausgeber. Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin: Springer; 1984.
- 31 Olbrich E. Jugendalter – Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung? In: Olbrich E, Todt E, Herausgeber. Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin: Springer; 1984.
- 32 Andrae A. DIAD – Differentielle klinische Diagnostik adoleszenter Dissozialisation. Testmappe mit Manual und Testbogen. Küsnacht/Zürich: Stiftung Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters; 1997.
- 33 WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Herausgeber. Bern: Huber; 1991.
- 34 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
- 35 Dilling H. Die Zukunft der Diagnostik in der Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998;66:36–42.
- 36 Krueger RF, Piasecki TM. Toward a dimensional and psychometrically informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2002;40:485–99.

-
- 37 Lambert EW, Wahler RG, Andrade AR, Bickman L. Looking for the disorder in conduct disorder. *J Abnorm Psychol* 2001;110:110–23.
-
- 38 Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB. Multiple risk factors for multiproblem boys: co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood and shy/withdrawn behavior. In: Jessor R, editor. *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 90–149.
-
- 39 Erikson EH. *Jugend und Krise*. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2003.
-
- 40 Kretschmer W. Reifung als Grund von Krise und Psychose. *Untersuchungen zum psychiatrischen Entwicklungsgedanken*. Stuttgart: Thieme; 1972.
-
- 41 Weiner IB. *Psychological Disturbance in Adolescence*. New York: Wiley; 1970.
-
- 42 Kenichi B. Über Blickphobie. *Zsch Psychosom Psychoanal* 1975;21:39–46.
-
- 43 Zauner J. Psychopathologische Erscheinungen narzisstischer Probleme der Adoleszenz. *Praxis Psychotherapie* 1973;18:275ff.
-
- 44 Resch F. Beitrag der klinischen Entwicklungspsychologie zu einem neuen Verständnis von Normalität und Pathologie. In: Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G, Herausgeber. *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1999.
-
- 45 Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A. Entwicklungspsychiatrie. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Herausgeber. *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2003. S. 325–57.