

1 Einleitung

Dieses Buch versucht eine Brücke zu schlagen zwischen klinischer Praxis und Forschung. Mit ihm ist das wichtige Anliegen verbunden, für das Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie ein aktuell gültiges Übersichtswerk vorzulegen, das verschiedene, bisher vernachlässigte, Bereiche einbezieht, kritisch bewertet und versucht, diese miteinander zu integrieren. Für jedes der behandelten Störungsbilder wurde versucht, das Spektrum von der Symptomatik und Auftretenshäufigkeit über unterschiedliche Erklärungsansätze und Modelle, Komorbiditäten, diagnostische Vorgehensweisen, Interview- und Testverfahren bis hin zu den therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten so zu behandeln, dass praktisch tätige Therapeuten brauchbare Hinweise erhalten, die auf dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand basieren. Es soll darüber hinaus eine Brücke geschlagen werden zum Verständnis psychischer Störungen von Erwachsenen, die in aller Regel ihre Grundlagen und Entstehungsvorläufer in der Kindheit und Jugend haben. Damit wird gleichzeitig die Bedeutung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie für die Psychotherapie und Psychiatrie im Allgemeinen hervorgehoben.

Ein zusätzliches Anliegen dieses Buches ist es, den Lesern ein wissenschaftsmethodologisch kritisches Werk vorzulegen, das ihnen erlaubt, die Studienlage zu den verschiedenen Störungsbildern differenzierter – und in dennoch verständlicher Weise – beurteilen zu können, als dies andere Lehrbücher üblicherweise tun. Forschung in der Psychotherapie

ist – wie viele andere Gebiete auch – Einflüssen von Interessengruppen ausgesetzt, die nach Auffassung des Autors vor allem nicht dem Gegenstandsbereich der Psychotherapie gerecht werden können und deshalb auch nicht den Anliegen und Bedürfnissen von Patienten und Therapeuten entsprechen. Diese Interessen Dritter führen zu einer verzerrten Vorstellung vom komplexen Gebiet der psychotherapeutischen Veränderungsprozesse und produzieren somit kaum oder keine für die Praxis tauglichen Erkenntnisse. Die Skepsis vieler praktisch tätiger Therapeuten gegenüber einer solchen Forschung und ihren Ergebnissen lässt sich somit leicht nachvollziehen. Dieses Buch betrachtet daher die wissenschaftlich gewonnenen Ergebnisse kritisch im Hinblick auf ihre methodische wie klinische Gültigkeit und fasst die Erkenntnislage auf dieser kritischen Basis abschließend für jedes Störungsbild zusammen.

Auch ist es diesem Werk ein tiefes Anliegen, die behandelten Störungsbilder in einen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext zu stellen und ausführlich zu reflektieren, ob und ggf. warum psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter anscheinend in ihrer Häufigkeit zunehmen, warum »neue« Störungsbilder auftauchen und was dies mit den Entwicklungsbedingungen unseres modernen Gemeinwesens zu tun hat.

Es ist die Hoffnung des Verfassers, dass dieses Buch seinen Weg finden wird zu den klinisch tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – und Erwachsenentherapeuten – unterschiedlicher konzeptueller Orientierung, da fast alle in diesem Buch behandelten Störungsbilder ihren Ausgangs-

punkt in der Kindheit und Jugend haben und die erwachsene Persönlichkeit mit ihren psychischen Defiziten und aktuellen Belastungen in aller Regel erst im Lichte dieser frühen Erfahrungen und Prägungen verstanden werden kann.

Ein weiteres zentrales Anliegen des Buches ist es, die behandelten Störungsbilder schulenübergreifend zu betrachten, möglichst die aktuell verfügbaren Erkenntnisse zu berücksich-

tigen und die Wirkkomponenten effektiver psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen so weit wie möglich zu berücksichtigen.

Abschließend sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung in der Regel die neutrale bzw. männliche Form verwendet wird. Diese gilt für alle Geschlechtsformen.

Volker Tschuschke

Juni 2019

2 Ausgangspunkte psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

2.1 Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung, Traumatisierung – Risikofaktoren und Prädiktoren für vielfältige Störungen

Die frühen Lebensabschnitte sind in jeder Hinsicht prägend für die sich entwickelnde menschliche Persönlichkeit und stellen daher eine in extremem Ausmaß vulnerable Phase dar. Größere Studien weisen nach, dass es eine ganze Reihe an *Risikofaktoren für die spätere Gesundheit* gibt, die als Prädiktoren für eine mehr oder weniger beeinträchtigte Gesundheit – sowohl körperlich wie psychisch – abgesichert sind (Egle, 2016). Aus diesem Grunde werden in diesem Kapitel die möglichen Belastungen und Traumatisierungen ausführlich behandelt, da einzelne oder mehrere der nachfolgend aufgezählten Risikofaktoren einen mehr oder weniger schweren Einschnitt in die Kindesentwicklung darstellen und den Ausgangspunkt für praktisch alle später in diesem Buch zu behandelnden Störungsbilder bilden.

Zu den Risikofaktoren für eine Beeinträchtigung der späteren Gesundheit zählen

- »eine längere Trennung von der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr,
- die Geburt eines jüngeren Geschwisters in den ersten beiden Lebensjahren,
- ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit,
- körperliche oder psychische Erkrankungen der Eltern,
- Geschwister mit einer Behinderung,

- chronische familiäre Disharmonie,
- Abwesenheit des Vaters,
- viele Umzüge und Schulwechsel,
- Trennung/Scheidung der Eltern,
- Wiederverheiratung und Hinzukommen eines Stiefvaters bzw. einer Stiefmutter,
- Verlust eines älteren Geschwisters oder eines engen Freundes,
- außerfamiliäre Unterbringung, z. B. Aufenthalt in einem Krankenhaus,
- Lern- oder Verhaltensstörungen« (Egle, 2016, S. 25),
- schlechte finanzielle Rahmenbedingungen,
- niedriger Bildungsgrad der Eltern,
- Alkohol- und Drogenmissbrauch eines Elternteils oder beider Eltern,
- psychische Erkrankung eines Elternteils.

Bereits diese Liste an Risikofaktoren umfasst eine größere Zahl an möglichen Störfaktoren, die alle einen nachhaltig ungünstigen Einfluss auf die weitere Entwicklung eines Kindes nehmen können. Das Zutreffen mehrerer der genannten Belastungsfaktoren führt naturgemäß zu einer weiteren Risiko-Erhöhung für eine später beeinträchtigte Gesundheit.

Hinzu treten allerdings weitere Risikofaktoren, wie sie aus zahlreichen Studien mehr oder weniger abgesichert sind, z. B. Untersuchungen zu kindlichen Gewalterfahrungen in

physischer, psychischer oder sexueller Hinsicht, von denen wir wissen, dass sie – trotz verbleibender Dunkelziffer – weit verbreitet sind. Sie tauchen selbst in der großen, von der Robert-Koch-Stiftung durchgeführten *KiGGS*-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen allein in Deutschland nicht auf (Robert Koch-Institut, 2014). Solche Erhebungen werden auf der Basis von repräsentativen Stichproben regelmäßig durchgeführt, allerdings anhand von Befragungen der Bevölkerung. Ein solches Ergebnis verwundert jedoch weniger, wenn man weiß, dass solche Studien – in aller Regel an großen repräsentativen Stichproben-Umfängen durchgeführt – im Wesentlichen aber von den Befragten mit den üblichen fehlerbehafteten Tendenzen beantwortet werden, die solchen subjektiven Beurteilungen stets zugrunde liegen: sozial erwünschte Antworttendenzen, Verleugnungen, Verdrängungen oder schlicht mangelndes Verständnis einzelner Fragen. Hinzu tritt bei diesem heiklen Themengebiet als besonders zu gewichtender Faktor die Scham, überhaupt zutreffende Auskünfte zu geben. Diese Aspekte münden – zusammengenommen – zwangsläufig in die Schlussfolgerung, dass solche Erhebungen nicht die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln.

Hier zeigt sich ein wesentliches Problem wissenschaftlicher Forschung, nämlich dass Erhebungen mittels Fragebögen eine erhebliche Verfälschungstendenz mit sich bringen und kaum oder gar nicht Wirklichkeiten individuellen Verhaltens oder der abgefragten Lebensumstände spiegeln; dieses Problem wird eingehender im Kapitel 4 behandelt (► Kap. 4).

Dabei gibt es objektivere Forschungen, die ein ganz anderes Bild der Gesundheit der deutschen Bevölkerung zeigen.

Eine – ebenfalls auf Befragungen basierende – repräsentative Erhebung an Einwohnern der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1997 weist ca. ein Fünftel der erwachsenen Bevölkerung als in der Kindheit mit schwerwiegenden bzw. häufigeren Formen

sexueller und/oder physischer Gewalterfahrung belastet aus (Wetzels, 1997). Eine neuere Untersuchung desselben Instituts gelangt 2004 zu dem Ergebnis, dass in Deutschland – allein für den sexuellen Missbrauch – 18,1 % der weiblichen und 6,2 % der männlichen Bevölkerung angeben, in der Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein (Bange, 2004). Bei aktuellen retrospektiven Studien gaben von 2 510 erwachsenen Teilnehmern weibliche Personen emotionale Vernachlässigung bzw. emotionalen Missbrauch, schweren physischen Missbrauch, schweren sexuellen Missbrauch sowie physische Vernachlässigung mit 28,3 % an, von den männlichen Personen taten dies 20 % (Witt et al., 2017). Wesentlich aussagekräftiger sind dagegen die Zahlen klinisch auffällig gewordener Patientenkinder oder Jugendlicher – und ebenfalls Erwachsener! – in psychiatrischen Einrichtungen. Sie erlauben exaktere Hochrechnungen auf die vermutliche Grundgesamtheit psychisch schwer belasteter Bevölkerungsbereiche, ihrer psychischen und psychiatrischen Auffälligkeiten, deren zahlenmäßige Entwicklungen über viele Jahre hinweg sowie auf die Ursachen der frühkindlichen schweren Belastungen und Traumatisierungen.

Die Auswirkungen auf die körperliche wie psychische Entwicklung in der Kindheit schwer belasteter Menschen können immens sein: Sie reichen von schwerster Traumatisierung und nachfolgend gestörter psychosozialer Entwicklung oder Persönlichkeitsdeformationen bis hin zu späteren somatischen Erkrankungen. Diese Zahlen korrespondieren auf plausible Art und Weise mit den Zahlen, die über das Ausmaß psychischer Störungen von Erwachsenen in Deutschland Auskunft geben: Die Verbindung zwischen schweren Belastungen und Traumatisierungen im Kindesalter und psychischer Fehlentwicklung ist evident. Auch die Assoziation zwischen den aufgezählten Belastungen und nachfolgenden schweren körperlichen Erkrankungen ist belegt, wie dies in diesem

Buch im Rahmen der verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen zu zeigen und zu diskutieren sein wird.

Die Forschung zu Gewalterfahrungen in der Kindheit weist aus, dass es wesentlich mehr Studien zu sexuellem Missbrauch und seinen Folgen als zu Untersuchungen mit physischen Misshandlungen gibt. Zu den Langzeitfolgen physischen und/oder sexuellen Missbrauchs in der Kindheit zählen Störungen, die sich erst in einer Latenz von mindestens zwei Jahren in der Adoleszenz oder erst später im Erwachsenenalter zeigen: chronische Symptome wie affektive Störungen, autodestruktives Verhalten bis hin zur Suizidalität, gestörtes Selbstwertgefühl, Substanzmissbrauch, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Schlaf- und Essstörungen, Angststörungen, Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, chronifizierte posttraumatische Belastungsstörungen, sexuelle und Beziehungsstörungen, erhöhte Inanspruchnahme des medizinischen Systems (Amann & Wipplinger, 2012; Berzenski & Yates, 2011; Dorrepaal et al., 2010;

Farley & Patsalides, 2001; Martsof & Draucker, 2005; Osvath et al., 2004; Schäfer & Fisher, 2011; Sikkema et al., 2007; Spitzer et al., 2008; alle zit. n. Tschuschke, 2013). Sogar spätere Krebserkrankungen und erhöhte Sterberaten sind ausweislich schweren Stresserlebens in vulnerablen kindlichen Entwicklungsphasen mittlerweile abgesicherte Erkenntnis (Keinan-Boker et al., 2009). Alle genannten malignen Auswirkungen können als Folgen schwerer bis schwerster kindlicher Traumatisierung verstanden werden aufgrund physischer oder sexueller Missbrauchserfahrungen, die als existenziell bedrohlich erlebt wurden.

Ungeachtet möglicher später schwerer somatischer Folgeerscheinungen führen chronische Misshandlungen in der Kindheit zu massiven Störungen in der Entwicklung des Gehirns, in der Fähigkeit zur Stressregulation, zu Störungen in der Ich- und der Persönlichkeitsentwicklung und im Gefolge davon zu Störungen der Bindungsmuster und der Affektregulation (Tschuschke, 2002; Streeck-Fischer, 2004; Schmeck et al., 2009; Strauß, 2013).

2.2 Frühe Traumatisierungen

Intrafamiliäre Gewalt und defizitäre soziale Strukturen stellen eine fundamentale Verbindung dar zwischen Trauma und Entwicklung (Pynoos et al., 1996). Zu den nachgewiesenen traumatisierenden Ereignissen, die mit schweren posttraumatischen Belastungsreaktionen einhergehen, zählen die Autoren

- Exposition gegenüber direkter Lebensbedrohung,
- Verletzungen inkl. das Erleben von Schmerzen,
- das Erleben von Verletzungen oder schockierendem Tod als Zeuge (speziell von Familienangehörigen oder Freunden),
- Beobachtung gewalttätiger Handlungen gegen andere,
- das Mitanhören unbeantworteter Hilferufe und Schreie aufgrund von extremer Not, das Riechen gefährlicher Dämpfe oder Dufte,
- das Gefangen- oder Einklemmtsein, ohne Hilfe zu erhalten,
- die Nähe zu gewalttätiger Bedrohung,
- unerwartete und andauernde Stresssituationen,
- das Erleben von Gewalt und des Gebrauchs von Waffen oder anderer schädigender Objekte,
- Zahl und Art der Bedrohungen während eines gewalttätigen Ereignisses,

- Zeuge zu sein von Gräueltaten,
- die Art der Beziehung zum Angreifer und zu den Opfern,
- das Erleben von Nötigungen,
- Verletzung der physischen Integrität des Kindes,
- das Ausmaß an erlebter Brutalität und Böswilligkeit (Pynoos et al., 1996, S. 36 f.).

Alle die genannten Ereignisse seien eng mit dem Beginn und dem Fortbestand einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) im Kindes- oder Jugendalter assoziiert (Pynoos et al., 1996, S. 336 f.). Zu vielfältig traumatisierten Kindern und Jugendlichen führt Streeck-Fischer (2004) Studien an, die nachweisen, dass Entwicklungsverzögerungen in vielen Bereichen resultieren, die zu kognitiven, sprachlichen, motorischen und sozialen Defiziten führen, die sich in den verschiedensten Diagnosen wie Angststörungen, PTSD, Depression oder Persönlichkeitsstörungen (Borderline-, antisozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen) niederschlugen. Sie zitiert Lincoln et al. (1998), die von *multiplen und komplexen Entwicklungsstörungen (MCDD: multiple complex development disorder)* sprechen. Dieses Syndrom gehe einher mit vielfältigen externalisierenden und internalisierenden Symptomen sowie kognitiven Beeinträchtigungen, wiederkehrenden destruktiven Interaktionszirkeln, die Reaktivierungen von Traumaschemata darstellten. Schwere Traumatisierungen in der Kindheit erhöhen das Erkrankungsrisiko sogar für schwere körperliche Erkrankungen im späteren Leben (Tschuschke, 2011).

Eine Studie über die schweren Traumatisierungen europäischer Juden, die nach dem Zweiten Weltkrieg nach Israel emigrierten und dem Holocaust ausgesetzt waren, weist nach, dass sie im Vergleich zu einer Gruppe

von Juden, die vor dem Krieg nach Israel emigrierten und nicht dem Holocaust ausgesetzt waren, statistisch signifikant höhere Krebs-Inzidenzraten in fast allen Krebsarten aufwiesen (z. B. Brust- und Darmkrebs) (Keinan-Boker et al., 2009). Diese signifikant höheren Erkrankungsraten waren durchgängig für fünf Jahrganggruppen zwischen den Geburtsjahrgängen 1920 und 1945 festgestellt worden. Es zeigte sich insbesondere für die jüngsten Geburtsjahrgänge zwischen 1940 und 1945 die stärkste statistische Beziehung zur Krebsinzidenz. Dies kann als ein Nachweis dafür gewertet werden, dass eine lebensgeschichtlich sehr frühe Exposition – hier im Alter von ein bis fünf Jahren – gegenüber immensen Bedrohungen und damit schwersten Stressoren den größten Einfluss auf das Krebserkrankungsrisiko hatte (Peled et al., 2008; Hursting & Forman, 2009).

In einer retrospektiven Studie wurden anhand eines Abgleichs die Daten von 364 Patienten eines kroatischen Krankenhauses mit den Daten des kroatischen Zensus von 2001 verglichen (unter Berücksichtigung wichtiger soziodemographischer Merkmale) (Telarović et al., 2006). Die Patienten wurden im Zeitraum zwischen dem 1. Januar 1986 und dem 31. Dezember 2000 mit einem ZNS-Tumor in der Klinik für Neurologie vorgestellt. In diesem Zeitraum zeigte sich eine signifikante Zunahme an ZNS-Tumoren mit der geringsten Rate im Jahr 1990 und der höchsten Rate im Jahr 1993, was die Autoren – selbst unter Berücksichtigung einer möglicherweise verbesserten diagnostischen Situation während der Dauer der Studie – auf traumatisierende Kriegserlebnisse zurückführen, die einen entscheidenden Einfluss auf die Krebsinzidenzrate gehabt haben könnten.

2.3 Neurobiologische Auswirkungen früher Traumatisierungen und extremen Stresserlebens

Fischer und Gold (2013) diskutieren den aktuellen Wissensstand, dass Traumata als extreme Stresssituationen langandauernde und vermutlich maladaptive Veränderungen in den Stressreaktionssystemen des Körpers in Gang setzen, die eine Verschiebung in den feinen Regulationsschleifen des endokrinen Systems, hauptsächlich der HHNA (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindachse), dem SNS (sympathischen Nervensystem) und zentralnervösen Netzwerken der Emotionsregulation (insbesondere limbischer und frontaler Strukturen) bewirken. Auch das vegetative Nervensystem ist in seiner Entwicklung betroffen (Egle, 2016; Fischer & Riedesser, 2003). Bezüglich der neurobiologischen Veränderungen nach frühkindlichen Trauma- und Stresserfahrungen führt Häußler (2007) zahlreiche neuroendokrine, autonome, neurochemische und neuroanatomische Veränderungen an, bis hin zu Beeinträchtigungen des Immunsystems bei sexuell missbrauchten Mädchen, und zitiert Hüther (2003), der im schlimmsten Fall von einem

»... Zusammenbruch der integrativen (neuronalen, endokrinen und immunologischen) Regelmechanismen ...« (Hüther, 2003, S. 102; zit. n. Häußler, 2007, S. 465) spreche, was sich in unterschiedlichen körperlichen und psychischen Störungen manifestiere.

Zur Biologie von Entwicklungs Traumata führt Streeck-Fischer (2004) an, dass sich schrittweise und wachstumsabhängig spezielle Schablonen für die Kategorisierung und Interpretation von Erfahrung im limbischen System, und hier speziell im Hippocampus sowie in den Frontallappen, etablierten. Die besondere Bedeutung der frühkindlich-vulnerablen Phase der Hirnentwicklung trete zutage, wenn man sich klarmache, dass die frühen Erfahrungen spezielle Muster von dendritischen Verästelungen und neuronalen Strukturen quasi im sich entwickelnden Gehirn hinterließen. Diese so entstandenen Hirnstrukturen seien das Ergebnis der Art und Intensität sowie der Frequenz neuronaler Stimulation während der kritischen Abschnitte der Gehirnentwicklung.

2.4 Allgemeine Ätiologie und Pathogenese frühkindlicher Belastungen und Traumatisierungen

Akute Traumatisierungen setzen eine Kettenreaktion an komplexen Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen in Gang (Pynoos et al., 1996). Nach den Autoren müsse man zunächst die entwicklungsbedingten Bedürfnisse der jeweiligen Altersgruppe berücksichtigen, um die affektiven und kognitiven Bedürfnisse und deren Beitrag zur Entstehung einer traumatischen Stressreaktion verstehen zu können. Ein traumatisierendes

Ereignis beziehe intensive wahrnehmungsbezogene, kinästhetische und somatische Moment-zu-Moment-Eindrücke mit ein, die unmittelbar begleitet würden von Bewertungen externaler und internaler Bedrohungen. Das Kind werde der Intensität und Dauer physiologischer Erregung, affektiven Reaktionen und Bedrohungsgefühlen ausgesetzt, während es zur selben Zeit damit konfrontiert sei, verhaltens-, vorstellungs- und fantasiebezo-

gen reagieren zu müssen, um den physiologischen und emotionalen Bedürfnissen nachkommen zu können.

Die bedrohliche Situation könne zu einem »existenziellen Dilemma« führen, wenn das Kind sich blitzschnell zwischen der Sorge um die eigene Person und der Sorge um einen Angehörigen oder anderen wichtigen Menschen entscheiden müsse. Weiterhin könne ein radikaler Wechsel in der Aufmerksamkeit des Kindes eintreten, wenn seine physische Unversehrtheit oder Autonomie beeinträchtigt werde: Seine Aufmerksamkeit werde in solch einem Falle mehr auf die Ängste um die Natur und das Ausmaß der psychischen oder physischen Verletzungen gelenkt als auf die eigene Reaktion dagegen. Infolgedessen könne es dazu kommen, dass selbstprotektive Mechanismen eingesetzt würden wie etwa »dissoziative Reaktionen«, die es dem Kind erlaubten, sich psychisch vom Geschehen zu distanzieren, um autonome Erregung und Ängste kontrollieren zu können, um bestimmte Ich-Funktionen zu schützen und um jegliches Gefühl einer aktiven Teilnahme am Geschehen vermeiden zu können.

Weitere traumatischen Stress verursachende Ereignisse könnten zu zusätzlichen traumatisierenden Momenten führen, selbst wenn die Gewalt oder die Bedrohung beendet sein sollten, z. B. das Ausharren bei einer verletzten oder getöteten wichtigen sozialen Person oder der Versuch, die Blutung beim Verletzten zu stoppen, bis Hilfe eintrifft. Auch die eintreffenden Polizisten, Helfer und der Notarzt sowie die Einlieferung in ein Krankenhaus und das Warten vor dem Operationssaal seien Teil des traumatisierenden Erlebnisses.

Ein traumatisierendes Erlebnis habe zudem mehrschichtige Folgen. Die Sorge um die eigene oder die Sicherheit von Familienangehörigen oder engen Freunden grabe sich fortan tief in die Psyche ein. Alte Ängste würden durch bestimmte Situationen immer wieder aktualisiert und führten zu aktuellen Situationsbewertungen als gefährlich oder

bedrohlich, dies bewirke wiederum unmittelbar physiologische und psychologische Reaktionen, was eine zusätzliche Quelle von Stress darstelle.

Dass tiefgehende Eindrücke der geschilderten Art zu nachhaltigen Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung und damit auch der sich entwickelnden psychischen Struktur führen, ist mittlerweile nicht mehr umstritten. Die Zahl der Studien, die die Auswirkungen schwerer kindlicher Traumatisierungen und Belastungen auf die weitere Entwicklung der kindlichen und jugendlichen Persönlichkeit untersuchten, ist seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts immens angewachsen. Es gilt als sicher, dass ein breites Spektrum an Störungsbildern, die auf Traumatisierungen in Kindheit und Jugend zurückzuführen sind, resultiert. Dazu zählen Depressionen, pathologische Trauerreaktionen, Verlustängste, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), Phobien, Kontaktstörungen und Substanzmissbrauch, wie die Autoren dies bereits Mitte der 90er Jahre feststellten (Pynoos et al., 1996). Zahlreiche weitere Störungsbilder wurden bereits weiter oben genannt.

Die Frage, ob sich z. B. aus sozialen und psychischen Belastungen in Kindheit und Jugend bereits früher die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ableiten lasse, wird immer wieder gestellt, gilt aber als derzeit noch unbeantwortet und ist sehr umstritten (Schmeck et al., 2009). Dieser Aspekt wird ausführlich in Kapitel 3.4 behandelt (► Kap. 3.4).

Autoren unterschiedlicher professioneller Provenienz (z. B. Psychologen, Neurobiologen, Soziologen, Psychoanalytiker) nehmen eine plausible Integration der vielen Studienergebnisse zu schweren Belastungen in Kindheit und Jugend vor (z. B. Pynoos et al., 1996; Fonagy & Target, 2004; Streeck-Fischer, 2004; Resch & Möhler, 2006; Häußler, 2007; Strauß, 2013; Egle, 2016). Wenn man diese – viele Studien zusammenfassenden –

Ausführungen aufeinander bezieht, ergibt sich eine beeindruckende und zugleich erschütternde Kaskade frühkindlicher Beein-

trächtigungen und deren Auswirkungen auf die Persönlichkeit des späteren erwachsenen Menschen (► Abb. 2.1).

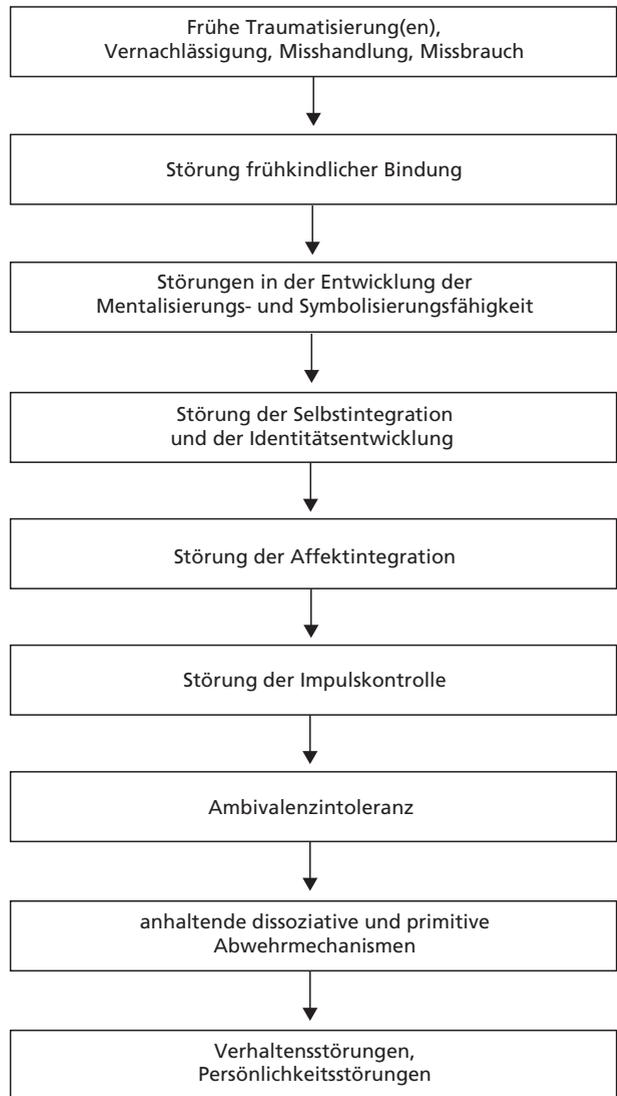


Abb. 2.1: Gestörte Entwicklungsabfolge aufgrund frühkindlicher Traumatisierungen, Gewalterfahrungen und Vernachlässigungen

Schwere frühkindliche oder überhaupt in der Kindheit erlittene schwere Belastungen und Traumatisierungen z. B. durch Misshandlungen führen zu tiefen und nachhaltigen Störungen in der Ich- und Selbstentwicklung. Das Kind verinnerlicht ein strafendes, sadistisches

Über-Ich, dem sich ein überhöhtes, unerreichbares Ich-Ideal zur Seite stellt (Sachsse, 1994). Damit einher gehen naturgemäß entsprechende Irritationen, Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten in der Identitätsentwicklung. Im Gegensatz zum Selbst ist das Ich reflexions-

und kritikfähig, und die Herausbildung eines kritischen, reflexionsfähigen Selbst ist eine der Hauptaufgaben des Ichs. Identifikatorische Prozesse gelten als die basalen Kräfte beim Aufbau der Ich- und Über-Ich-Funktionen (Fabian, 2014). Die Herausbildung eines Selbst gelingt nur auf der Grundlage eines stabil entwickelten Ichs. Das Selbst wird als eine übergreifende Instanz der Persönlichkeit angesehen, die mehrere Instanzen des Freud'schen Strukturmodells (Ich – Es – Über-Ich) umfasst. Wird es in der Entwicklung des Beziehungserlebens mit hoch bedeutsamen Objekten gestört, kann sich kein stabiles, gesundes und kohärentes Selbst entwickeln (Bindungskonflikt zwischen Sicherheit und Bedrohung). Die Selbst- und Objektrepräsentanzen und die damit verbundenen Beziehungserfahrungen sind bei der Verinnerlichung verzerrt, gestört, rudimentär, nicht integrierbar, es resultiert eine Fehlentwicklung des Selbst (Häußler, 2007; Resch, 2007). Es fehlt ein integriertes Selbst- und Objektkonzept, was entsprechend zu Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung, destruktivem Verhalten gegen sich selbst wie gegenüber anderen führt (Streck-Fischer, 2004). Die fehlende »innere Landkarte« (Bowlby, 1980) verunmöglicht die Wahrnehmung, »... wer sie sind oder wer andere sind ...« (Streck-Fischer, 2004, S. 12), und führt zum Ausagieren der psychisch nicht repräsentierten Affekte, zum *Externalisieren*. Es fehlen die Worte, weil eben intrapsychisch die Strukturen dafür fehlen. Insofern kann auch keine psychische Verarbeitung der Eindrücke und der daraus entstehenden Affekte erfolgen. Die Folge sind Externalisierungen, also Ausdruck im Äußeren durch Handlungen, denen mangels affektiver Repräsentanz und Verarbeitung die Steuerung fehlt.

Deformierte Affekt- und Impulssteuerungen und Defizite im Symbol- und Spielverhalten sind die zwangsläufige Folge frühkindlicher und kindlicher Traumatisierungen. Da eigene Gefühle nicht angemessen wahrgenommen werden können (nicht inte-

grierte Selbstzustände), folgt daraus ein Defizit an Empathiefähigkeit, was nach Häußler (2007) im Weiteren erhebliche Schwierigkeiten im interpersonellen Beziehungsbereich mit sich bringe und u. a. dissoziale und unangepasste Verhaltens- und Erlebensweisen zur Folge habe (gestörte Ethik- und Moral-Entwicklungen).

Ein fragiles, in der Entwicklung gestörtes, unsicheres oder in sich gespaltenes Selbst zieht den Aufbau defizitärer bzw. nicht angemessener, unreifer Abwehrmechanismen nach sich (da die Entwicklung eines schwachen, fragmentierten Ichs vorausging) (z. B. projektive Identifikationen, Realitätsverleugnungen, Spaltung, Ausagieren, Wendung gegen das Selbst, Identifikation mit dem Aggressor). Speziell Letzteres bewirkt, dass das misshandelte oder missbrauchte Kind die überlebensnotwendige Beziehung zum Aggressor (Täter) aufrechterhalten kann (Häußler, 2007). Auf diesem Wege erfolge dann auch häufig die Selbstbeschuldigung. Resch (2007) sieht aufgrund der Ich-Schwäche eine Spaltung des Selbst in einen distanziereten Beobachter und einen Akteur am Werke, was dissoziativen Verarbeitungsmechanismen den Weg bahne und in eine mangelnde Integration der eigenen Identität münde. Resch und Möhler (2006) erwähnen in diesem Zusammenhang Winnicotts *Konzept des falschen Selbst*, das aufgrund der Nöte durch Gewalt und Vernachlässigung durch die Umwelt aufgebaut werde. Hierbei handle es sich um eine Ansammlung von Reaktionen auf die Umwelt, ein Sich-Fügen, eine Gefügigkeit, eine Verleugnung eines eigenen Selbst (Heltzel, 2002).

Im Gefolge davon fehlen kontinuierliche und kohärente Beziehungserfahrungen, die zu einer »Kohäsion des Selbst« führen könnten (Häußler, 2007). Teile des Selbst könnten nicht integriert werden und stünden unabhängig voneinander neben dem übrigen Selbst. Entsprechend resultierten oftmals Dissoziationen, die eine Überlebensstrategie darstellten, da sie das übrige Selbst vor unerträg-