

Wilfried Datler, Sabine Freilinger

»Das wird lange dauern ...«

Über traumatische Erfahrungen als Gegenstand der psychotherapeutischen Diagnose, Indikation und Prognose in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen¹

Summary

»That will take a long time ...« – The Difficulties of Diagnosing, Setting up Treatment and Predicting Outcome when Dealing with Children and Adolescents who have Experienced Trauma

With reference to the therapy of a 14-year-old adolescent girl, the authors discuss some of the difficulties that arise when dealing with cases of traumatic experience and attempting to make a detailed diagnosis using the ICD 10 and DSM IV manuals. On the basis of the experiences that were gathered and discussed in Vienna by a group of therapists working with traumatized children and adolescents, four diagnostic categories have been developed, differentiating four groups of children and adolescents in need of professional help in the form of crisis intervention or therapy. The authors describe the relevance of these categories for planning the therapy and predicting the outcome of treatment. The discussion of the case material points to the possible necessity of a fifth category to diagnose reports of experiences that are only seemingly traumatic.

Keywords: Psychotherapy of Children and Adolescents, Diagnostic Categories, Trauma, Crisis Intervention, ICD 10, DSM IV

Zusammenfassung

Unter Bezugnahme auf die psychotherapeutische Arbeit mit einer vierzehnjährigen Jugendlichen wird gezeigt, welche Schwierigkeiten sich ergeben, wenn psychopathologische Folgen von traumatischen Erfahrungen vorzuliegen scheinen und differenziertere diagnostische Überlegungen unter Bezugnahme auf ICD-10 oder DSM-IV angestellt werden. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Wien gesammelt und diskutiert wurden, werden vier diagnostische Kategorien vorgestellt, die es ermöglichen, Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen, die professionelle Hilfe im Sinn von Krisenintervention oder Psychotherapie erhalten, vier idealtypisch definierten Gruppen zuzuordnen, die sich durch unterschiedlich gegebene Problemkonstellationen auszeichnen. Die psychotherapeutische Relevanz dieser diagnostischen Differenzierung wird in Hinblick auf Indikation und Prognose dargestellt. Die Diskussion der vorgestellten Kasuistik legt es nahe, darüber hinaus eine fünfte diagnostische Kategorie vorzusehen, auf die Bezug genommen werden kann, wenn von vermeintlich traumatischen Erfahrungen berichtet wird.

Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Diagnostik, Trauma, Krisenintervention, ICD-10, DSM-IV

1 Aus dem Forschungsprojekt »Methoden der Bearbeitung von traumatischen Krisen und deren Folgen: Individualpsychologische Krisenintervention und Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern«. Dieses Projekt wird – unter der Leitung von Gertrude Bogyi und Wilfried Datler – von der Forschungseinheit Psychoanalytische Pädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien, dem »Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen – die boje« und dem »Verein für Individualpsychologische Forschung »IPZ (Individualpsychologisches Zentrum) Science Wien« durchgeführt. Das Projekt wird vom »Referat Wissenschafts- und Forschungsförderung der MA 7 der Stadt Wien (Leitung: Univ. Prof. Dr. Hubert Christian Ehalt)« gefördert.

1 Eine Vierzehnjährige kommt mit einer Psychotherapeutin in Kontakt

Den Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen stellt die Arbeit mit einer Jugendlichen dar, die als Vierzehnjährige mit einer Psychotherapeutin in Kontakt kam, weil sie – den Erzählungen ihrer Eltern zufolge – an den Folgen zweier knapp hintereinander eingetretener Verlusterlebnisse litt: 18 Monate vor der psychotherapeutischen Kontaktaufnahme war die Tante der Vierzehnjährigen verstorben; und knapp danach war eine Jugendliche aus ihrem Bekanntenkreis bei einem Unfall ums Leben gekommen.

Die Eltern der Vierzehnjährigen, die wir hier Julia nennen, nahmen an, dass dieses doppelte Verlusterleben den entscheidenden Anlass dafür abgab, dass sich bei Julia Zeichen einer massiven Traurigkeit eingestellt und dass Julia mit ihren schulischen Leistungen massiv nachgelassen hätte. Ebendeshalb hatten Julias Eltern beschlossen, die Wiener Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters zu kontaktieren. Eine dort arbeitende Kollegin leitete die Familie in die Privatpraxis der Autorin dieses Artikels (S. F.) weiter.

2 Erste mögliche Überlegungen zu Diagnose, Indikation und Prognose

Als Mitarbeiterin der Einrichtung »die boje«² und als Leiter eines damit verbundenen Forschungsprojekts³ sehen wir uns besonders häufig mit Vorgeschichten der eben erwähnten Art sowie mit allgemeinen Überlegungen zur Bedeutung von Erfahrungen konfrontiert, die allem Anschein nach als »Belastungen« oder sogar als »traumatische Erfahrungen« einzustufen sind. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, im Anschluss an Darstellungen wie jene, die Julias Eltern abgegeben haben, folgende Überlegungen anzustellen, die wir in vier Punkte gliedern möchten:

2.1 Depressivität und Leistungsabfall als mögliche Folgen von traumatischen Erfahrungen

In einschlägigen Veröffentlichungen ist in vielgestaltiger Form nachzulesen, dass unzureichend bearbeitete traumatische Erfahrungen bei vielen Kindern und Jugendlichen innerpsychische Prozesse in Gang bringen, die zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptombildungen führen. Saß et al. (2003, S. 743 ff.) zählen in ihrem Kapitel über »Anpassungsstörungen« zu diesen beunruhigenden Symptombildungen unter anderem depressive Stimmungen sowie verminderte Schulleistungen. Auch Bogyi (1999) weist in der Kommentierung von einschlägigen Falldarstellungen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche auf traumatische Erfahrungen vielfach mit Symptombildungen reagieren,

2 Die Wiener Einrichtung »die boje« wird als »Ambulatorium für Kinder- und Jugendliche in Krisensituationen« von Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP) getragen. Die psychotherapeutische Leitung hat Gertrude Bogyi, die medizinische Leitung hat Max H. Friedrich inne (vgl. <http://www.die-boje.at>).

3 Gemeint ist das Forschungsprojekt, das in Fußnote 1 angeführt ist.

zu denen auch Schulverweigerung, Leistungsabfall sowie Veränderungen im Bereich des Affektiven zu rechnen sind.

2.2 Eine erste diagnostische Annäherung

Diese Hinweise scheinen die elterliche Annahme zu stützen, dass die Symptome »schulischer Leistungsabfall« und »massive Traurigkeit«, von denen Julias Eltern berichten, als Folge der psychischen Belastungen zu begreifen sind, welche der Tod der Tante sowie der Tod der Bekannten aus dem Freundeskreis Julias mit sich gebracht haben.

In diesem Zusammenhang kann man im Anschluss an Bohleber (2000, S. 829 f.) dazu tendieren, unter einer »traumatischen Erfahrung«

- das Erleben von plötzlich eintretenden Situationen zu begreifen,
- in denen Menschen in äußerst bedrohlich erlebter Weise mit heftigen Gefühlen wie Schmerz, Angst oder Verlust so massiv überschwemmt werden,
- dass sie überdies massive Gefühle der Hilflosigkeit und/oder Ohnmacht verspüren, weil sie sich weder selbst in der Lage sehen, Aktivitäten zur tatsächlichen Linderung dieser bedrohlichen Gefühle zu setzen, noch die Erfahrung machen, dass Geschehnisse in der äußeren Welt zu entsprechenden Entlastungen führen.

Folgt man diesem Verständnis, so liegt es nahe, die schulische Leistungsschwäche und die geschilderte Traurigkeit als Folge der traumatischen Erfahrung zu begreifen, mit der sich Julia konfrontiert sah, als sie ihre Tante und die Jugendliche aus ihrem Freundeskreis verlor.

2.3 Eine erste Annäherung an Indikation und Prognose

Den Schilderungen der Eltern ist kein Hinweis darauf zu entnehmen, dass Julia in den letzten 18 Monaten eine Form von innerfamiliärer oder professioneller Unterstützung erhalten hätte, wie sie nach der Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen etwa in Gestalt von Krisenintervention angezeigt gewesen wäre (vgl. Sonneck 2000). Bedenkt man die zahlreich vorliegenden Studien über die Dynamik und Folgewirkungen von traumatischen Erfahrungen, so legt dies die Entscheidung nahe, dass im Fall von Julia eine Art von »nachträglich einsetzender Krisenintervention« dringend angebracht ist. Deren Aufgabe wäre es, Julia in zweifacher Weise zu unterstützen: Einerseits gelte es Julia zu ermutigen, darüber zu sprechen, wie sie die tödlichen Ereignisse erlebt hat; und andererseits sollte ihr geholfen werden, zu verstehen, welche Spuren diese Erlebnisse in ihr hinterlassen haben und wie es in diesem Zusammenhang zur Ausbildung jener Schwierigkeiten kam, von denen die Eltern berichten. Gelingt es Julia, in diesem Prozess die äußerst beunruhigenden Gefühle und Gedanken zu bearbeiten, welche in Zusammenhang mit den Todeserlebnissen entstanden sind, so ist davon auszugehen, dass Julia nur wenige Stunden an »nachträglich einsetzender Krisenintervention« in Anspruch nehmen muss und dass sich ihre Symptome zügig zurückbilden werden.

Für diese Prognose spricht auch der Umstand, dass sich in den elterlichen Erzählungen keine Hinweise darauf finden, dass sich Julia genötigt sähe, sich immer wieder an die geschilderten Todesereignisse zu erinnern oder Situationen zu meiden, die mit den erwähnten Todesereignissen in Zusammenhang stünden. Dies deutet darauf hin, dass Julia an keiner »Posttraumatischen Belastungsstörung« im Sinne der ICD-10- oder DSM-IV-Systematik zu leiden scheint, sondern vielmehr an einer »Anpassungsstörung«, die ebenfalls von traumatischen Erfahrungen im oben entwickelten Sinn ihren Ausgang nimmt, deren Symptome sich – der ICD-10- oder DSM-IV-Kommentierung zu Folge – allerdings als weniger hartnäckig erweisen.

3 Kritische Anmerkungen

An dieser Stelle ist allerdings der Hinweis angebracht, dass es in der Arbeit mit einer Jugendlichen wie Julia höchst problematisch wäre, sich in der eben skizzierten Weise an Diagnose, Indikation und Prognose anzunähern. Folgende Punkte der Kritik wären im Fall eines entsprechenden Vorgehens anzumerken:

3.1 Die Orientierung an ICD-10 und DSM-IV

Drei Punkte der Kritik betreffen die angedeutete Orientierung an ICD-10 und DSM-IV:

a) Innerhalb der beiden Klassifikationsschemata wird zwischen drei Störungsbildern unterschieden, die als Ausdruck und Folge von traumatischen Erfahrungen im hier verstandenen Sinn zu begreifen sind, nämlich zwischen

- *Akuter Belastungsreaktion* (Remschmidt et al. 2001, 194 ff.) bzw. *Akuter Belastungsstörung* (Saß et al. 2003, 521 ff.),
- *Posttraumatischer Belastungsstörung* (Remschmidt et al. 2001, 197 ff.; Saß et al. 2003, 515 ff.) und
- *Anpassungsstörung* (Remschmidt et al. 2001, 194 ff.; Saß et al. 2003, 743 ff.).

Posttraumatische Belastungsstörungen zeichnen sich – wie oben angedeutet – durch spezifische Symptombildungen aus, auf die es in den Berichten über Julia keinerlei Hinweise gibt⁴.

⁴ Nach ICD-10 müssen beispielsweise folgende Kriterien erfüllt sein, damit eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden kann: »A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.« – Weiters müssen »innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode« folgende Symptome auftreten: B. Anhaltende Erinnerungen oder ein Wiedererleben der Belastung sind gegeben. C. »Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden gemieden.« D. Die Unfähigkeit ist ausgeprägt, »wichtige Aspekte der Belastung

Da *Akute Belastungsreaktionen* bzw. *Akute Belastungsstörungen* zwar durch eine traumatische Erfahrung ausgelöst werden, danach aber »im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen« abklingen (Remschmidt et al. 2001, S. 195), scheidet die Möglichkeit aus, Julias Störungsbild 18 Monate nach den geschilderten Erfahrungen als *Akute Belastungsreaktion* zu klassifizieren.

Bleibt die oben vorgenommene Zuordnung zur Gruppe der *Anpassungsstörungen* – doch erweist sich auch dies bei näherem Hinsehen als unzulässig: Sowohl in der ICD-10- als auch in der DSM-IV-Kommentierung ist nämlich im Abschnitt über »Diagnostische Kriterien« nachzulesen, dass die Symptome einer Anpassungsstörung relativ bald nach dem belastenden Ereignis« einsetzen und »im Regelfall nicht länger als sechs Monate andauern« (Remschmidt et al. 2001, S. 199f.; ähnlich Saß et al. 2003, S. 747)⁵. Daraus folgt zunächst, dass Julias Symptombild auch nicht als Ausdruck und Folge einer »Anpassungsstörung« klassifiziert werden kann, da das erwähnte traumatische Erlebnis weit länger als sechs oder sieben Monate zurückliegt, während von Julias Symptomen nun auch noch 18 Monate nach der traumatischen Erfahrung berichtet wird.

b) Letzteres verweist darauf, dass es Psychotherapeuten im klinischen Alltag immer wieder mit krankheitswertigen Folgen von traumatischen Erfahrungen im hier verstandenen Sinn zu tun haben, deren zeitlicher Bestand die Sechs-Monate-Grenze übersteigt, ohne jenen diagnostischen Kriterien zu entsprechen, die für die Diagnose einer *Posttraumatischen Belastungsreaktion* nötig wären. Diese Störungsbilder können als Folgen traumatischer Erfahrungen innerhalb der ICD-10- oder DSM-IV-Systematik folglich diagnostisch gar nicht erfasst werden.

c) Ein weiteres Problem ergibt sich dadurch, dass die diagnostischen Einschätzungen, die mit Hilfe der Klassifikationsschemata von ICD-10 und DSM-IV vorgenommen werden können, von bloß geringer psychotherapeutischer Relevanz sind.

Zum Einen können *Akute Belastungsreaktionen* und *Anpassungsstörungen* – streng genommen – erst dann diagnostiziert werden, wenn erwiesen ist, dass die jeweils ausgebildeten Symptome nach wenigen Monaten bzw. nach maximal sechs Monaten wieder verschwunden sind: Wenn die Indikation zu Krisenintervention oder Psychotherapie auf eine vorhergehende diagnostische Einschätzung aufbauen soll, dann hätte das zur Folge, dass die Indikation für bestimmte Formen von professioneller Hilfestellung erst nach dem Abklingen bestimmter Symptome gestellt werden kann – was keineswegs als sinnvoll anzusehen ist.

Dies korrespondiert zum Zweiten damit, dass sich weder in der ICD-10- noch in der DSM-IV-Kommentierung nähere Angaben darüber finden, ob oder inwiefern die Auflösung der Symptome von *Akuten Belastungsreaktionen* und *Anpassungsstörungen*

zu erinnern«, oder es sind »anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung« gegeben (alle Zitate stammen aus Remschmidt et al. 2001, S. 198).

5 Davon ausgenommen sind lediglich leichtere depressive Zustände, wenn diese »als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation« begriffen werden können (Remschmidt et al. 2001, S. 200). Von einer solchen »länger anhaltenden Belastungssituation« wird in den Erzählungen über Julia aber nicht berichtet.

an das Eintreten bestimmter Bedingungen (wie Krisenintervention oder Psychotherapie) gebunden ist. Dies vermittelt die Vorstellung, dass sich die Symptome von *Akuten Belastungsreaktionen* und *Anpassungsstörungen* innerhalb von einem Monat bzw. innerhalb von sechs Monaten wie von selbst auflösen – was im deutlichen Widerspruch zu klinischen Erfahrungen sowie zu den Ergebnissen der Erforschung von krisenhaften Erlebnissen und deren Folgen steht (vgl. Bogyi 1999; Sonneck 2000).

Dazu passt zum Dritten der Hinweis, dass sich in den ICD-10- und DSM-IV-Kommentaren, die von den krankheitswertigen Folgen traumatischer Erlebnisse handeln, generell keine Aussagen darüber finden, welche Formen von professioneller Hilfestellung beim Vorliegen welcher Störungen als angemessen angesehen werden können. Die Konzeption von ICD-10 und DSM-IV sieht daher gar nicht vor, dass die Arbeit mit diesen Klassifikationsschemata in Aussagen einmündet, die von expliziter psychotherapeutischer Relevanz sind⁶.

3.2 Der Verzicht auf Subjektorientierung

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen, die in der psychoanalytischen Literatur zur diagnostischen Erfassung der Folgen von traumatischen Erfahrungen geführt werden (vgl. Bohleber 2000, Bogyi 2003, Lellau 2005, Fischer u. Riedesser 2006), ist überdies kritisch festzuhalten, dass im Zuge der oben skizzierten Vorgangsweise gar nicht zu eruieren versucht wurde, wie Julia die geschilderten Todesgeschehnisse erlebt und in weiterer Folge bewusst sowie unbewusst verarbeitet hat. Das oben skizzierte diagnostische Vorgehen stützt sich vielmehr auf Erzählungen Dritter (in Julias Fall sind dies die Eltern) und baut darauf auf, dass aus der Nennung bestimmter beschreibbarer Begebenheiten (hier: zwei Todesfälle) darauf geschlossen werden kann, dass Julia eine traumatische Erfahrung gemacht und – dadurch angestoßen – jene Symptome ausgebildet hat, von denen die Eltern sprechen.

Eine solche Art der Diagnoseerstellung geht von der impliziten Annahme aus, dass traumatische Erfahrungen in sich geschlossene Entitäten darstellen (vgl. Landis 2002), die auf Grund des Vorliegens bestimmter »objektiv« feststellbarer Geschehnisse (wie Missbrauch, Gewalterfahrung oder Verlust) als besonders belastend und deshalb als primäre Ursache für das Auftreten bestimmter pathologischer Folgeerscheinungen anzusehen sind. In diesem Sinn ist etwa in der Kommentierung des ICD-10 bei Remschmidt et al. (2001, S. 195) festgehalten, dass Akute Belastungsreaktionen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen »immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas (entstehen). Das belastende Ereignis oder die andauernde, unangenehme Situation sind der primäre ausschlaggebende Kausalfaktor.« Und in der Kommentierung des DSM-IV findet man geradezu eine

6 Demgemäß widmen Saß et al. (2003, S. 983) dem Thema »Einsatz von DSM-IV bei der Behandlungsplanung« nicht einmal vier ganze Zeilen, in denen es heißt: »Die DSM-IV Diagnose ist nur der erste Schritt einer umfassenden Evaluation. Um einen angemessenen Behandlungsplan entwerfen zu können, muss der Untersucher unweigerlich zahlreiche zusätzliche Informationen erheben, die über die zur Diagnoseerstellung erforderlichen hinausgeht.«

Sammlung von belastenden Ereignissen aufgelistet, die nach Saß (2003, S. 515 ff., S. 746) dazu geeignet sind, bestimmte Symptomkonstellationen nach sich zu ziehen, die insbesondere für Akute Belastungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen charakteristisch sind. Die Wahrscheinlichkeit, mit der etwa eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht, hängt demnach vornehmlich von der »Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis« ab (Saß et al. 2003, S. 518)⁷.

4 Ein (vorläufiges) Plädoyer für ein alternatives diagnostisches Vorgehen unter Bezugnahme auf vier diagnostische Grundkategorien

Freilich darf nicht übersehen werden, dass es den ICD-10- und DSM-IV-Kommentierungen zu Folge nicht bestimmte objektiv fassbare Geschehnisse an sich sind, die zur Ausbildung der erwähnten Störungsbilder führen: Entscheidend ist vielmehr die Art und Weise, in der ein bestimmtes Ereignis als besonders belastendes Ereignis *erlebt* wird.

Dies macht darauf aufmerksam, dass das Zustandekommen einer traumatischen Erfahrung letztlich davon abhängt, dass ein bestimmtes Ereignis in einer besonderen Art apperzipiert wird; wobei die je individuelle und mit den psychischen Strukturen einer Person eng verwobene Art der Apperzeption⁸ letztlich ausschlaggebend ist dafür, welche spezifische innerpsychische Dynamik und welche potenziellen Folgen die traumatische Erfahrung nach sich zieht. Auf die Bedeutung, die solche individuellen Faktoren für die Ausbildung von psychischen Störungen im Anschluss an den Vollzug von traumatischen Erfahrungen haben, deuten denn auch Saß et al. (2003, S. 518) – vorsichtig, aber doch – hin, wenn sie von »Hinweisen« darauf sprechen, dass »Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische Störungen die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen können«. Ähnliches ist bei Renschmidt et al. (2001, S. 196) nachzulesen, wenn diese bezüglich der Ausbildung von Akuten Belastungsreaktionen festhalten:

»Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping Strategien) spielen beim Auftreten und beim Schweregrad der akuten Belastungsreaktion eine Rolle. Dies wird daran deutlich, dass nicht alle Personen, die eine außergewöhnliche Belastung erleben, auch eine Störung entwickeln.«

4.1 Aufgaben im diagnostischen Prozess

Will man nun der Frage nachgehen, ob einzelne Menschen, die eine besondere Belastung erleben, Gefahr laufen, eine Störung auszubilden, die als Ausdruck und Folge einer

7 Entsprechend zurückhaltend setzen die Autoren fort: »Es gibt Hinweise, dass soziale Unterstützung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und vorbestehende psychische Störungen die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen können« (Saß et al. 2003, S. 518).

8 Zu den Begriffen der Apperzeption und der psychischen Strukturen siehe Datler (1995; 2001).

traumatischen Erfahrung zu begreifen sind, so gilt es demnach erst einmal zu klären, ob diese Belastung von der jeweiligen Person tatsächlich als traumatische Erfahrung im hier verstandenen Sinn erlebt wurde. Letzteres ist auch dann zu untersuchen, wenn Symptombildungen bereits vorliegen und Klarheit darüber zustande kommen soll, ob zwischen diesen Symptombildungen und vorangegangenen traumatischen Erfahrungen Zusammenhänge bestehen.

Bestätigt sich nun der Verdacht auf das Vorliegen von traumatischen Erfahrungen und möchte man den Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und auffälligen Symptombildungen differenzierter verstehen, so gilt es, die Spezifität dieser traumatischen Erfahrung sowie die Besonderheit der innerpsychischen Dynamik zu erfassen, welche diese traumatischen Erfahrungen angestoßen haben.

Im Sinne der obigen Ausführungen gilt es dabei zu klären, über welche Persönlichkeitsstrukturen die Person verfügte, als sie die traumatischen Erfahrungen machte. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu untersuchen, ob die betroffene Person bereits in der Zeit vor dem besagten traumatischen Ereignis pathologische Entwicklungen durchlaufen, psychopathologische Persönlichkeitsstrukturen entfaltet und darin gründende Symptome ausgebildet hatte. Wird diesbezüglich Vorhandenes übersehen, kommt es nämlich nur allzu schnell dazu, dass die innerpsychischen Prozesse, welche durch die traumatischen Erfahrungen angestoßen wurden, ebenso wenig verstanden werden können wie der Einfluss der traumatischen Erfahrungen auf die Entstehung und Bedeutung der psychopathologischen Zustandsbilder, die zum Zeitpunkt des diagnostischen Prozesses auszumachen sind.

Will man in einem weiteren Schritt zu prognostischen Aussagen gelangen, so gilt es zu berücksichtigen, ob und in welchem Ausmaß bestimmte (potenziell) pathologische Prozesse eben erst angestoßen wurden und sich »in Bewegung befinden« – oder ob es diesbezüglich bereits in größerem Ausmaß zu Verhärtungen und Chronifizierungen gekommen ist. Mit Letzterem wird insbesondere dann zu rechnen sein, wenn die Zeitspanne zwischen dem Zustandekommen der traumatischen Erfahrungen und der Inanspruchnahme von notwendigen professionellen Hilfestellungen besonders groß geworden ist.

4.2 Vier diagnostische Grundkategorien A) bis D)

Vor dem Hintergrund der eben angestellten Überlegungen ist es sinnvoll, einem Grundgedanken von Gertrude Bogyi zu folgen und zwischen verschiedenen idealtypischen Konstellationen zu differenzieren, denen man sich in diagnostischen Prozessen in Zusammenhang mit dem Problembereich der »Traumatischen Erfahrungen« immer wieder konfrontiert findet. Diese idealtypischen Konstellationen gehen von Unterscheidungen aus, die sich auf drei Achsen beziehen:

die traumatische Erfahrung:

wurde erst vor kurzer Zeit gemacht versus liegt längere Zeit zurück

trifft auf gesunde Persönlichkeit versus trifft auf pathologische Persönlichkeit

Krisenintervention erfolgt(e) versus Krisenintervention erfolgte nicht

Den Erfahrungen des »Ambulatoriums für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen« des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie zu Folge sind Kinder und Jugendliche, die in einschlägigen Einrichtungen mit Hinweisen auf traumatische Erfahrungen vorgestellt werden, vier diagnostischen Grundkategorien A bis D zuordbar; wobei sich diese Grundkategorien durch verschiedene Kombinationen zwischen den eben angeführten idealtypischen Unterscheidungen definieren. In diesem Sinn kann zwischen folgenden Gruppen von Kindern und Jugendlichen unterschieden werden, die jeweils unterschiedliche Formen von professionellen Hilfestellungen benötigen:

A) Kinder und Jugendliche, die bislang eine gesunde Entwicklung durchliefen, nun aber traumatische Erfahrungen machten und nahezu unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis Krisenintervention erhalten:

Ist diese Kombination A) »gesunde Entwicklung / traumatische Erfahrungen liegen ganz kurze Zeit zurück / Krisenintervention erfolgt umgehend« gegeben, so ist im Regelfall Krisenintervention im weithin verbreiteten Sinn angezeigt (Sonneck 2000; Bogyi 2003). Es ist zu erwarten, dass eine längerfristige Begleitung nur dann nötig ist, wenn die traumatischen Ereignisse Folgen nach sich ziehen, welche mit ebenso tiefgehenden wie chronischen Belastungen erheblichen Ausmaßes einhergehen. Zu denken ist in diesem Zusammenhang etwa an den Verlust beider Elternteile nach einem Unfall; an Situationen, in denen es zu körperlichen Verstümmelungen gekommen ist; oder an lebensbedrohlich erlebte Erfahrungen, die gemäß ICD-10 als Auslöser von posttraumatischen Belastungsstörungen anzusehen sind (vgl. Bogyi 2003).

B) Kinder und Jugendliche, die zunächst eine gesunde Entwicklung durchliefen, vor längerer Zeit traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten:

Liegt die Kombination B) »gesunde Entwicklung / traumatische Erfahrungen liegen einige Zeit zurück / Krisenintervention erfolgte seinerzeit nicht umgehend« vor, so wird professionelle Hilfe im Regelfall dann in Anspruch genommen, wenn die Prozesse, die das traumatisch erlebte Ereignis angestoßen hat, ohne professionelle Unterstützung nicht ausreichend bearbeitet werden konnten und in weiterer Folge zur Ausbildung von manifesten Problemen bzw. Leidenszuständen führten. Diese können als Symptome einer »Anpassungsstörung« im Sinn des DSM-IV begriffen werden (Saß et al. 2003, S. 743 ff.), ohne dass allerdings stets damit gerechnet werden kann, dass zwischen den

traumatischen Erfahrungen und dem Abklingen von Symptomen nicht mehr als sechs Monate verstreichen.

In solchen Fällen mag es mitunter möglich sein, im Sinne einer »nachträglich einsetzenden Krisenintervention« im Rahmen von wenigen Zeiteinheiten in ausreichender Weise die traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten, die vor einiger Zeit gemacht wurden. Wenn die innerpsychische Dynamik, die diese Erfahrungen in Gang gebracht haben, allerdings von massiven (unbewussten) Ängsten begleitet wurden und zur Einrichtung von ebenso malignen wie rigiden Abwehr- und Sicherungstendenzen führten, wird es angebracht sein, die Phase der »nachträglich einsetzenden Krisenintervention« nach Möglichkeit in eine Phase der Psychotherapie überzuführen.

C) Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, vor kurzer Zeit (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und nun – nahezu unmittelbar nach dem (neuerlichen) traumatischen Erlebnis – professionelle Hilfe erhalten:

Liegt die Kombination C) »pathologische Entwicklung / traumatische Erfahrungen liegen ganz kurze Zeit zurück / Krisenintervention erfolgt umgehend« vor, so ist eine erste Phase der Krisenintervention indiziert. Diese wird – auf Grund der pathologischen Persönlichkeitsanteile der jeweils betroffenen Person – von idealtypischen Verlaufsschilderungen deutlich abweichen und im günstigsten Fall in eine länger andauernde Phase der Psychotherapie übergeführt werden können, in der es diese pathologischen Persönlichkeitsanteile längerfristig zu bearbeiten gilt.

D) Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, nun (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten:

Liegt die Kombination D) »pathologische Entwicklung / traumatische Erfahrung liegt einige Zeit zurück / Krisenintervention erfolgte seinerzeit nicht umgehend« vor, so führen in vielen Fällen die Zunahme von Alltagsproblemen vor dem Hintergrund starker Symptombildungen dazu, dass professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Naheliegenderweise sind die therapeutischen Herausforderungen bei dieser Problemkonstellation besonders komplex. Gelingen therapeutische Prozesse, so erstrecken sie sich im Regelfall über eine längere Zeitspanne. Ähnlich wie in vielen Fällen, die der Problemkonstellation C) zuzurechnen sind, sind die innerfamiliären Beziehungen der Kinder und Jugendlichen über weite Strecken entwicklungsbelastend, was darauf hindeutet, dass sich die Arbeit mit den Eltern häufig als ebenso bedeutsam wie schwierig erweist.

5 Zurück zu Julia

Welcher dieser Gruppen ist wohl Julia zuzuordnen? – Wir werden zunächst aus der Arbeit mit Julia berichten, um uns in der Diskussion der eben gestellten Frage dann auf klinisches Material beziehen zu können. Da es die Autorin dieses Beitrags war, die mit Julia arbeitet, und da sich die nächsten Passagen auf deren Unterlagen stützen, werden die nächsten Kapitel in der Ich-Form verfasst sein.

5.1 Von der ersten Kontaktaufnahme zum Beginn der Psychotherapie

a) Kontaktaufnahme

Ich (S. F.) wurde telefonisch von Julias Mutter kontaktiert, die mir mitteilte, dass sie meine Nummer von einer Kollegin erhalten hätte, die an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters arbeitet. Ihre Tochter bräuchte einen Therapieplatz: Eine Tante wäre verstorben, kurz darauf auch eine Jugendliche aus dem Bekanntenkreis. Julia wäre nun so niedergeschlagen und hätte vor allem gravierende Lernprobleme.

Ich vereinbarte mit der Mutter einen Termin. Wir besprachen, dass Julia zunächst zu zwei bis drei Gesprächen alleine kommen sollte und dass ich dann ein Elterngespräch führen würde. Weiters vereinbarten wir, dass die Mutter mitkommen sollte, wenn Julia zum Erstgespräch käme, damit einige organisatorische Fragen geklärt werden könnten. Ich entschied mich dazu, weil ich wusste, dass es bereits Gespräche mit der Familie gegeben hatte und dass es mir vorrangig um die Klärung der Frage gehen würde, ob ich mit Julia und ob Julia mit mir arbeiten würde können. Überdies wollte ich zu einer ersten, klareren Vorstellung darüber kommen, worum es in der Therapie mit Julia gehen würde.

b) Das erste Gespräch

Zum Erstgespräch kam Julia in Begleitung ihrer Mutter, die mit mir einige organisatorische Fragen besprach. Das weitere Gespräch führte ich dann mit Julia alleine.

Julia trat mir als ein schlankes, etwas älter wirkendes vierzehnjähriges Mädchen entgegen. Sie schien etwas verunsichert und leicht verletzbar zu sein. Sie erzählte von Konflikten mit ihren beiden jüngeren Geschwistern, weinte die gesamte Stunde hindurch und äußerte gegen Ende, dass sie immer wieder über Selbstmord nachdachte. Diese Selbstmordgedanken waren begleitet von Phantasien darüber, wie traurig dann alle wären und wie sehr alle anderen dann merken würden, was sie an ihr gehabt hatten.

Schon nach der ersten Stunde entstand in mir der Eindruck, dass es hier nicht um Krisenintervention, sondern um eine längerfristige Therapie gehen würde. Dafür sprach Folgendes:

1. Julia erwähnte im Gespräch weder den tödlichen Unfall der Jugendlichen aus ihrem Bekanntenkreis noch den Tod der Tante. Als ich ihr sage, dass ich von Letzterem gehört hatte, sagte sie, dass sie die Tante gerne gemocht, aber keinen intensiven Kontakt zu ihr hatte, da diese in einem anderen Bundesland lebte. Sie zeigte sich von dem Ereignis eher unbeeindruckt. In mir gab es dazu zwei Überlegungen: Ich fragte mich zum Einen, ob Gefühle wie Angst, Aggression etc., die mit den vermeintlichen Traumata in Zusammenhang standen, abgewehrt werden mussten. Zum Zweiten aber entstand der weit stärkere Eindruck, dass Hinweise auf die Todesfälle als äußere Aufhänger notwendig waren, damit es für Julia möglich wurde, Traurigkeit zu zeigen, ernst genommen zu werden und Hilfe zu bekommen.
2. Gründe, traurig zu sein, hatte Julia viele. Sie fühlte sich ständig von allen missverstanden; hatte den Eindruck, dass ihr die Eltern zu viel Verantwortung für die jüngeren Geschwister übertrugen und die nicht verstanden, dass sie Zeit für sich benötigte; und verstand sich nicht mit ihren jüngeren Schwestern, die sich nicht an ihre Anweisungen hielten.
3. Julia schien in einem fort ängstlich bemüht zu sein, den Erwartungen anderer zu entsprechen, insbesondere denen ihrer Mutter. Sie erzählte, dass sie z. B. das Zimmer der jüngsten Schwester manchmal zusammenräumt, damit sich die Mutter nicht über das Chaos aufregen muss.
4. Es fiel mir schwer, mit Julia in Kontakt zu kommen. Sie saß bei mir, sprach und weinte, nahm mich und meine Bemerkungen aber nur wenig wahr. Umgekehrt schien es ihr aber wichtig zu sein, wahrgenommen zu werden. In diesem Sinn verstand ich ihre oben erwähnte Suizidphantasie, mit der sie auch meine Aufmerksamkeit band, sowie das »Symptom« des ständigen Weinens: Niemand kann wegsehen, wenn ein Mädchen in einem fort weint.
5. Bemerkungen wie »Ich war immer sehr vernünftig« ließen mich vermuten, dass Julias Probleme schon seit der Kindheit existierten und nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Tod der Tante standen.

In mir war das Bild eines sehr einsamen Mädchens entstanden.

c) Die weiteren Erstgespräche mit Julia

Auch die darauf folgenden beiden Gespräche gestalteten sich ähnlich. Julia weinte die ganze Stunde über und sprach hauptsächlich über ihre Schwierigkeiten, sich von den Geschwistern abzugrenzen; von ihrem Überfordertsein, wenn sie auf die beiden aufpassen soll; sowie von ihre Bemühungen, es allen recht machen zu wollen. Julia selbst meinte im dritten Gespräch, dass sie lange und kontinuierlich kommen wolle. Sie meinte: »Das wird lange dauern.«

Ihre Einschätzung deckte sich mit meiner. Ich hatte nach den ersten drei Gesprächen den Gedanken an Krisenintervention zusehends stärker verworfen und war zu dem Schluss gekommen, dass Julia eine langfristige Therapie benötigte.

Als Therapieziele formulierten Julia und ich zunächst die Entwicklung des Wunsches, besser Nein sagen zu können, besser auf sich schauen zu können und weniger stark bemüht zu sein, es allen recht zu machen.

Im dritten Gespräch sprachen Julia und ich auch über das bevorstehende Elterngespräch, bei dem Julia gern dabei sein wollte.

d) Das Elterngespräch

Die Mutter war am Telefon damit einverstanden, dass wir ein gemeinsames Gespräch mit Julia führen würden. Die Terminvereinbarung gestaltete sich jedoch wegen der be-

rufflichen Verpflichtungen des Vaters sehr kompliziert. Am Tag des Gesprächs erhielt ich überdies einen Anruf der Mutter, die mich fragte, ob es was ausmache, dass Julia nun doch nicht zum Gespräch mitkommen wollte.

Aus der Sicht der Eltern schien die Verbesserung der Schulleistungen das einzige Therapieziel darzustellen. Die elterliche Botschaft an mich lautete etwa folgendermaßen: »Machen sie möglichst schnell, dass aus Julia wiederum die gute Schülerin wird, die sie bis zur 2. Klasse im Gymnasium war!« Den Leistungsabfall brachten die Eltern nun vor allem mit dem Tod der Tante in Verbindung, da die Tante etwa in jener Zeit verstorben war, in der Julias Schulleistungen begonnen hatten, schlechter zu werden. Die Eltern wollten das angenehme, unproblematische Kind wieder, das sie aus ihrer Sicht einst hatten. Darin waren sie sich auch einig, während sie in allen anderen Fragen uneins schienen. Allem Anschein nach kämpften die Eltern mit massiven Eheproblemen.

Nach dem Elterngespräch fühlte ich mich ziemlich hilflos und auf verlorenem Posten. Ich verspürte starke Zweifel darüber, ob es Sinn machte, mit Julia eine Therapie zu beginnen: Zum einen fürchtete ich einen Boykott der Therapie seitens der Eltern, da klar war, dass ihre Therapieziele nicht erfüllt würden. Und zum andern fürchtete ich, dass sich Julia in dieser Familie nicht ändern dürfte und durch die Therapie in heftige Loyalitätskonflikte komme könnte.

Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und die erdrückenden Erwartungen, die ich seitens der Eltern wahrnahm, schienen allerdings auch darauf aufmerksam zu machen, unter welch schwierigen Bedingungen Julia aufwachsen musste.

Dies bestärkte mich in der Auffassung, dass es sich bei Julia um ein überangepasstes Mädchen handelte, das ständig bemüht war, elterlichen Über-Ich- und Ich-Ideal-Ansprüchen gerecht zu werden. Die daraus erwachsenen Bemühungen um Anpassung dürften auf Kosten der Entwicklung der Fähigkeit gegangen sein, eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu verfolgen. Zugleich schienen in Julia starke Gefühle der Einsamkeit entstanden zu sein, da sie ihre fordernden Eltern als wenig hilfreich in der Auseinandersetzung mit Gefühlen erlebte.

All dies ließ mich vermuten, dass Julia bereits vor dem Tod der Tante und vor dem tödlichen Unfall ihrer Bekannten gedrängt gewesen war, eine neurotische Entwicklung einzuschlagen.

Die beiden Todesfälle, von denen die Eltern zunächst sprachen, fielen dann in die Zeit der beginnenden Pubertät und somit in eine Lebensphase, in der ein geschwächtes Ich starken Triebforderungen gegenübersteht. In Julias Fall dürften diese Triebforderungen auf ein Ich gestoßen sein, das seit seiner Kindheit damit überfordert gewesen sein dürfte, zwischen von außen kommenden Forderungen, verinnerlichten Ansprüchen und vitalen Wünschen zu vermitteln. Wäre Julias Beziehung zur Tante enger und verlässlicher gewesen, als Julia im Erstgespräch glauben machte, so könnte diese Beziehung im Sinne der Ausführungen von Laufer (1994, S. 246) zunächst eine Art Hilfs-Ich-Funktion erfüllt haben, die es der Jugendlichen erlaubte, ein gewisses Gefühl von Konstanz und Berechenbarkeit zu empfinden. In diesem Sinn könnte ihr die Beziehung

zur Tante geholfen haben, die Zuversicht zu verspüren, Julia könnte auch mit der »aus den Entwicklungsschwierigkeiten herrührenden Angst fertig ... werden«. Als Julias Tante starb, könnte dies zu einer Schwächung all dieser Gefühle geführt und überdies Julias unbewusste Befürchtung bestätigt haben, dass sich Julia letztlich von niemandem Sicherheit und Hilfe erhoffen kann. Dies könnte – eventuell in Verbindung mit dem Tod der Bekannten – mit dazu beigetragen haben, dass sich in Julia Gefühle der Verunsicherung, der Einsamkeit und der Verzweiflung breit gemacht haben; und es wäre nicht verwunderlich, wenn Julia in dieser Situation wenig Energie und Interesse dafür aufbringen hätte können, das Niveau ihrer schulischen Leistungen zu halten. – Nach den ersten Kontakten mit Julia und ihren Eltern konnte ich mir aber auch vorstellen, dass Julias Einbruch zu Beginn der Pubertät auch dann eingetreten wäre, wenn ihre Tante und die Jugendliche aus ihrem Freundeskreis noch lebten.

5.2 Der weitere Therapieverlauf

Auf Grund der Eindrücke, die ich in den ersten Gesprächen gewonnen und die mir auch Julia vermittelt hatte, schien mir für Julia eine längerfristige Therapie sinnvoll zu sein. Die Eltern erklärten sich damit einverstanden und trotz meiner schon genannten Zweifel begann ich die Therapie mit Julia.

Ich vereinbarte mit Julia, dass sie einmal pro Woche kommen werde. Weiters teilte ich ihr mit, was ich mit den Eltern bereits im Elterngespräch besprochen hatte: dass es von meiner Seite her keinen Kontakt zu den Eltern geben und dass ich Julia darüber informieren würde, wenn ihre Eltern mich in welcher Form auch immer kontaktieren würden. (So sehr ich sah, dass es auch einiger Elternarbeit bedurft, war mir klar, dass ich als Therapeutin – anders als bei Kindertherapien – diese Arbeit nicht übernehmen konnte.)

Ich sprach mit Julia darüber, dass den Eltern Julias schulischen Leistungen sehr wichtig wären und dass sich Julias Eltern von der Therapie bessere Leistungen erhoffen. Ich teilte ihr mit, dass sie Einfluss darauf hätte, ob die Eltern die Therapie unterstützen, indem sie auf ihre Schulleistungen achtet. Das war das erste und letzte Mal, dass ich mit Julia über ihre Schulleistungen sprach. Sie hat dieses Thema von sich aus nie mehr eingebracht und ich bekam den Eindruck, dass sie tatsächlich auf die Therapie Acht gab.

a) Anmerkungen zu Julias erstem Therapiejahr

Nach den ersten Stunden hörte Julia auf zu weinen, sie wurde wortkarger und in den Stunden oft sehr angespannt. Es war so, als wären offene Schleusen wieder geschlossen geworden. Sie beantwortete zwar Fragen, die ich stellte, doch war dies keine Hilfe für sie. Ich erkläre ihr, warum ich wenig fragte und es Sinn machte, das Schweigen gemeinsam auszuhalten und zu sehen, was von ihr kommt. Dies führte dazu, dass es in den Stunden immer wieder zu Schweigephasen kam. Ich war bemüht, mit Julia vor allem über die Situationen in der Stunde und über ihre Beziehung zu mir zu sprechen. Julias Auffassung von Beziehung war es, den Erwartungen anderer zu entsprechen.

Julia war oft verzweifelt, weil ihr alles zu viel zu werden drohte: Ihr Alltag war straff organisiert und gefüllt von diversen Aktivitäten. Sie machte das alles, weil sie sich wünschte, dass ihre Eltern stolz auf sie waren, damit dann auch sie auf sich selbst stolz sein konnte.

Dass sie auf diese Weise wenig von sich herzeigte und andere kaum etwas von ihrer inneren Welt erfuhren, gab ihr ein gutes Gefühl und machte sie stolz. Aus diesem Grund waren die Stunden mit Julia für mich sehr anstrengend, obwohl sie mir – für ihre Verhältnisse – viel von sich zeigte und mir sogar Einblick in ihre sadomasochistischen Phantasien gewährte.

Die Angst, die in ihr durch die Zunahme an Nähe zu mir entstand, versuchte sie zu reduzieren, indem sie immer wieder Stunden absagte. Sie machte mich mit ihrem Wegbleiben im Gegensatz zu anderen Patienten jedoch kaum wütend, da ich ihr Ringen um die Aufrechterhaltung der Therapie bemerkte und sie dafür bewunderte, dass sie die Therapie überhaupt auf sich nahm. Dazu kam, dass ich nie das Gefühl hatte, Julia würde die Therapie abbrechen, sondern bald zur Auffassung gelangte, sie würde die Therapie mit Hilfe ihres gelegentlichen Wegbleibens auch schützen. Julia schien nämlich bald eine Vielzahl von Gefühlen zu empfinden, die es ihr schwer machten, sich auf die Therapie einzulassen, und das Fernbleiben von den Stunden stellte für Julia zunächst die einzige Möglichkeit dar, sich vor einem Überhandnehmen dieser Gefühle zu schützen. Dazu zählte neben Wut, die in der Übertragungsbeziehung zunehmend spürbar wurde (und über Fernbleiben agierend zum Ausdruck kam), die Angst, bei zunehmender Nähe verletzt zu werden, sowie der Druck, ich würde von ihr ähnlich viel fordern wie ihre Eltern und ihr sehr hohe Erwartungen entgegenbringen, denen sie zu entsprechen hätte.

Die therapeutische Beziehung ins Zentrum unserer Arbeit zu rücken, sah ich als einzige Chance, für Julia hilfreich zu werden. Dies verlangte uns beiden viel ab und bedeutete, enorme Spannungen aushalten zu müssen. Immer wieder stelle ich mir die Frage, ob ein sinnvolles therapeutisches Arbeiten in unserem Setting einmal pro Woche möglich wäre; denn für Julia war es fremd, mit irgendjemandem über Beziehung zu sprechen. Sich darüber auszutauschen, was in ihr oder im anderen vorgeht, schien für Julia etwas völlig Neues zu sein. In der Familie, so erzählte Julia, wurde ausschließlich über organisatorische Abläufe gesprochen, und niemand sprach davon, wie es ihm ging. Dabei sehnte sich Julia nach engerem Kontakt und in ihrer Phantasie existierte Nähe durchaus.

Als ich wieder einmal ihre Spannung in der Stunde ansprach, sagte sie, dass sie sich die ganze Woche über auf unsere Stunde freute, kurz davor dann aber angespannt würde und dann gar nicht mehr kommen wollte. Es war dies kurz vor der ersten Sommerpause, und ich begann mir zunehmend Sorgen um sie zu machen, da diese Spannung in ihr zusehends stieg. Die Wut in ihr (auch die über unsere bevorstehende Trennung) war nicht verbalisierbar. Sie fühlte sich von ihrer Wut gelähmt, konnte nicht aussprechen, was sie ärgerte, und wartete darauf, dass diese Zustände irgendwie vorbeigingen. Immer öfter dachte sie wiederum über Suizid nach.

b) Anmerkungen zu Julias zweitem Therapiejahr

Ich bin in den Stunden nach wie vor bemüht, in Worte zu fassen, was im Moment innerhalb der therapeutischen Beziehung zu mir spürbar und erlebbar wird. Dies trägt dazu bei, dass während des zweiten Therapiejahres die Spannungen in Julia etwas geringer werden. Obgleich es ihr nach wie vor sehr viel abverlangt, beginnt sie langsam über ihre Gefühle und Phantasien zu sprechen, die mich und die Therapie betreffen. Sie bringt auch sprachlich zum Ausdruck, was das Wegbleiben von den Stunden für sie bedeute: Während sie sich in den Stunden oft ängstlich, angespannt und wütend fühle, helfe ihr das Wegbleiben, ein idealisiertes Bild von sich und mir wiederherzustellen. Überdies helfe ihr das Wegbleiben, Kontrolle über die Beziehung zu mir zu behalten. Selbst über Kommen und Nichtkommen zu entscheiden, gibt ihr ein Gefühl von Unabhängigkeit, das es ihr ermöglicht, Schmerz und Wut über die Trennung nicht zu spüren. Die Arbeit zielt darauf ab, dass diese Gefühle besprechbar und in den Stunden aushaltbar werden und dass Julia zusehends darauf verzichten kann, sie zu agieren. Wie Julia bereits zu Beginn festgestellt hat, wird es lange dauern, bis dieser Weg zurückgelegt sein wird, aber erste Schritte zu setzen war bisher möglich.

6 Plädoyer für die Annahme einer fünften diagnostischen Kategorie

6.1 Welcher diagnostischen Kategorie ist Julia zuzuordnen?

Die Informationen und Eindrücke, die Julias Therapeutin bislang erhalten hat, erlauben es nun, differenzierter zu diskutieren, welcher diagnostischen Kategorie Julia zu Beginn der Therapie zuzuordnen war. Dazu möchten wir drei Bemerkungen machen:

a) Julias große Schwierigkeiten, sich mit anderen über Innerpsychisches auszutauschen, und ihre geringen Fähigkeiten, Affekte zu mentalisieren und zu regulieren, deuten darauf hin, dass Julias problematische Entwicklung nicht erst vor Therapiebeginn eingesetzt hat. Julias Entwicklung hatte vielmehr schon in frühesten Jahren zumindest problematische bzw. pathologische Verläufe genommen, wofür biographische Details, die hier nicht berichtet wurden, ebenso sprechen wie das Bild, das die Therapeutin von Julias Beziehungen zu ihren Eltern erhalten hat.

b) Dies könnte die diagnostische Vermutung stützen, die im Vorfeld der Therapie entstanden war: Julia hatte bereits pathologische Persönlichkeitsstrukturen ausgebildet, als sie dann zu Beginn der Pubertät die traumatische Erfahrung machen musste, ihre Tante sowie eine weitere Bekannte aus dem Freundeskreis zu verlieren. Dazu kam, dass sie mit dieser traumatischen Erfahrung auf sich alleine gestellt bleiben musste, da sie innerhalb ihrer Familie kaum Unterstützung fand und professionelle Hilfe erst 18 Monate später eingeleitet wurden. Hält man sich die diagnostischen Kategorien vor Augen, die im 4. Kapitel vorgestellt wurden, so liegt es nahe, Julia der Kategorie D) zuzuordnen:

D) Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, nun (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten.

c) Während der therapeutischen Arbeit entstand jedoch zusehends der Eindruck, dass Julia diese beiden Todesfälle gar nicht in traumatischer Weise erlebt hatte. Dass vor allem im Zuge der ersten therapeutischen Kontaktaufnahmen von Julias Eltern das Bild vermittelt wurde, Julia wäre 18 Monate zuvor mit einem zweifachen traumatischen Erlebnis konfrontiert gewesen, schien damit zusammenzuhängen, dass Julia und ihre Eltern bemerkt hatten, wie problematisch Julias Entwicklung in letzter Zeit verlief. Sich dies zuvor schon einzugestehen hätte aber Gefühle der Schuld und des Versagthabens nach sich gezogen, weshalb die Familie dazu tendierte, Julias Zustand jahrelang zu leugnen und nicht im Entferntesten daran zu denken, professionelle Hilfe anzubahnen.

Als nun beide Todesfälle eintraten und sich Julias Zustand bald darauf drastisch verschlechterte, stellten Julias Eltern Verbindungen zwischen diesen Geschehnissen im Wissen darum her, dass traumatisch empfundene Todeserlebnisse immer wieder problematische Folgen nach sich ziehen, für welche die Betroffenen in moralischer Hinsicht nicht verantwortlich gemacht werden können. Damit hatte die Familie in unbewusster Weise Zusammenhänge konstruiert, die es ihr ermöglichten, Julia als Opfer von Unglücksfällen zu begreifen, die außerhalb der Familie angesiedelt waren, und professionelle Hilfe zu suchen, ohne die bewusste Annahme treffen zu müssen, dass familieninterne Prozesse am Zustandekommen von Julias besorgniserregendem Zustand mitbeteiligt sein könnten.

6.2 Eine fünfte diagnostische Kategorie E)

Problemkonstellationen der eben beschriebenen Art können mit Hilfe der vier diagnostischen Kategorien, die wir im 4. Kapitel skizzierten, nicht erfasst werden. Deshalb plädieren wir dafür, Kinder und Jugendliche, die ähnlich wie in Julias Fall in bloß vermeintlicher Weise mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert waren, einer fünften diagnostischen Kategorie E) zuzuordnen. Diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen möchten wir in folgender Weise charakterisieren:

E) Kinder und Jugendliche, die sich in besorgniserregender Weise entwickeln und denen in weiterer Folge traumatische Erfahrungen zugeschrieben werden, damit es für die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen möglich wird, unter primärem Verweis auf die scheinbar bereits eingetretenen oder auch drohenden Folgen dieser vermeintlichen traumatischen Erfahrungen psychotherapeutische Hilfe anzubahnen oder anzunehmen.

Weitere Diskussionen werden zeigen, ob die diagnostischen Kategorien, die wir hier umrissen haben, weiterer Differenzierungen sowie Ausweitungen bedürfen und ob sich die Verwendung dieser Kategorien auch in der Arbeit mit erwachsenen Patientinnen und Patienten als hilfreich erweisen kann.

Literatur

Bogyi, G. (1987): Individualpsychologische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit extremen Schock- und Todeserlebnissen. In: Z. f. Individualpsychol. 12: 292–301.

- Bogyi, G. (1999): Wenn Kinder mit Todeserlebnissen konfrontiert sind. Grundzüge einer begleitenden Arbeit mit Eltern. In: Datler, W.; Figdor, H.; Gstach, J. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 126–142.
- Bogyi, G. (2003): Therapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen in aktuellen Belastungssituationen. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Wie arbeiten Individualpsychologen heute? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: S. 22–42.
- Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In: Psyche 54: 797–838.
- Datler, W. (1995): Apperzeption, tendenziöse. In: Brunner, R.; Titze, M. (Hg.): Wörterbuch der Individualpsychologie (2., neubearbeitete Auflage). München: Reinhardt, S. 37–39.
- Datler, W. (2001): Zeit, Struktur und Lebensalter: Über Prozesse der Bildung basaler psychischer Strukturen und die heilpädagogische Arbeit mit »verhaltensauffälligen« Jugendlichen. In: Hofmann, Ch.; Brachet, I.; Moser, V.; Stechow, E. (Hg.): Zeit und Eigenzeit als Dimensionen der Sonderpädagogik. Luzern: Edition SHZ der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik, S. 157–166.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (2006): Psychotraumatologie und Psychoanalyse – Zu Jochen Lellaus Beitrag »Zum Problem des Traumbegriffs in der Psychoanalyse«. In: Forum der Psychoanalyse 22:103–106.
- Landis, A. E. (2002): Die ICD-10 und die Frage nach den natürlichen Krankheitseinheiten bei psychischen Erkrankungen. In: Psyche – Z Psychoanal 56: 630–656.
- Laufer, M.; Laufer, M. E. (1994): Adoleszenz und Entwicklungskrisen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lellau, J. (2005): Zum Problem des Traumbegriffs in der Psychoanalyse. In: Forum der Psychoanalyse 21:143–155.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F. (2001) (Hg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003): DSM-IV-TR: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (Deutsche Bearbeitung). Hogrefe: Verlag für Psychologie.
- Sonneck, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Korrespondenzadresse: Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, Institut für Bildungswissenschaft, Universitätsstr. 7, A-1010 Wien; E-Mail: wilfried.datler@univie.ac.at