

5 Falldarstellungen aus der Therapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

5.1 Tickende Bombe

5.1.1 Vorstellungsgrund und Problematik

Die 16-jährige Sophie kommt auf Empfehlung des behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters sowie in Begleitung eines Betreuers ihrer Wohngruppe in die Psychotherapie. Von Seiten des Betreuers wird berichtet, dass Sophie aktuell für eine Woche der Schule verwiesen sei, da sie im Rahmen einer Konfliktsituation damit gedroht habe, „jemanden oder sich selbst etwas anzutun“. Insgesamt sei Sophie meist gereizt und tendiere bei Gefühlen der „Benachteiligung oder Zurücksetzung“ zu impulsiven Ausbrüchen, Selbstverletzungen oder auch Essattacken (große Mengen Süßigkeiten). Zudem ziehe sie sich zunehmend zurück und verbringe ihre Zeit alleine in ihrem Zimmer. Sie selbst berichtet, dass sie sich in der letzten Zeit „meist leer und traurig“, aber auch wie eine „tickende Bombe“ fühle, die drohe „zu explodieren“. Sie sei ausschließlich zufrieden, wenn sie alleine an ihrem Zeichenbrett sitze (intensive kreative Beschäftigung). Von ihrer Mutter fühle sich Sophie stark abgelehnt, abgeschoben sowie unerwünscht; ihre „ständigen Lügen“ könne sie einfach nicht mehr ertragen, was an den Besuchswochenenden meist zu heftigen Konflikten führe. Aktuell mache sich Sophie zudem große Sorgen um ihre kleine Schwester, die noch bei der Mutter lebe und ihre „einzige Vertraute“ sei. So beschäftige sich die Schwester seit ca. ½ Jahr damit, ebenso wie die Patientin eine „Lesbe“ zu sein, obwohl sie „ja noch gar keine Ahnung davon habe“. Auch bezüglich ihrer älteren Schwester habe Sophie das Gefühl, diese schützen zu müssen, da sie nach ihrem „Outing“ (Homosexualität) vor einem Jahr von der Mutter geschlagen worden sei.

5.1.2 Psychopathologischer Untersuchungsbefund

In der Anamnese findet sich eine umschriebene Entwicklungsstörung, aufgrund derer logopädische und ergotherapeutische Behandlung erfolgte. Sophie habe bereits eine ambulante Psychotherapie (Kinderschutzbund) gemacht und sei wieder-

holt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt geworden. Sie werde aktuell mit Fluoxetin behandelt.

Bei der Patientin handelt es sich um ein körperlich altersgerecht entwickeltes, eher maskulin wirkendes und sehr adipöses Mädchen, das im Rahmen des Erstgesprächs einen sehr aufgebrachten, latent aggressiven und unruhigen Eindruck vermittelt. Insgesamt zeigen sich deutlich ihre mangelnde Impulskontrolle, ihre Tendenz zur projektiven Abwehr bzw. zur feindseligen Attribuierung. Ihre affektive Lage ist zum depressiven Pol verschoben, teils dysphorisch gestimmt. Der Antrieb ist herabgesetzt. Selbstverletzendes Verhalten sowie Essattacken bei massiver innerer Anspannung sowie in Konfliktsituationen werden deutlich. Hinweise auf mnestiche Störungen, psychotisches Erleben oder Zwangsphänomene gibt es nicht. Die Konzentration und Aufmerksamkeit zeigen sich beeinträchtigt. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus werden glaubhaft verneint. Sophie äußert sich offen bezüglich ihrer zeitweise auftretenden Selbstmordgedanken, kann sich allerdings von akuten suizidalen Tendenzen glaubhaft distanzieren. In der Gegenübertragung empfindet die Therapeutin einerseits deutliches Mitgefühl in Anbetracht der offensichtlichen Verzweiflung und Bedürftigkeit der Patientin, im weiteren Verlauf stellt sich zunehmend aber auch das Bedürfnis ein, eigene Grenzen zu wahren. Auch fühlt sich die Therapeutin bezüglich ihrer schweren emotionalen Zugänglichkeit sehr angestrengt. Sie spürt auch Vorsicht aufgrund der Tendenz von Sophie zu Entwertungen und Anklagen ihres Gegenübers.

Dominierende Abwehrmechanismen sind Spaltung, Verdrängung, Affektisolation, Regression, Verschiebung sowie Wendung gegen das Selbst bzw. den eigenen Körper.

5.1.3 Anamnese und Biografie

Sophie sei als viertes von insgesamt sechs Kindern bei den leiblichen Eltern in einer angespannten Familienatmosphäre aufgewachsen. Vor einigen Jahren sei die Trennung der aus der Türkei stammenden Eltern erfolgt und Sophie sei gemeinsam mit ihren Geschwistern bei der alleinerziehenden Mutter verblieben. Die Mutter (+ 32 Jahre, ohne Ausbil-

dung) wird von Sophie als sehr kühl, stets überfordert und überaus ängstlich beschrieben. So habe Sophie „nie etwas alleine machen dürfen“, da die Mutter befürchtet habe, ihr könne etwas zustoßen. Insgesamt habe sie sich im Kontakt zur Mutter nie als „erwünscht“ empfunden, was die Mutter allerdings nicht zugeben wolle. Vonseiten des Betreuers wird berichtet, dass die Mutter immer wieder versuche, die Gespräche in der Jugendhilfeeinrichtung zu verschieben und die Besuchskontakte auf ein Minimum zu reduzieren. Zudem plane sie aktuell, aufgrund ihrer Überforderung mit ihrer Erziehungsaufgabe, auch den jüngeren Bruder (dieser leide an ADHS) in einer Jugendhilfeeinrichtung unterzubringen. Die Mutter befinde sich bereits seit mehreren Jahren in psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Zu ihrem Vater (+36 Jahre, ebenfalls ohne Ausbildung) stehe Sophie grundsätzlich in einem besseren Kontakt, doch sei dieser aufgrund seiner beruflichen Belastung (Schichtdienst, Pizzalieferant in den Abendstunden) auch sehr begrenzt. Aufgrund der eskalierenden Konflikte zwischen Sophies Schwester und der Mutter habe er nun seine älteste Tochter bei sich aufgenommen. Nach der Trennung der Eltern habe der Kindsvater die Kinder jeden Sonntagnachmittag besucht. Besonders zu ihren Schwestern stehe Sophie in einer engen Beziehung, die von großen Verantwortungsgefühlen ihrerseits geprägt sei. Die älteste Schwester habe sich ca. vor einem Jahr offiziell „geoutet“, was innerhalb der Familie für Konfliktpotenzial gesorgt habe.

Die Schwangerschaft und Geburt mit Sophie seien regelrecht verlaufen. Der Vater habe sich jedoch, im Gegensatz zu seiner Frau, zunächst klar gegen ein weiteres Kind ausgesprochen. Bereits im Verlauf der ersten Lebensjahre seien bei Sophie deutliche Entwicklungsverzögerungen sowohl im sprachlichen als auch im motorischen Bereich aufgefallen. Deshalb sei sie im Rahmen der Frühförderung logopädisch sowie ergotherapeutisch behandelt worden.

Im Alter von drei Jahren sei Sophie in den Kindergarten gekommen, doch sei es ihr auch aufgrund ihrer sprachlichen Defizite schwergefallen, sich in die Gruppe zu integrieren. Insgesamt habe sie häufig ihr Spiel gewechselt und habe im Kontakt zu Gleichaltrigen sehr aggressiv und grenzüberschreitend reagiert. Im Verlauf der Grundschule seien schließlich die massiven Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite auffällig geworden. Innerhalb der Klassengemeinschaft habe Sophie eine Außenseiterrolle eingenommen und

habe auch im außerschulischen Bereich nur begrenzt über soziale Kontakte verfügt. Aufgrund ihrer Leistungsprobleme sowie ihrer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme besuche Sophie aktuell eine Förderschule. Auch im schulischen Alltag ziehe sie sich verstärkt zurück, fühle sich häufig abgelehnt oder benachteiligt, was bereits wiederholt in impulsiven Ausbrüchen geendet sei.

Seit drei Jahren sei Sophie in einer Intensivwohngruppe der Jugendhilfe untergebracht, in der sie sich grundsätzlich wohlfühle. An den Wochenenden besuche sie regelmäßig ihre Mutter, doch komme es im Rahmen dessen immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen. Sophie bezeichnet sich selbst sehr nüchtern wirkend als „Lesbe“, diesbezügliche Erfahrungen oder auch gegengeschlechtliche sexuelle Erfahrungen habe sie noch keine gesammelt. Über engere soziale Kontakte oder Freunde verfüge sie nicht, lediglich ihre jüngere Schwester bezeichnet sie als „Vertraute“. In ihrer Freizeit beschäftige sie sich am liebsten mit Zeichnen und ziehe sich dafür an ihren Zeichentisch zurück.

5.1.4 Psychodynamische Hintergründe

Sophie wuchs in einer von der massiven Überforderung der Mutter sowie der Abwesenheit des Vaters geprägten Familienatmosphäre auf, in der sie als eines von sechs Kindern ein völlig unzureichendes Maß an liebevoller und empathischer Zuwendung erfuhr. Die psychisch kranke Mutter scheint bereits früh unter Ängsten gelitten zu haben, was bei sonst eher kühler und distanzierter Haltung überbehütende Tendenzen schürte und eine empathische Spiegelung der Bedürfnisse Sophies unmöglich werden ließ. So erlebte die Patientin das mütterliche Objekt einerseits als ablehnend kühl, andererseits als einschränkend und ihre Autonomie beschneidend, was die Entwicklung einer höchst ambivalenten Bindung begünstigte. Insgesamt war es Sophie vor diesem Hintergrund nicht möglich, gute und haltgebende innere Objektrepräsentanzen aufzubauen. Bei permanenter Frustration ihrer primären Bedürfnisse sowie Beschneidung ihrer autonomen Strebungen entstand eine massive narzisstische Kränkungs- und die sie zunehmend gegen das eigene Selbst und die negativen Introjekte zu richten begann. Ihr bereits frühkindlich gezeigtes hypermotorisches Verhalten kann in diesem Zusammenhang als ein

Ausdruck bzw. als Abwehr der aufgestauten Trennungsaggressionen und aversiven Impulse gedeutet werden. Insgesamt zog sie sich bereits im Kindergartenalter von der Objektwelt in ihre Eigenwelt zurück, was sich in fehlenden sozialen Kontakten und aggressiven Impulsdurchbrüchen manifestierte. Auch heute erlebt sie den Rückzug aus der Objektwelt (Fantasiewelt/Zeichnen) neben der Wendung gegen das Selbst (Selbstverletzungen) als einzige Möglichkeit, die massiven Gefühle von Frustration und Kränkung zu regulieren.

In Bezug auf den Vater scheint eine ausgeprägte Idealisierung vorzuliegen, die es der Patientin aktuell ermöglicht, sich den zumindest teilweisen Objekterhalt zu sichern. Die Triangulierung konnte jedoch einerseits vor dem Hintergrund der beruflich bedingten Abwesenheit des Vaters, andererseits der stark bindenden Haltung der Mutter nicht vollständig vollzogen werden. In Bezug auf die eigene Unterbringung in der Wohngruppe, im Gegensatz zu der Aufnahme der Schwester von Seiten des Vaters, lassen sich massive narzisstische Kränkungsgefühle vermuten. Diese scheint Sophie über eine Verkehrung ins Gegenteil (Bedürfnis nach Schutz der älteren Schwester) sowie die Identifikation mit dieser (Homosexualität) abzuwehren. Hinter dieser wie selbstverständlich geäußerten homosexuellen Orientierung der Patientin, die jeglicher Erfahrung entbehrt, steht vermutlich auch eine Muttersehnsucht, nämlich die zu ihr quasi nicht bestehende Objektbeziehung durch eine Identifizierung mit der Mutter zu ersetzen. Die depressive Symptomatik wie auch ihre Essattacken sind als symbolischer Ausdruck ihrer drängenden oral-kaptativen Bedürfnisse zu verstehen, die sie weder bewusst wahrzunehmen noch auszudrücken vermag; also als eine Verarbeitung im regressiven Modus, über die es ihr gelingt, die Konfliktpanne zwischen Autonomie und Abhängigkeit zu regulieren.

5.1.5 Diagnostische und differenzialdiagnostische Überlegungen

F32.1 G mittelgradige depressive Episode; F50.4 G Essattacken bei anderorts klassifizierten psychischen Störungen; F63.8 G sonstige Störungen der Impulskontrolle; F90.0 G einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Neurosenstruktur mit schizoiden Anteilen

Insgesamt steht der Verdacht F60.31 emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ) im Raum, den es im Verlauf der Therapie dringend zu prüfen gilt.

Intrapsychischer Konflikt nach OPD-KJ: Identitätskonflikt aktiver Modus und Nähe versus Distanz aktiver Modus

5.1.6 Zielanalyse und Therapieplanung

Ziel der Behandlung wird es insgesamt sein, Sophie einen differenzierteren Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu vermitteln. In Anbetracht ihrer Struktur wird es zunächst jedoch darum gehen, überhaupt eine vertrauensvolle und belastbare therapeutische Arbeitsbeziehung zu etablieren, in der sie sich sicher und gehalten erleben kann. Es soll ihr somit möglich werden, sich schrittweise zu öffnen und bei empathischer Spiegelung eigene Bedürfnisse und Gefühle zu erspüren. Insgesamt wird es notwendig sein, den Aufbau innerer Objekt- und Selbstrepräsentanzen zu fördern, die eine Containerfunktion besitzen. Im Setting wird die Therapeutin sich hierzu als stützendes Objekt anbieten, das zeitweilig eine Containerfunktion übernimmt, damit Sophie wieder einen Zugang zu sich selbst finden kann. Sie soll die Erfahrung sammeln können, in der Therapie Zuwendung, Raum und Wertschätzung zu finden sowie ihre Gefühle offenbaren zu können, ohne den Objekterhalt fürchten zu müssen. Sophie wird lernen, sowohl aggressive als auch rezeptive Impulse als sinnvoll und notwendig anzunehmen und angemessene Ausdrucksformen zu finden. Gleichzeitig wird sie darin gefördert werden, sich in ihrer eigenen Bedürftigkeit, ihren Schwächen aber auch mit den durchaus vorhandenen Stärken an- bzw. wahrzunehmen. Es gilt zudem, eine stärkere libidinöse Besetzung der Objektwelt voranzutreiben, um den Aufbau eines altersentsprechenden sozialen Lebens zu erzielen. Somit soll auch ein alternativer Erfahrungsraum für das Erleben von Selbstwirksamkeit geschaffen werden. Insgesamt wird ein supportiver und ressourcenorientierter Interventionsstil verfolgt, sodass Sophie die Möglichkeit erhält, einen Zugang zu ihren vitalen Anteilen zu finden und ihre Fähigkeit zur selbstständigen Emotionsregulation zu verbessern. Es gilt, ihre autonomen Fähigkeiten zu fördern und ihr zu einer stärkeren bzw. selbstfürsorglichen Abgrenzung von der Mutter zu verhelfen. Im weiteren Verlauf wird

es notwendig sein, die aus der Beziehung zu den Primärobjekten stammenden Wut- und Kränkungsgefühle, die z. B. vor dem Hintergrund der Versagung ihrer Autonomieentwicklung, aber auch ihrer Unterbringung entstanden, zugänglich zu machen und konfliktzentriert zu bearbeiten.

Im Rahmen der Bezugspersonenstunden gilt es, den Eltern sowie den Betreuern der Patientin ein grundlegendes Verständnis der psychodynamischen Hintergründe zu vermitteln. Zudem soll eine Haltung gefördert werden, die es Sophie über die Erfahrung von ausreichend Sicherheit und Halt ermöglicht, sich anvertrauen und öffnen zu können. Besonders auf Seiten der Mutter gilt es, zu dem Aufbau einer klaren Haltung beizutragen und sie für die inneren Nöte ihrer Tochter zu sensibilisieren. Insgesamt gilt es auf Seiten der Bezugspersonen zum Aufbau einer differenzierten Wahrnehmung bezüglich der phasenspezifischen Bedürfnisse von Sophie beizutragen, sodass es ihnen gelingt, ihre voranschreitende Autonomieentwicklung zu fördern.

5.2 Frühe Übergriffe

5.2.1 Vorstellungsgrund und Problematik

Die 15-jährige Ada wird in Begleitung ihrer Mutter sowie im Anschluss an eine stationäre Behandlung in der Praxis vorgestellt. Die stationäre Aufnahme sei aufgrund eines geplanten Suizidversuchs erfolgt, der durch eine Freundin von Ada habe verhindert werden können (Sprung aus dem Fenster). Bereits seit längerem zeige Ada sich häufig sehr traurig, lust- und freudlos sowie niedergeschlagen. Sie leide zudem unter starken Schlafstörungen und Alpträumen, in denen sie bestimmte Situationen ihrer Vergangenheit immer wieder erlebe und schließlich „schweißgebadet“ und „voller Angst“ erwache. Bis zur Trennung der Eltern sei sie sowie ihre Mutter vom Vater geschlagen worden. Im Rahmen des stationären Aufenthalts habe Ada jedoch erstmals geäußert, dass sie von seiner Seite zudem sexuell missbraucht worden sei. Aktuell bestehe kein Kontakt zu ihm, doch habe zwischen den Eltern in den letzten Jahren bezüglich des Sorgerechts ein „erbitterter Kampf“ geherrscht. Dieser Kampf sei erst zu Beginn des Jahres für die Mutter entschieden worden. Insgesamt erlebe Ada immer wieder extreme Angstzustände in spezifischen Situationen und sei grundsätzlich sehr schreckhaft

und angespannt. Auch mit der Mutter komme es immer wieder zu heftigen Konflikten, auf die Ada mit Selbstverletzungen (z. B. mit einem Glätteisen oder den Fingernägeln) reagierte. Auch ihre schulische Leistung habe in den letzten Jahren stark nachgelassen, sodass aktuell die Versetzung gefährdet sei.

5.2.2 Psychopathologischer Untersuchungsbefund

Ada ist körperlich gesund, bisherige Psychotherapien bis auf den Klinikaufenthalt habe es keine gegeben. Es habe eine Sprachtherapie im Grundschulalter und ein stationärer Aufenthalt nach Suizidversuch gegeben. Im Rahmen einer psychiatrischen Vorstellung sei die Diagnose ADHS gestellt worden; eine medikamentöse Behandlung sei jedoch abgelehnt worden. Zudem habe die Mutter bereits vor Jahren Unterstützung im Rahmen einer Erziehungsberatung gesucht.

Bei Ada handelt es sich um ein körperlich altersgerecht entwickeltes und leicht übergewichtiges Mädchen, das, wie sich im Verlauf der probatorischen Sitzung besonders an ihrer Haarfarbe zeigt, häufig ihr Erscheinungsbild wechselt. Im Kontakt zeigt sie sich schüchtern, ratlos und zunächst nur schwer auf emotionaler Ebene erreichbar. Deutlich werden zudem ihre Schreckhaftigkeit sowie ihre innere Anspannung. Ihre affektive Lage ist insgesamt niedergestimmt und ängstlich getönt, bei gemindertem Antrieb und leicht herabgesetzter Schwingungsfähigkeit. Sie leidet unter Schlafstörungen und Alpträumen sowie Angstzuständen im Kontakt mit spezifischen Triggersituationen. Auch neigt sie zu selbstverletzendem Verhalten bei massiver innerer Anspannung in Konfliktsituationen. Es gibt keine Hinweise auf mnestiche Störungen oder psychotisches Erleben. Es zeigen sich keine Zwangsphänomene.

In der Gegenübertragung empfindet die Therapeutin deutlich schützende Impulse und innere Anteilnahme bezüglich ihrer offensichtlichen Verletzbarkeit. Es werden jedoch zunehmend auch Irritation und Anstrengung aufgrund ihrer teils sehr widersprüchlichen Haltung sowie ihrer schweren emotionalen Zugänglichkeit spürbar. Dominierende Abwehrmechanismen sind Spaltung, Verdrängung, Affektisolation sowie Wendung gegen das Selbst bzw. den eigenen Körper.

5.2.3 Anamnese und Biografie

Ada sei bis zu ihrem zehnten Lebensjahr bei den leiblichen Eltern in einer sehr angespannten Familienatmosphäre aufgewachsen. Die Mutter, eine 43-jährige Kindergärtnerin, sei in Teilzeitform berufstätig, sodass Ada während ihrer Arbeitszeit von der Großmutter betreut werde. Diese lebe mit der Mutter in einem Haus. Die Mutter-Tochter-Beziehung wird als grundsätzlich eng, doch in den letzten Jahren zunehmend konfliktreich beschrieben. Die lang andauernde Trennungsphase von ihrem Ehemann habe auch die Mutter, aufgrund der wiederholten gewalttätigen Übergriffe des Vaters, als überaus belastend erlebt. Auch sie befinde sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Der Vater (Beamter, 46 Jahre) wird als ein sehr jähzorniger Mann beschrieben, der zu aggressiven Ausbrüchen neige. Aktuell bestehe zwischen Ada und dem Vater kein Kontakt, doch habe er sich, bis das Sorgerecht der Mutter zugesprochen worden sei, gegen die Behandlung von Ada gestellt. Als er im Rahmen des Klinikaufenthalts seiner Tochter mit dem Vorwurf des sexuellen Missbrauchs konfrontiert worden sei, habe er sich erstmals offen zu seiner Homosexualität bekannt.

Die Schwangerschaft mit Ada habe die Mutter als sehr beschwerlich erlebt und Ada sei schließlich als Frühgeburt zur Welt gekommen (2500 g, 45 cm). Im Anschluss habe sie aufgrund ihrer Gelbsucht behandelt werden müssen. Im Rahmen der frühkindlichen Entwicklung habe es keine Auffälligkeiten gegeben, doch sei diese überaus schnell vorangeschritten. Ada wird insgesamt als ein sehr anhängliches Kind beschrieben, das „immer in Bewegung“ gewesen sei.

Ada habe den Kindergarten besucht, in dem auch die Mutter angestellt gewesen sei. Trotz der Nähe zur Mutter habe sich Ada nur schwer von ihr lösen können und Trennungsängste gezeigt. Schließlich sei es ihr aber gelungen, sich in den Gruppenalltag zu integrieren, und sie sei fortan gerne in den Kindergarten gegangen. Obwohl Ada zunächst eine engagierte Schülerin gewesen sei, habe sich ihre Leistung im Verlauf der dritten Klasse stark verschlechtert. Sie sei grundsätzlich in die Klassengemeinschaft integriert gewesen, habe jedoch nur über wenige enge Freunde verfügt. Aktuell besuche sie die neunte Klasse einer Realschule. Aufgrund ihrer psychischen Beschwerden gehe sie jedoch nur sehr unregelmäßig zur Schule, was mit der Rektorin abgesprochen sei. In ihrer Freizeit

beschäftige sie sich am liebsten mit ihrem Computer.

Ada lebe gemeinsam mit ihrer Großmutter, ihrer Tante und der Mutter in einem Haus. Während der Arbeitszeit der Mutter werde sie von ihrer Großmutter versorgt, zu der sie in einer grundsätzlich positiven Beziehung stehe. Ada führe seit kurzem eine Partnerschaft, wobei ihr Freund sich ebenfalls in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befinde. Darüber hinaus habe Ada eine sehr enge Freundin, mit der sie sich regelmäßig treffe.

5.2.4 Psychodynamische Hintergründe

Ada wuchs von Beginn an in einer wenig haltgebenden und durch die übergriffige Haltung des Vaters geprägten Familienatmosphäre auf, in der sie nur unzureichend emotionale Zuwendung und Sicherheit erfuhr. So scheint die Mutter stark auf ihre Beziehungskonflikte fixiert gewesen zu sein und Ada auch, in Anbetracht der eigenen Gewalterfahrungen, nur unzureichend Schutz geboten zu haben. Auf dieser unsicheren Bindungsbasis zeigte die Patientin bereits zu Beginn ihrer Kindergartenzeit starke Trennungsängste, die sie trotz der räumlichen Nähe zur Mutter nur schwer zu bewältigen vermochte. Insgesamt konnte sie nicht das Gefühl entwickeln, sicher gehalten und geschützt versorgt zu werden. So konnte sie keine stabilen Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickeln. Der Vater stellte eine anhaltende körperliche Bedrohung dar, was vermutlich dazu führte, dass Ada früh ihre selbstbezogenen Strebungen verdrängen musste, um nicht Opfer seiner Übergriffe zu werden. Die Kränkungsangst gegen ihn sowie gegen die schutzversagende Mutter musste sie gegen das eigene Selbst wenden, um ein Mindestmaß an Kontrollempfinden herzustellen. Es ist zu vermuten, dass sie sich zudem mit dem Vater identifizierte und sich dadurch selbst als „böse“ und schuldig wahrnahm. Dieses internalisierte Täterintrojekt scheint sich bis heute in den Selbstverletzungen von Ada sowie den nun erstmals geäußerten Missbrauchsvorwürfen zu zeigen, die sie mit massiven Schuldgefühlen und somit stellvertretend für den Täter verarbeitet. Zudem entwickelte sie ein strenges und strafendes Über-Ich, das eigene Gefühle (nach Schutz und Sicherheit) als schuldhaft und ungerechtfertigt verurteilt.

Sie erlebte vor dem Hintergrund der Trennung der Eltern, dem Kontaktabbruch und der gewalttätigen Haltung des Vaters, aber auch dem fehlenden Schutz der Mutter, massive narzisstische Wut und Kränkungsgefühle, die sie lediglich durch Spaltung und Affektisolation abzuwehren vermochte. Zudem lässt sich das bereits frühkindlich gezeigte hypermotorische Verhalten als Abwehr der aufgestauten Aggressionen deuten. Das Gefühl, selbstwirksam zu sein, konnte sich nicht entwickeln; stattdessen entwickelten sich massive Hilflosigkeits- und Insuffizienzgefühle. Erst nach der Trennung der Eltern, was vermutlich mit einem Gefühl der Ohnmacht und des Kontrollverlusts einherging, sowie des daraufhin folgenden zunehmenden Kontaktabbruchs des Vaters, brachen die lange Zeit in der Extremsituation (Gewalt, sexuelle Übergriffe) abgewehrten Gefühle auf, die sie in Form von Wendung gegen das Selbst abzuwehren versuchte. In Anbetracht der steigenden schulischen Anforderungen sowie dem erbitterten „Sorgerechtskrieg“ der Eltern kam es schließlich zu der vorliegenden Symptomatik, die in ihrem verhinderten Suizid gipfelte. Die depressive Symptomatik ist als regressive Verarbeitung ihrer drängenden oral-kaptativen Bedürfnisse zu sehen, die sie vor dem Hintergrund ihrer überhöhten Über-Ich-Gebote weder bewusst wahrzunehmen noch auszudrücken vermag.

5.2.5 Diagnostische und differenzialdiagnostische Überlegungen

F43.1 G posttraumatische Störung; F32.1 G mittelgradige depressive Episode, F60.31 V emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ); F90.0 G einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vor dem Hintergrund einer emotional instabilen Neurosenstruktur mit schizoiden Anteilen

Intrapsychischer Konflikt nach OPD-KJ: Nähe versus Distanz passiver Modus und Selbstversorgen versus Versorgtwerden aktiver Modus

5.2.6 Zielanalyse und Therapieplanung

Nach der Etablierung einer vertrauensvollen und belastbaren Arbeitsbeziehung wird das primäre Ziel der Behandlung sein, Ada angesichts der schwerwiegenden und traumatisierenden Erfahrungen ihrer Kindheitsgeschichte zu stabilisieren, sodass

es ihr gelingt, wieder regelmäßig die Schule zu besuchen und ihren Alltag zu bewältigen. Hierfür soll an die bereits im Rahmen der stationären Behandlung erzielten Fortschritte angeknüpft werden. Ein weiterer stationärer Aufenthalt im Rahmen einer Fachklinik für traumatisierte Jugendliche soll vorbereitet werden. Im Rahmen der psychotherapeutischen Beziehung wird sie ausreichend bedingungslosen Halt und Sicherheit zu Verfügung gestellt bekommen. Sie wird im Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls gefördert und zu einem verbesserten Affekt-Containment hingeführt werden. Hierfür wird es notwendig sein, den Aufbau innerer Objekt- und Selbstrepräsentanzen zu fördern, die eine Containerfunktion besitzen. Im Setting wird sich die Therapeutin als stützendes Objekt anbieten, das zeitweilig eine Containmentfunktion übernimmt, damit Ada wieder einen Zugang zu sich selbst und ihren Gefühlen finden kann. Sie soll die Erfahrung sammeln können, in der Therapie Zuwendung, Raum und Wertschätzung zu finden sowie ihre Gefühle offenbaren zu können, ohne ihr Gegenüber zu verlieren. Die Bearbeitung der traumatisierenden Kindheitserfahrungen soll klar sekundäres Ziel der Behandlung sein, sodass zunächst ein stützendes und Ich-stärkendes Vorgehen gewählt wird. Ada wird lernen, sowohl aggressive als auch rezeptive Impulse als sinnvoll und notwendig anzunehmen und angemessene Ausdrucksformen zu finden. Gleichzeitig wird sie darin gefördert werden, sich in ihrer eigenen Bedürftigkeit, ihren Schwächen, aber auch mit den durchaus vorhandenen Stärken an- bzw. wahrzunehmen. Auch gilt es, das Täterintrojekt zu begrenzen und die übersteigerten Über-Ich-Gebote abzubauen, damit es Ada gelingt, ihren Gefühlen schrittweise schuldfrei Raum zu gewähren.

Im Rahmen der Bezugspersonenstunden gilt es, der Mutter ein grundlegendes Verständnis der psychodynamischen Hintergründe zu vermitteln. Mit ihr wird eine Haltung erarbeitet, die es Ada über die Erfahrung von ausreichend Sicherheit und Halt ermöglicht, sich anzuvertrauen und zu öffnen.