

Aus der Nervenklinik der Universität München
(Direktor: Prof. Dr. K. KOLLE)

Reifungskrisen der Adoleszenz, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Prognose

Von
JOACHIM-ERNST MEYER

(Eingegangen am 27. Februar 1962)

Die Entdeckung SIGMUND FREUDS vom kindlichen Ursprung der Neurosen hat eine Unterschätzung der Adoleszenz als Reifungszeit mit sich gebracht. Die Psychoanalyse sieht in der Pubertät im wesentlichen eine „Neuauflage“ der infantilen Periode, speziell der Oedipussituation. Als Wiederbelebung der infantilen Sexualperiode erbringt die Pubertät nur gewisse eigene Zutaten zum menschlichen Geschlechtsleben, wie ANNA FREUD formuliert. Dabei hat FREUD¹¹ selbst sich zum Problem der Reifungskrise anders geäußert: „Wir sehen nämlich Individuen, die bisher gesund gewesen waren, an die kein neues Erlebnis herangetreten ist, deren Relation zur Außenwelt keine Änderung erfahren hat, so daß ihre Erkrankung den Eindruck des Spontanen machen muß. ... Infolge des Erreichens eines gewissen Lebensabschnittes und im Anschluß an gesetzmäßige biologische Vorgänge hat die *Quantität* der Libido in ihrem seelischen Haushalt eine Steigerung erfahren, welche für sich allein hinreicht, das Gleichgewicht der Gesundheit umzuwerfen und die Bedingungen der Neurose herzustellen.“ FREUD anerkennt die *spontane* Entstehung mit dem Eintritt in den neuen Lebensabschnitt ohne neurotische Disposition und ohne ein vorausgehendes Psychotrauma. Seine Schüler und die Mehrzahl der heute führenden Analytiker haben diese Konzeption aber nicht aufgegriffen und weiterentwickelt; autochthone Reifungskrisen der Adoleszenz gibt es für sie nicht. Sie führen die Ursprünge der sich in diesem Lebensabschnitt manifestierenden seelischen Störungen stets auf das Kindesalter zurück. Von dieser Einstellung weicht eigentlich nur ERIKSON⁷ ab, der die Entwicklung zur „ego identity“ in der Adoleszenz als einen Reifungsvorgang ansieht, welcher allen kindlichen Identifikationen übergeordnet und von ihnen qualitativ verschieden ist.

In der nicht-analytischen Psychiatrie und Psychologie spricht man nur zu oft von Pubertätskrisen oder Reifungskrisen des Jugendalters. Die Vorstellung von der menschlichen Reifung als einer Entwicklungsbahn, aus der man „entgleisen“ kann, biologistische Auffassungen von einer Verlangsamung oder Beschleunigung in der Entwicklung des Organismus werden ohne Zögern auf das Seelische übertragen. Der Jugendliche

kann in einer Krise „aus der Bahn geraten“, „sich wieder fangen“ — solche Metaphern werden vielfach auch vom Fachmann als bequeme Denkschablonen bevorzugt. Sie werden der Wirklichkeit nicht gerecht, weil Störungen der Persönlichkeitsreifung, wie KRETSCHMER gezeigt hat, fast immer nur Teilbereiche der Persönlichkeit und des Organismus betreffen (Asynchronie). Die Bezeichnung „Pubertätskrise“ hat dann ihre Berechtigung, wenn zu der nur *zeitlichen* Koinzidenz zwischen seelischer Störung und Pubertät auch eine *ursächliche* Beziehung tritt. Störungen, die sich in der Pubertät manifestieren, sollten nur dann als Pubertätskrise bezeichnet werden, wenn sie ursächlich mit der für die Pubertät charakteristischen Psychodynamik zusammenhängen. — Wir verwenden im folgenden die Bezeichnung „Adoleszenz“ und meinen damit den Pubertät und Postpubertät umfassenden Lebensabschnitt, den Menschen in diesem Lebensabschnitt nennen wir den Jugendlichen.

Vereinfachend kann man die seelische Entwicklung in der Adoleszenz mit den Formulierungen *die Entdeckung des Ich** und *die erlebte Sexualität* und *das Hineinwachsen in die Gesellschaft** umreißen. Diese drei Bereiche kennzeichnen die Leitlinien der seelischen Reifung des Jugendlichen, sie laufen natürlich nicht unverbunden nebeneinander her, lassen sich aber als Hauptthemen gegeneinander abheben. Von dieser Gliederung ausgehend erörtern wir im folgenden einige für die Adoleszenz typische klinische Syndrome.

Mit der *Entdeckung des Ich* findet die weltoffene Haltung der Vorpubertät ihr Ende. Die Entdeckung des Ich führt zur Isolierung, zum Erlebnis der Einsamkeit und des Unverständenseins. Es drängt den Jugendlichen nach Unabhängigkeit, Selbständigkeit und nach voller Anerkennung als Erwachsener, zugleich aber wieder verstärkt nach Geborgenheit und Verständnis. Wird diese Entwicklung beschleunigt, akzentuiert und nicht teilweise bereits aufgefangen durch die Anpassung an die Gesellschaft und das Hineinwachsen in die Welt der Erwachsenen, so kann sich, besonders bei männlichen Jugendlichen, ein *Depersonalisations-Syndrom* entwickeln. Das Erlebnis der Einsamkeit steigert sich zur Entfremdung. Ohne daß ein seelisches Trauma vorausgeht, beginnen diese Jugendlichen darüber zu klagen, daß ihnen ihre Umwelt fremd und unwirklich erscheine. Sie fühlen sich abgeschieden von der Welt, unlebendig und seelenlos.

Fall 1. Das Leiden begann mit 18 Jahren nach einer Krankenhausbehandlung (wegen Hepatitis epidemica) zunächst mit nervösen Herzbeschwerden, mehrere Wochen später setzte die Depersonalisation ein. Manfred K. (29/61) war bei seinen Großeltern aufgewachsen, nachdem der Vater im Krieg gefallen war. Über psychische Auffälligkeiten in der Familie war nichts zu erfahren. Es gab keine Erziehungsschwierigkeiten, keine kinderneurotischen Symptome. Er war wohl ein

* E. SPRANGER.

etwas verwöhntes, sehr behütetes Kind, aber kein Einzelgänger. Volksschule Berufsschule und kaufmännische Lehre absolvierte der ehrgeizige junge Mann mühelos, dann erhielt er eine für sein Alter hoch bezahlte Stelle als Reisevertreter mit von der Firma gestelltem großem Wagen. Zu dieser Zeit erkrankte er.

Dies waren seine sich über 2 Jahre nur geringfügig ändernden Klagen: „Mein Hirn ist geschwunden, meine Muskeln haben keine Kraft mehr. Gewiß, ich sehe, daß die Muskeln da sind, aber ich fühle die Kraft nicht mehr. Ich habe überhaupt kein Gefühl mehr, so als ob alles innen tot wäre. Ich rede ins Leere, ohne Gedanken, als ob ich gar nicht mehr hier wäre. Es ist, als ob die Muskeln in den Augen erschlafft sind und im Blick nicht mehr mitmachen. Ich habe auch kein Gefühl des Schlafs mehr, der Schlaf ist außer dem Hirn.“

Manfred hat ein gutmütiges Jungengesicht. Er ist immer höflich und aussprachebedürftig, dabei so mit seinen Beschwerden beschäftigt, daß er kaum von etwas anderem als dem leidvollen Jetzt zu sprechen vermag. Dazu gehört auch besonders das Empfinden, beruflich nichts mehr leisten, mit anderen, z. B. mit den Kameraden im Turnverein, nicht mehr konkurrieren zu können: „Ich bin ein volliger Aff geworden.“ Viel Geduld und Mühe sind notwendig, um ihn zur Teilnahme am Sport oder an der Beschäftigungstherapie zu bewegen. Als Manfred die Klinik nach sechsmonatiger Behandlung verläßt, ist der Zustand nur etwas gebessert. Er will auf unseren Rat versuchen, zunächst halbtags seine Arbeit wieder aufzunehmen. Eine anfänglich wegen Verdacht auf Depression unternommene Tofranil- und Elektroschockbehandlung hatte keinerlei Besserung gebracht.

Epikrise. Ohne erkennbaren Anlaß entwickeln sich bei einem ehrgeizigen jungen Mann, dessen Kindheit unauffällig verlaufen war, Depersonalisations-Symptome. Die Entfremdungserlebnisse, die über 2 Jahre fast unverändert fortbestehen, betreffen das Gefühlsleben, das Denkvermögen und den eigenen Körper. Daseinsbewußtsein und Aktivitätsbewußtsein liegen darnieder.

Das Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz¹⁷ kreist um das Problem der Selbstverwirklichung. Das Versagen gegenüber den selbstgesteckten Zielen, das Nicht-mithalten-Können mit Gleichaltrigen und Erwachsenen werden schmerhaft empfunden. Der Begriff von der identity diffusion¹⁸, dessen deutsche Übersetzung als „Rollendiffusion“ dem von ERIKSON gemeinten Vorgang nicht ganz entspricht, paßt gerade auf das Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz²⁴.

Die erlebte Sexualität stellt den Jugendlichen vor zwei neue Aufgaben. Die eine besteht in der Triebabwehr und Triebbeherrschung, die andere im allmählichen Bewußtwerden der zukünftigen Rollen des geschlechtsreifen Individuums, als Vater oder Mutter.

Verschärft sich die Auseinandersetzung mit dem Sexualtrieb, so können Triebgefahr und Triebangst zu *Zwangssymptomen* führen. Das Problem der zukünftigen, mit der Geschlechtsreife verbundenen Aufgaben in Familie und Gesellschaft spitzt sich nur beim jungen Mädchen krisenhaft zu. Das Resultat ist die *Pubertätmagersucht**. Es handelt sich —

* Es gibt zwar auch magersüchtige männliche Jugendliche. Die zugrundeliegende Störung ist aber ganz anderer Art: Es ist eine Verwöhnsungsneurose, der der „pathologische Asketizismus¹⁶“ und die vitale Bedrohung der weiblichen Magersucht fehlen.

viele Patientinnen sprechen es ganz klar aus — um die Weigerung, zur erwachsenen, das heißt zur geschlechtsreifen Frau zu werden. Die mit der Pubertät einsetzenden körperlichen Veränderungen erlebt das junge Mädchen als Beginn der Geschlechtsreife. Vor allem das Wachsen der Brust — die voll entwickelte Brust ist das einzige in unserer Gesellschaft deutlich sichtbare Zeichen der Geschlechtsreife —, seltener das Erscheinen der Sekundärbehaarung und nur ausnahmsweise die Menarche können eine Anorexie auslösen. Die Nahrungsverweigerung richtet sich gegen ihre „frauliche Gestalt“ und gegen ihre zukünftigen nährenden Aufgaben als Mutter. Der Pubertätsmagersüchtigen ist die Rolle der erwachsenen Frau zur negativen Identität im Sinne von ERIKSON⁶ geworden, zu dem, was sie nicht werden will.

Das Hineinwachsen in die Gesellschaft bedeutet für den Jugendlichen erhöhte Anforderungen, zugleich aber stehen ihm nun auch viel mehr Möglichkeiten zu Gebote, sich den Anforderungen der Gesellschaft zu entziehen. Das Heraustreten aus der Isolierung und Einsamkeit der beginnenden Pubertät verlangt Überwindung der kindlichen Ich-Bezogenheit und soziale Partnerschaft. Mißlingt diese Entwicklung, so kommt es zu antisozialem Verhalten (Jugendkriminalität), zum Versagen in der Berufsausbildung, zum Nicht-teilhaben-Können an den diesem Lebensalter entsprechenden Gesellschaftsformen. Auch hinter den häufigen psychogenen Körperstörungen des Jugendlichen verbergen sich zumeist Anpassungsprobleme.

Das Hineinwachsen in die Gesellschaft bringt fast für jeden Jugendlichen so beträchtliche Konflikte mit sich, daß es nicht abwegig ist, die Adoleszenz generell als seelische Krise anzusprechen. Nach unseren Erfahrungen an Fortläufern kommt es aber nur dann zu einer Krise im klinischen Sinne, wenn schon in Kindheit und Vorpubertät Störungen der sozialen Einordnung aufgetreten sind. Es beruht wohl auf der besonderen Toleranz der Gesellschaft gegenüber dem Jugendlichen, daß sich seine phasenspezifischen Anpassungsschwierigkeiten nur ausnahmsweise zu Reifungskrisen zuspitzen, welche ärztlicher Behandlung bedürfen.

Eigene Untersuchungen über das Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz¹⁷, über die Pubertätsmagersucht¹⁸ und — als Beispiel für die 3. Gruppe — über Fortläufer¹⁹ haben gewisse Regelmäßigkeiten hinsichtlich Vorgesichte, Verlauf und Prognose ergeben, die zu einer Differenzierung der Psychopathologie der Adoleszenz beitragen können.

Das Familienbild. Abgesehen von denjenigen Fällen, die in eine schizophrene Psychose ausmünden, fehlen beim Depersonalisations-Syndrom und bei der Pubertätsmagersucht gröbere psychische Auffälligkeiten unter Familienangehörigen. — Bei den Fortläufern dagegen ist die Zahl der psychisch abnormen Persönlichkeiten in der Verwandtschaft beträchtlich. Von 33 nachuntersuchten Fortläufern zeigten nur 7 ein

unauffälliges Familienbild. Insgesamt fanden sich neben wenigen endogenen Psychosen 18 abnorme Persönlichkeiten und 5 reaktive Suicidversuche oder Suicid in den Familien der Probanden.

Die Kindheitsentwicklung. Gröbere kinderneurotische Symptome sind beim Depersonalisations-Syndrom selten. Der Vater wird aber oft als anankastisch, die Mutter als überbesorgt geschildert, eine Konkurrenzsituation gegenüber Geschwistern ist nicht selten. Bei der Pubertätsmagersucht sind das Familienmilieu und die Kindheitsentwicklung in der Regel günstig, Essensschwierigkeiten fehlen ganz. Auch BRUCH fand bei Mager- und Fettsüchtigen meist keine groben Störungen der kindlichen Entwicklung durch Frustration. Kennzeichnend ist aber eine sehr enge Mutterbindung; wie beim Depersonalisations-Syndrom begegnen wir auch hier dem Typ der „overprotective mother“. — Bei den Fortläufern ist das Milieu im Elternhaus fast ausnahmslos schwer gestört, kinderneurotische Symptome sind die Regel, es gibt schon früh erhebliche Erziehungsschwierigkeiten.

Fall 2. Der jetzt 21jährige Johann S. (1626/61) ist der älteste von fünf Geschwistern, die, obwohl ehelich geboren, alle in Heimen und in Fürsorgeerziehung aufgewachsen sind. Der Vater war ein wegen Körperverletzung und Diebstahl mehrmals langjährig bestrafter Trinker. Er starb in einem Zwangsarbeitslager, als Johann 3 Jahre alt war. Die sexuell haltlose Mutter ist jetzt zum drittenmal verheiratet. Wegen einer abnormen Erlebnisreaktion wurde sie 1941 in der hiesigen Klinik behandelt. Johann kam mit 9 Monaten zu Pflegeeltern, seine Mutter nahm ihn mit 6 Jahren zu sich, ohne ihn jemals vorher besucht zu haben. Das Jugendamt ordnete daraufhin schon nach kurzer Zeit Fürsorgeerziehung an. Johann war mit 6 Jahren noch unrein, die 1. Volksschulkasse mußte er wiederholen, obwohl er wegen geistiger Unreife erst mit 7 Jahren zur Schule gekommen war. Im Heim beging Johann wiederholt kleine Diebereien.

Zwischen 16 und 18 Jahren ist er mindestens zehnmal davongelaufen. Er war tage-, manchmal wochenlang unterwegs und mußte gewöhnlich durch die Polizei zurückgebracht werden. Einmal kam er bis nach Wien. Als Ursache des Fortlaufens aus zwei verschiedenen Heimen gibt Johann an, er habe sehr an der Erzieherin gehangen. Wenn sich diese nicht genug um ihn gekümmert hätte, sei er „aus Trotz und Eifersucht“ davongelaufen. Mit 17 Jahren stahl er in einem Warenhaus Toilettenartikel, die er einem Mädchen zum Geschenk machen wollte; bei einem zweiten Warenhausdiebstahl dürfte Verführung durch einen älteren mehrfach Vorbestraften maßgeblich gewesen sein. In seiner jetzigen Arbeitsstelle ist Johann der 40jährigen Chefin sehr zugetan. Wenn sie ihm nicht genügend Aufmerksamkeit widmet, läßt er die Arbeit liegen und schimpft vor sich hin. Er ist hochgradig asthenisch, kurzsichtig, mit schwerer Acne vulgaris im Gesicht, er sieht wie ein 17jähriger aus. Seine Intelligenz ist etwas unterdurchschnittlich. Er ist sehr anlehnungsbedürftig, unselbstständig und leicht beeinflußbar. Er würde am liebsten wieder in einem Heim oder einer Anstalt leben.

Epikrise. Fortläufer vom 16. Lebensjahr ab. Sohn psychisch abnormer, sozial instabiler Eltern, Erziehung bei Pflegeeltern und in Heimen. Kleine Diebstähle als Kind, intellektuell schwach begabt, Bettläufer. Hängt sehr an der Mutter, obwohl diese sich fast überhaupt nicht um ihn

kümmert, und an Heimerzieherinnen oder seiner Chefin. Fühlt er sich hier nicht angenommen, läuft er fort. Im letzten Jahr nahm das Fortlaufen mehr den Charakter eines arbeitsscheuen Vagabundierens an.

Die Entwicklung des Syndroms. Das Depersonalisations-Syndrom beginnt gewöhnlich in der frühen Pubertät und nimmt nur langsam an Intensität zu. Über ein auslösendes Psychotrauma ist gewöhnlich nichts zu erfahren. Die Pubertätsmagersucht setzt ebenfalls erst mit der Pubertät, niemals vorher, ein. Aus der engen Mutterbindung entwickelt sich unmittelbar vor oder mit der Anorexie zugleich ein gespanntes, oft deutlich ambivalentes Verhältnis zur Mutter. Die normalen kindlichen Identifikationen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, die mit der Pubertät fast immer ziemlich plötzlich abbrechen, schlagen gerade bei den Pubertätsmagersüchtigen meist in krasse Ablehnung um. Vorausgehende seelische Belastungen fehlen gewöhnlich, doch werden jene kleinen Hänseleien über den dicklichen Backfisch rückschauend nicht selten als verletzendes, die Nahrungsverweigerung auslösendes Psychotrauma empfunden. — Das Fortlaufen setzt gelegentlich schon vor der Pubertät ein, nicht selten hatte der Jugendliche bereits in der Kindheit begonnen, sich durch „Fortbleiben“ oder Schwänzen der Familie oder Schule zu entziehen.

Verlauf und Prognose. Abgesehen von den in Schizophrenie ausmündenden Fällen ist die Prognose des Depersonalisations-Syndroms günstig. Fälle, in denen sich aus dem Depersonalisations-Syndrom der Adoleszenz eine Neurose entwickelte, haben wir bisher nicht beobachtet. Es währt allerdings immer einige Jahre, bis die Entfremdungserlebnisse verschwinden. Die Dauer der Störung läßt sich durch eine psychotherapeutische Behandlung auch nach dem Urteil von Psychoanalytikern wie SCHILDER und FEDERN kaum beeinflussen, zumal das Symptom den Zugang zum Kranken und mehr noch die Auseinandersetzung des Kranken mit sich selbst erschwert, ja zeitweise unmöglich macht.

Bei der Pubertätsmagersucht dauert das Leiden ebenfalls Jahre, bis etwa bei einem Drittel der Kranken spontan Heilung eintritt*. Bei einem weiteren Drittel entwickelt sich eine schwere psychische Veränderung, die als neurotischer Endzustand¹⁸ oder psychischer Defekt²⁷ bezeichnet werden muß, aber sicher nicht schizophrener Natur ist. Dabei tritt meist an die Stelle der Anorexie eine Hypochondrie, die sich auf das ganze Verdauungssystem bezieht. Das dritte Drittel der nachuntersuchten Pubertätsmagersüchtigen setzt sich aus denjenigen Kranken zusammen, die schizophren wurden oder bei denen das Leiden einen tödlichen Verlauf genommen hat. Über die Erfolgsaussichten der Psychotherapie läßt sich

* Die Häufigkeit von Spontanheilungen ergibt sich auch aus den Untersuchungen von THOMÄ: Von 17 Patienten waren 8 durch Psychotherapie und 9 überwiegend spontan „gebessert“, von 5 „Geheilten“ war bei 2 die Psychotherapie gescheitert.

wohl noch kein generelles Urteil abgeben. Einzelne in extenso publizierte Fälle sprechen dafür, daß ein der Psychosen-Psychotherapie verwandtes Vorgehen die besten Erfolgsschancen hat^{4,14}.

Auch bei den sich in der Adoleszenz manifestierenden Zwangssyndromen gibt es Spontanremissionen. MÜLLER schätzt, daß in der Hälfte aller von ihm katamnestisierten Fälle die Symptome nur während der Adoleszenz aufgetreten sind und innerhalb von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren ausheilten. Trotzdem können die Zwangssyndrome für unsere Erörterungen vorläufig nicht herangezogen werden; denn bei der Vielfalt der Erscheinungsformen und der Unterschiedlichkeit der Verläufe lassen sich die genetischen und zeitlichen Beziehungen zur Adoleszenz vorerst nicht eindeutig bestimmen.

Beim Fortlaufen verschwindet das Symptom gewöhnlich mit dem Ende der Adoleszenz. Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung bleiben aber noch lange bestehen. Bei unseren Katamnesen nach durchschnittlich 23 Jahren, die allerdings mehr auf die soziale Entwicklung abgestellt waren, hatten sich nur 7 von 33 Probanden vollkommen günstig entwickelt, während mehr als ein Drittel erheblich instabil oder asozial geblieben waren. Es ist fraglich, ob es bei den jugendlichen Fortläufern Spontanheilungen gibt, wie sie beim Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz und bei der Pubertätsmagersucht beobachtet werden. Bemerkenswerterweise haben diejenigen Fortläufer die beste Prognose, bei denen pubertätspezifische Merkmale (romantische Abenteuerlust, Freiheitsdrang, Autoritätsfeindlichkeit, Triebkonflikte) zu den wesentlichen Motiven des Fortlaufens gehörten. Das gleiche beobachtete BIERMANN beim nervösen Atmungssyndrom als Reifungskrise. Psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen sind für den Verlauf und die Prognose zweifellos von großer, in vielen Fällen entscheidender Bedeutung. Mit der Psychotherapie zielen wir auf den neurotischen Ursprung der Störung, heilpädagogische Maßnahmen als soziale Milieutherapie gelten den phasenspezifischen Anteilen.

Versucht man auf der Grundlage dieser Erfahrungen eine Differenzierung der sich in der Adoleszenz manifestierenden seelischen Störungen in *Reifungskrisen* und *Neurosen*, so ergibt sich:

Reifungskrisen entstehen zur Zeit der Adoleszenz, oft „aus heiterem Himmel“. Weder eine familiäre Belastung, also eine psychopathische Anlage, noch neurotische Symptome in der Kindheit sind eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen einer Reifungskrise. ERIKSON⁷ betont, die Kindheitsanamnese sei bei den Reifungskrisen der Adoleszenz oft bemerkenswert unergiebig. Natürlich schließen eine psychopathische Anlage, kinderneurotische Symptome oder ein gestörtes Kindheitsmilieu die Entstehung einer Reifungskrise nicht aus; ihr Vorkommen ist aber eher die Ausnahme.

Bei Reifungskrisen kommt es in einem beträchtlichen Prozentsatz zu Spontanheilungen. Heilt die Reifungskrise nicht aus, so entwickelt sich daraus eine Neurose. Der Ausdruck *Reifungskrise* ist angemessen, weil man eine Krise nur bestehen oder in ihr scheitern kann²⁸. Die vielen Zwischenstufen einer mehr oder minder gegückten Kompensation und Anpassung, wie sie für die Neurosen typisch sind, gibt es erst nach langjährigem Verlauf, wenn die Reifungskrise in eine Neurose übergegangen ist. Dabei zeigt die Pubertätsmagersucht eine Entweder-oder-Prognose von Spontanheilung einerseits und schwerem seelischem Siechtum oder Tod andererseits.

In der Adoleszenz manifestieren sich *Neurosen*, die auf eine Störung der kindlichen Entwicklung zurückzuführen sind. Oft wird man im Hinblick auf die familiäre Belastung auch mit einer psychopathischen Anlage rechnen müssen. Diese Neurosen sind Verhaltensstörungen, welche erst unter den sozialen Anforderungen der Adoleszenz in vollem Umfang in Erscheinung treten. S. FREUD¹¹ hat dies so ausgedrückt: „Diese Menschen erkranken an der Realforderung, sobald sie das unverantwortliche Kindesalter überschreiten“. SCHINDLER fand bei 60—70% der erwachsenen Neurotiker einen zeitlich mit der Pubertät zusammenfallenden „Knick in der Persönlichkeit“ und KRETSCHMER bemerkt: „Die Passage durch die Pubertät ist die eigentliche Schicksalsfrage für den später neurotischen Menschen.“ Die Störungen tragen antisozialen Charakter oder sind wie das Fortlaufen oder der Suicid Zeichen eines Ausbrechens in Belastungssituationen, einer Flucht vor der Realität. Neben den Verhaltensstörungen gibt es eine große Zahl psycho-somatischer Erkrankungen, die, soweit sie nicht auf biologischen Reifungsdiskrepanzen beruhen, Konversionssymptome darstellen und als Flucht in die Krankheit interpretiert werden müssen. Das Problem der Anerkennung durch die Erwachsenen, der Konkurrenz mit Gleichaltrigen spielt dabei eine maßgebende Rolle für die Manifestierung der Störung zu dieser Zeit. Es gibt Fälle, in denen der Adoleszenz nur eine sehr äußerliche Bedeutung für die Neurosenmanifestation zukommt.

Fall 3. Es handelt sich um eine 24jährige, weit jünger aussehende, intellektuell gut begabte Kontoristin, die seit dem 18. Lebensjahr ständig „in Geldschwierigkeiten gerät“: Fräulein Erika P. (1243/61) lehrt Geld von Berufskolleginnen, besorgt sich Vorschuß von ihrer Firma, ohne an die Rückzahlung zu denken, sie nimmt heimlich Geld aus der Portokasse des Arbeitgebers, sie unterschreibt ungedeckte Wechsel, bei einer großen Firma überzieht sie als Angestellte ihr Wareneinkaufskonto um ein Vielfaches. Zu einem Gerichtsverfahren ist es bisher nicht gekommen, weil der Vater stets alle entstandenen Verbindlichkeiten beglichen hat; auch ist Fräulein Erika als tüchtige Mitarbeiterin überall geschätzt, sie wurde immer nur mit Bedauern wegen ihrer Geldunregelmäßigkeiten entlassen.

Bei dieser Anamnese fiel zunächst auf, daß die Pat. keine Zeichen von Ver schwendungssucht im üblichen Sinne erkennen ließ. Sie hatte sich zwar reichlich teure, aber betont solide Garderobe angeschafft, im übrigen war ihr Lebens-

wandel durchaus unauffällig, ohne Zeichen von Extravaganz oder Haltlosigkeit. Weder für ihre Art, sich Geld zu verschaffen, noch für den Verwendungszweck des Geldes vermochte sie eine zureichende Erklärung zu geben.

Bei der ersten Exploration sprach sie von ihrer schönen Kindheit und von ihrem guten Verhältnis zu den Eltern, besonders zu „Vati“. Die Eltern gaben an, sie sei als Kind „ganz allerliebst“ gewesen. In weiteren Gesprächen enthielt sich dann allmählich aber folgendes Bild: Der Vater, von Beruf Bankbeamter, der sich jetzt zum Bankdirektor emporgearbeitet hat, ist außerordentlich jähzornig. Er hat Erika bis in die Gegenwart hinein schwer geschlagen. Als sie mit 16 Jahren den Stenographie-Unterricht schwänzte, schlug der Vater sie so mit einem Stock, daß sie eine Nasenbeinfraktur erlitt. Bei den Auseinandersetzungen, in denen der Vater einmal eine volle Kaffeekanne an die Wand warf, habe sie, so erzählt sie uns, nie-mals aufgegeht; denn der Vater sei gleich danach immer wieder mit allen gut gewesen und sei mit ihr spazierengegangen. Der Vater sei sehr ordentlich und vor allem sparsam, mit 15 Jahren habe sie im Monat 3,— bis 5,— DM Taschengeld bekommen. Der Vater habe über ihre Berufsausbildung entschieden, er bestimme aber auch heute noch alles, was sie in ihrer Freizeit tue. Als sie sich mit einem jungen Mann befreundete, machte der Vater ihr auch Vorschriften, was sie, wenn sie mit ihrem Freund ausging, unternehmen sollte. Fräulein Erika findet das alles ganz natürlich und ist sehr damit einverstanden, daß ihr Monatsgehalt jetzt direkt an den Vater überwiesen wird. Dabei war der Anlaß der Klinikseinweisung ein Selbstmordversuch: Ihr Freund hatte sich von ihr zurückgezogen, nachdem er von ihren Eltern über ihr Verhältnis zum Geld aufgeklärt worden war.

Epikrise. Es handelt sich um eine als Verschwendungsangst getarnte Neurose. Die Form der neurotischen Ersatzbefriedigung für die ihr durch die väterliche Gewalttätigkeit verwehrte Verselbständigung richtet sich gerade gegen den Vater und seine durch die Sparsamkeit geprägte Wertwelt. Für unsere Betrachtung ist wichtig, daß diese Neurose als eine der Kriminalität nahestehende Verhaltensstörung erst in der (verspäteten) Adoleszenz aufgetreten ist, ohne daß sich zugleich phasenspezifische Faktoren (Autoritätsprotest, Triebhaftigkeit) manifestiert haben. Der Vaterkonflikt blieb bisher weitgehend unbewußt. Es handelt sich um einen Extremfall kindlicher Neurosenbildung: Erst die mit der Berufstätigkeit von den Eltern unabhängig gewordene Beziehung zur Gesellschaft führte zur Manifestation des neurotischen Symptoms, während das seelische Geschehen der Adoleszenz daran keinen Anteil hatte.

Reifungskrisen sind die Initialstadien einer Neurose. Es fehlt ihnen noch das entscheidende Merkmal der „fertigen“ Neurosen: die *Verdrängung*. Der Kern der innerseelischen Auseinandersetzung liegt nicht selten offen zutage, wir erleben die Auseinandersetzung mit dem neurotisierenden Konflikt *in statu nascendi**. Dafür zwei Beispiele:

* Auch bei den Zwangssyndromen, die wir, wie oben dargelegt, vorläufig nicht mitverwerten können, kann die Verdrängung unterbleiben. FREUD¹² bemerkt in der Gegenüberstellung von Hysterie und Zwang, daß beim Zwang anstelle der hysterischen Verdrängung „die pathogenen Vorstellungen nicht vergessen werden, ... sie bleiben bewußt, werden aber ... isoliert“. An anderer Stelle spricht FREUD¹³ davon, daß mit der Manifestation des Zwangs die verdrängte Erinnerung wiederkehrt².

„Ich suche mich verzweifelt, ich bin ein einziges quälendes Suchen nach mir selbst. Das Ich ist eingekerkert, gefangen. Der Kontakt zu meiner Umwelt ist tot. Das Natürliche, das Unbeschwerthe ist weg. Meine ganze Lebenserwartung ist zertrümmert.“ (Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz.)

„Ich möchte gern tot sein, aber nicht sterben, möchte gerne Kinder *haben*, aber nicht *bekommen* und diese sollten dann immer im gleichen Alter bleiben. Ich möchte selbst im Grunde immer ein Kind sein ... Ich möchte am liebsten, daß das Uhrgewicht auf dem Boden anhält und die Zeit still steht, wie im Märchen.“ (Pubertätsmagersüchtige Irene, aus der Arbeit von B. SOMMER).

Man vergleiche damit die Berichte jugendlicher Fortläufer, die sich mit der Beschreibung des jeweiligen Anlasses begnügen.

Aktive unabgeschlossene Verdrängungen dagegen sind bei den Reifungskrisen häufig. Gelingt es, wie im Fall von HEYDT-GÜTSCHER, diese Sperre zu durchdringen, dann tritt das ganze Problem ans Licht: „Wenn ich meine dicke Mutter sah, dachte ich: *Iß Du nur, Du, werde nur immer dicker, ha, wie wirst Du büßen müssen, wenn Du der Sünde dann verfälltst.*“ Das Verdrängen-Wollen zeigt sich am deutlichsten in den bekannten Täuschungsmanövern Magersüchtiger, mit denen sie sich vor dem Essen, genauer gesagt vor dem Bekennen des Nicht-essen-Wollens zu drücken versuchen. Kommt die Pubertätsmagersucht nicht zur Ausheilung und geht damit in eine Neurose über, dann zögern die Kranken nicht mehr, den Grund ihres Nicht-Essens anzugeben: „Mein Magen verträgt es nicht, ich muß diät leben.“ Damit ist die Verdrängung vollzogen, aus dem Nicht-essen-Wollen ist das Nicht-essen-Können geworden. Im Psychischen geschieht etwas Ähnliches: der pathologische Asketizismus der Pubertätsmagersüchtigen verdünnt und verwandelt sich zu einem persönlichen, unaufdringlichen Lebensstil. Es gibt aber auch bei der akuten Pubertätsmagersucht bereits abgeschlossene Verdrängungen, z.B. in der Einstellung zum Sexualtrieb. Nicht abgeschlossen oder noch kaum begonnen ist dagegen die Verdrängung des zentralen Konflikts, der Auseinandersetzung mit der zukünftigen Rolle als geschlechtsreife Frau.

Bei der Erörterung der Triebangst des gesunden Jugendlichen hat ANNA FREUD darauf hingewiesen, daß hier ein wesentlicher Unterschied zur neurotischen Triebabweisung besteht. *Es fehlt die zu Ersatzbefriedigungen führende Verdrängung*, stattdessen kann es zu einem Umschlag ins Gegenteil, in den Triebexzeß, kommen*. ANNA FREUD nennt die Triebabweisung des Jugendlichen einen Sonderfall, eine *Vorstufe* von Verdrängungsreaktionen.

Auf der fehlenden oder unabgeschlossenen Verdrängung bei den Reifungskrisen beruht die Möglichkeit ihrer Spontanheilung. Das gilt auch für viele neurotische Symptome in der Kindheit, die sich in kurzer Zeit und ohne Behandlung wieder verlieren. Bei Neurosen, deren Verdrängung abgeschlossen ist, wird man einem so beträchtlichen Prozent-

* Beispiel: Die Heißhungeranfälle der Pubertätsmagersüchtigen.

satz von Spontanheilungen wie bei den Reifungskrisen niemals begegnen. Wenn Neurosen in den besonderen Reifungsphasen der menschlichen Entwicklung, vor allem in der Adoleszenz, gelegentlich spontan ausheilen, so beruht das offenbar darauf, daß in diesen Lebensabschnitten verdrängte Konflikte ins Bewußtsein gelangen und damit aufgearbeitet werden können. In der fehlenden oder unabgeschlossenen Verdrängung liegt auch der Grund dafür, daß bei den Reifungskrisen ein vom Üblichen abweichendes psychotherapeutisches Vorgehen erforderlich ist.

Man könnte einwenden, ob die Auffassung von den Reifungskrisen als den Initialstadien einer Neurose nicht auf einer Unterbewertung feinerer Fehlentwicklungen in der Kindheit beruht. Ist nicht z.B. die enge Bindung an eine überbesorgte Mutter ein hinreichender Grund, um in dem Ringen des Jugendlichen um Selbständigkeit eine Reifungskrise in Gang zu setzen? Sicher ist die Mutterbindung des Jugendlichen für sein Selbstwertgefühl von größter Bedeutung. Die überbesorgte Mutter ist aber eine viel häufigere Erscheinung als eine der seltenen Reifungskrisen der Adoleszenz. Bei jeder nach der Kindheit auftretenden seelischen Störung muß man sich die Frage vorlegen, welche Bedeutung den früheren Lebenserfahrungen zuzumessen ist. Dies sollte aber nicht dazu verführen, alle wesentlichen pathogenetischen Faktoren in der Kindheit zu suchen, wie dies die psychoanalytische Theorie nahelegt.

Für die Pubertätsmagersucht nehmen wir an, daß es nicht die kindlichen oder frühkindlichen Erfahrungen mit der eigenen Mutter sind, die für die Pubertätsmagersucht anzuschuldigen sind, sondern daß die Mutter als die dem jungen Mädchen nächste erwachsene Frau durch ihre Bindung an den Vater die der Tochter bevorstehenden Lebensaufgaben repräsentiert. DÜHRSSEN bemerkt, daß sich die „am Leben und am Mann enttäuschten Mütter“ mit großer Vehemenz und erdrückender Ausschließlichkeit ihren Kindern zuwenden. Auch v. BAEYER verweist auf die Bedeutung der sozialen Rolle, die das junge Mädchen als Erwachsene übernehmen soll, und betont, daß häufig alle Motivationen in der individuellen Lebensgeschichte der Magersüchtigen fehlen. Der Konflikt mit der Mutter ist während der akuten Erkrankung durchaus bewußt, wie sich durch viele Beispiele belegen läßt. Eine Neurosenbildung mit Verdrängung hat nicht stattgefunden; denn sie erfordert Zeit. Die nicht oder noch nicht erfolgte Verdrängung ist mit der Annahme einer in der Kindheit gestörten Mutter-Kind-Beziehung als Ursache der Pubertätsmagersucht nicht vereinbar.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Differenzierung von Reifungskrisen und Neurosen für die Praxis? Echte Reifungskrisen sind gegenüber der großen Zahl der sich in der Adoleszenz manifestierenden Neurosen selten. Ihre Prognose ist im Gegensatz zu den aus der Kindheit herrührenden Neurosen ganz ungewiß. Sie können — symptomatologisch

ununterscheidbar — Prodrom einer schizophrenen Psychose sein. Wenn diese Möglichkeit nach einem Verlauf von 1 Jahr oder mehr kaum noch in Frage steht, bleibt für die Pubertätsmagersucht der Ausgang immer noch unentschieden. Die bei der Pubertätsmagersucht beträchtliche Zahl von einem Drittel Spontanheilungen sollte nicht dazu verführen, auf eine Psychotherapie zu verzichten. Die Psychotherapie einer Reifungskrise erfordert aber ein anderes Vorgehen als bei den Neurosen, bei denen die Verdrängung zum Abschluß gekommen ist. Bei den sich in der Adoleszenz als Verhaltensstörungen manifestierenden Neurosen können, im Gegensatz zu den Reifungskrisen, auch heilpädagogische Maßnahmen allein Erfolg haben.

Zusammenfassung

Reifungskrisen — wie die Pubertätsmagersucht und das Depersonalisations-Syndrom in der Adoleszenz — können nach ungestörter Kindheitsentwicklung und ohne auslösendes seelisches Trauma entstehen. Ihre Ursachen liegen in den in dieser Lebensphase zu bewältigenden Aufgaben. Reifungskrisen zeigen den seelischen Konflikt unverhüllt, die für die Neurose kennzeichnende Verdrängung fehlt. Kommt es nicht zur Spontanheilung, so geht die Reifungskrise in eine Neurose über. Reifungskrisen sind die Initialstadien einer Neurose. Weil es bei ihnen noch nicht zur Verdrängung des neurotisierenden Konflikts gekommen ist, sind Spontanheilungen möglich. Die fehlende oder unabgeschlossene Verdrängung erfordert ein besonderes psychotherapeutisches Vorgehen.

Die Manifestation der aus der Kindheit herrührenden Neurosen in der Adoleszenz beruht hauptsächlich auf den sozialen Anforderungen dieses Lebensabschnitts. Viele Neurosen haben daneben auch einen phasen-spezifischen Anteil; unter den Symptomen dominieren Konflikte mit der Gemeinschaft. Die Verdrängung der eigentlichen Ursachen ist zum Abschluß gekommen, Spontanheilungen sind nur noch selten möglich.

Literatur

- ¹ BAYER, W. v.: Metabletica — Bemerkungen zum gleichnamigen Werk von J. H. VAN DEN BERG, zugleich zum Problem der Pubertätsmagersucht. *Nervenarzt* **30**, 81—85 (1959).
- ² BALLY, G.: Die Psychoanalyse Sigmund Freuds. In: *Hb. d. Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 3. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959.
- ³ BIERMANN, G.: Nervöses Atmungssyndrom und Reifungskrise. *N.Öst. Z. Kinderheilk.* **2**, 125—134 (1960).
- ⁴ BRUCH, H.: Conceptual confusion in eating disorders. *J. nerv. ment. dis.* **133**, 46—54 (1961).
- ⁵ DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verlag für med. Psychologie 1954.
- ⁶ ERIKSON, E. H.: The syndrome of identity diffusion in adolescents and young adults. In: J. M. TANNER u. B. INHELDER: *Discussions on child development. III. Meeting of the WHO study group on the psychobiological development of the child*. Geneva 1955. London: Tavistock 1958.

- ⁷ ERIKSON, E. H.: *Identity and the Life cycle*. New York: Intern. Univ. Press 1959.
- ⁸ ERIKSON, E. H.: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett 1961.
- ⁹ FEDERN, P.: *Ich-Psychologie und die Psychosen*. Bern und Stuttgart: Huber 1956.
- ¹⁰ FREUD, A.: *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. London: Imago 1952.
- ¹¹ FREUD, S.: *Über neurotische Erkrankungstypen*. In: *Sammlung kleinerer Schriften zur Neurosenlehre*. Leipzig u. Wien: Deuticke 1913.
- ¹² FREUD, S.: *Gesamtausgabe Bd. XIV*, S. 196. London: Imago 1948.
- ¹³ FREUD, S.: *Gesamtausgabe Bd. I*, S. 387. London: Imago 1950.
- ¹⁴ HEYDT-GUTSCHER, D.: *Die Psychotherapie einer Magersüchtigen*. *Psychosom. Med.* **6**, 77—90, 185—201 (1960).
- ¹⁵ KRETSCHMER, E.: *Psychotherapeutische Studien*. Stuttgart: Thieme 1949.
- ^{15a} KRETSCHMER, E.: *Die Puberaldystrophien*. In: *Körperbau u. Charakter*, 23./24. Aufl., Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- ¹⁶ LOO, P.: *L'anorexie mentale*. *Ann. méd. psychol.* **116**, 734—750 (1958).
- ¹⁷ MEYER, J. E.: *Die Entfremdungserlebnisse*. Stuttgart: Thieme 1959.
- ¹⁸ MEYER, J. E.: *Das Syndrom der Anorexia nervosa*. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 31—59 (1961).
- ¹⁹ MEYER, J. E.: *Katamnestische Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern*. *Z. Psychother. med. Psychol.* **12**, 49—58 (1962).
- ²⁰ MÜLLER, CHR.: *Weitere Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheit*. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **133**, 80—94 (1957) und persönliche Mitteilung.
- ²¹ SCHILDER, P.: *The treatment of depersonalization*. *Bull. N. Y. Acad. Med.* **15**, 258 (1939).
- ²² SCHINDLER, W.: *Die Folgeerscheinungen der Pubertät für die Neurose der Erwachsenen*. *Z. Psychother. med. Psychol.* **11**, 177—185 (1961).
- ²³ SOMMER, B.: *Die Pubertätsmagersucht als leib-seelische Störung einer Reifungskrise*. *Psyche (Stuttgart)* **9**, 307—327 (1955/56).
- ²⁴ SPIEGEL, L. A.: *Identity and adolescence*. In: S. LORAND and H. I. SCHNEER: *Adolescents*. New York: Hoeber 1961.
- ²⁵ SPRANGER, E.: *Psychologie des Jugendalters*, 3. Aufl. Leipzig: Quelle u. Meyer 1925.
- ²⁶ THOMÄ, H.: *Anorexia nervosa*. Bern u. Stuttgart: Huber u. Klett 1961.
- ²⁷ ZUTT, J.: *Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht*. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **180**, 776—849 (1948).
- ²⁸ ZUTT, J.: *Der Lebensweg als Bild der Geschichtlichkeit*. *Nervenarzt* **25**, 426—428 (1954).

Prof. Dr. J. E. MEYER,
Nervenklinik der Universität, 8 München 15, Nußbaumstr. 7