

# HISTORISCHE ASPEKTE KLINISCHER KONZEPTE VON ADOLESCENZ

## CLINICAL CONCEPTS OF ADOLESCENCE: SOME HISTORICAL VIEWS

Rainer Huppert

### Zusammenfassung

Als spezifische Entwicklungsperiode wurde die Adoleszenz lange nicht angemessen erkannt. Die Formierung klinischer Konzepte setzte die Etablierung der Adoleszenz im gesellschaftlichen Bewußtsein voraus. Die komplexe Verflechtung biologischer und psychosozialer Merkmale bestimmte Deutungs- und Forschungsbemühungen sowie das Bild von Adoleszenz als Krise bis in dezidiert pathogenetische Konstrukte hinein. Positionen moderner Entwicklungspsychopathologie und die Ablösung übergreifender theoretischer Konzepte durch empirisch begründete Strategien relativierten diese Auffassung und führten zu einer Neubewertung psychopathologischer Auffälligkeiten dieser Lebens Epoche im Rahmen einer verlaufs- und entwicklungsorientierten mehrdimensionalen Betrachtung, ohne dass dieser bereits in Systemen nosologischer Klassifikationen immer explizit Rechnung getragen werden kann.

### Schlüsselwörter

Klinische Adoleszenzkonzepte - Reifung und Krise - Adoleszenz und Psychose - Entwicklungspsychopathologie

### Summary

The recent elaboration of clinical concepts of adolescence grows out of a set of historical and social circumstances in advanced societies. Research and clinical attention focussed on the controversy of adolescence as developmental transition and adjustment vs. turmoil. There were even concepts in 19th century psychiatry integrating the process of adolescence in the etiology of schizophrenic psychosis. With the emergence of the psychopathological perspective which provided explanations for particular empirical phenomena it had become obvious that the prevailing developmental theories were inadequate. The findings of developmental psychopathology included new aspects concerning the diagnostic evaluation and course of adolescent psychopathology.

### Keywords

clinical concepts of adolescence - developmental transition and turmoil - adolescence and psychosis - developmental psychopathology

### Einführung

Die vielschichtigen und vielgestaltigen Veränderungen der Adoleszenz sind unter sehr verschiedenen Blickwinkeln von Bedeutung, wenn auch - je nach theoretischem Ansatz - mit divergenter Gewichtung für die klinisch - psychiatrische Behandlung von Jugendlichen. Die Adoleszenz als eigenständige Entwicklungsphase oder Übergang zwischen Kindes- und Erwachsenenalter stellt sowohl hinsichtlich der theoretischen Betrachtung altersspezifischer Probleme als auch in der praktisch - institutionellen Umsetzung besondere diagnostische und therapeutische Anforderungen. Sie gilt als ein vernachlässigtes medizinisches und psychosoziales Beschäftigungsfeld, obwohl sich hier eine ganze Reihe klinischer Disziplinen wie Pädiatrie und Innere Medizin, Kinder- und Jugend- sowie Erwachsenenpsychiatrie, Gynäkologie, Dermatologie begegnen (Remschmidt 1992 b).

Adoleszente Entwicklung ist als eine Abfolge eng miteinander verflochtener Prozesse anzusehen, die bei dem weitaus größten Teil der Jugendlichen auf eine produktive Anpassung an die Anforderungen dieser Altersperiode hinauslaufen (Olbrich 1984). Im klinischen Kontext erscheinen Störungen und Erkrankungen dieser Altersperiode.

In Ermangelung externer valider und reliabler Diagnosekriterien ist die psychiatrische Diagnostik zwangsläufig auf Konventionierung angewiesen. Klinisch erhobene psychopathologische Befunde mit einem möglichst hohen Grad empirisch - statistischer Objektivierung auszustatten, ist seit der Verfügbarkeit entsprechender Erhebungsmethoden und vor allem rationeller Möglichkeiten der Datenverarbeitung Ziel psychiatrischer Diagnose- und Klassifikationssysteme, wie sie seit den 70er Jahren geführt und gehandhabt werden. Bis dahin

wurden psychiatrische Erkrankungen zumindest seit der Formulierung exakter psychopathologischer Deskription im ausgehenden 19. Jahrhundert von der Position ganzheitlich, z. B. daseinsanalytisch, konstitutionsbiologisch, phänomenologisch, anthropologisch, analytisch orientierter Anschauungen gesehen bzw. interpretiert, mitunter sehr fruchtbar für das Verständnis einzelner Patienten, jedoch häufig ohne klare, empirisch überprüfbare Validität des verwendeten diagnostischen Konstrukts. Mit dem weitgehend atheoretischen und ganz auf rein deskriptiven Inhalten aufgebauten, multiaxialen Klassifikationssystem (Remschmidt, Schmidt 1994) wurde ein Ansatz entwickelt, aus dem sich trotz kritischer Anmerkungen insbesondere von psychodynamisch ausgerichteten Positionen vor allem auf den Achsen II (umschriebene Entwicklungsstörungen), V (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) sowie VI (Globales soziales Funktionsniveau) im ICD 10 bzw. Achsen IV und V im DSM- IV vor dem Hintergrund des Desiderats mehrdimensionaler Betrachtung Anknüpfungspunkte auch für Entwicklungsaspekte ergeben können (Kapfhammer 1995).

Klinisch - psychiatrische Syndrome der Achse I, denen diesen Klassifikationssystemen zufolge eine altersbezogene Bedeutung zugemessen wird, umfassen darüber hinaus die sogenannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen, die im Kindes- und Jugendalter beginnen. Obzwar dezidiert entwicklungsrelevante Parameter in einige diagnostische Kategorien einfließen (z.B. entwicklungsinadäquate Trennungsangst), integriert dennoch keines der modernen nosologischen Systeme bezogen auf spezifische Störungen durchgängig Entwicklungsparameter. Die meisten seelischen Erkrankungen werden generell altersunabhängig diagnostiziert. Die Beurteilung der normalen Entwicklungsvarianz stellt hohe Anforderungen. Dimensionale und kategoriale Ansätze sollten in die Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen integriert werden (Remschmidt und Fombonne 1999).

Klinische Konzepte von Adoleszenz, wie sie für das Verständnis der Besonderheiten psychiatrischer Störungen im Jugendalter immer wieder in die klinische Praxis einfließen, haben also im Hinblick auf Diagnostik und Klassifikation derzeit allenfalls mittelbar über die o. g. Achsen Bedeutung. Lange gebräuchliche Störungskonstrukte wie z. B. das der Adoleszenzkrise sind wegen begrifflicher Unschärfe und mangels empirischer Nachprüfbarkeit aus dem konventionierten diagnostischen Inventar eliminiert worden. Ob und in welcher Form – kausal, anlassgebend, bahrend, pathoplastisch prägend – die komplexen adoleszenten Entwicklungsprozesse mit psychopathologischen Auffälligkeiten dieser Altersperiode zusammenhängen, wie und ob dieselben klinisch zu werten sind, bestimmte den klinischen Blick auf die Adoleszenz, seitdem diese als abgrenzbare Lebensperiode im gesellschaftlichen und konsekutiv klinischen Bewusstsein identifizierbar wurde.

### **Adoleszenz als Lebens- und Entwicklungsphase aus klinischer Sicht**

In einer mehrdimensionalen Betrachtung von Adoleszenz konvergieren Typen des Wandels innerhalb der Lebensspanne.

Der Begriff der Reifung bleibt den biologischen, physiologischen und anatomischen Entwicklungsschritten vorbehalten, die mit den psychosozialen Entwicklungsschritten verschränkt sind, zeitlich vorlaufend diese ermöglichen und ihrerseits Entwicklungsschritte auf psychosozialem Funktionsniveau ebenso erfordern wie intrapsychische Wandlungsprozesse. Unter einem übergreifenden Konzept von Sozialisation subsumiert, erfassen psychosoziale Entwicklungsschritte die unterschiedlichen Rollen und Rollenerwartungen, die in allen Gesellschaften abhängig vom Alter vor- und nachpubertär zu beobachten sind. Eine intrapsychische Entwicklung setzt also biologische Reifung voraus und wird oft durch soziale Erwartungshaltungen angestoßen und gefördert. Sie impliziert zunehmende psychische Komplexität und Differenzierung, Individuationsprozesse, Neubewertung von Erfahrungen, erhöhte psychische Flexibilität, ein breiteres Repertoire von Anpassungsmöglichkeiten an die Umgebung, begleitet von verstärkter Autonomie und Fähigkeit zu selbstbestimmten Handlungsformen (Keniston 1971). Innerhalb dieser Entwicklungstriade ist der Prozess der intrapsychischen Entwicklung insofern als der problematischste und störanfälligste anzusehen, da biologische Reifung einen endogenen Ablauf darstellt und es auch den meisten Individuen gelingt, soziale Rollenerwartungen, zumindest innerhalb der gesellschaftlich akzeptierten Varianz, im Großen und Ganzen angemessen zu erfüllen (Keniston 1971).

Im klinischen Verständnis werden unter dem Adoleszenzbegriff als Übergangsstadium vom Kindheits- zum Erwachsenenalter die vielfältigen psychischen und psychosozialen Reifungs-, Bewältigungs-, und Anpassungsprozesse subsumiert, während Pubertät als primär biologischer Begriff die physiologischen Veränderungen körperlicher und sexueller Reifung umfasst, die den Beginn der Adoleszenz markieren.

In der mehrdimensionalen Betrachtung, ein Ausdruck, der auf Ernst Kretschmer (1974) zurückgeht, der 1957 einen Aufsatz über "Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenie mit Bezug auf ihre Therapie" publiziert hatte, konvergieren diese komplexen Entwicklungsprozesse und legen einen umfassenden Adoleszenzbegriff nahe, in dem 4 Aspekte berücksichtigt werden:

1 - Biologischer Aspekt: Gesamtheit der somatischen Veränderungen in dieser Altersperiode, vor allem körperlicher Wandel und sexuelle Reifung

2 - Psychologische Entwicklungsabläufe: Erleben, Auseinandersetzung, Bewältigung somatischer Wandlungen, Konfrontation mit Umgebungsreaktionen auf den Wandel, Übergangsstadium der Persönlichkeitsstrukturierung, Auseinandersetzung mit den jeweiligen unscharfen sozialen Auffassungen von Adoleszenz

3 - Soziologischer Aspekt: Adoleszenz als Zwischenstadium mit Erreichen biologischer Geschlechtsreife ohne volle soziale Handlungskompetenz in persönlicher und beruflicher Hinsicht.

4 - Zeitlicher Aspekt: Die Variabilität der zeitlichen Grenzziehungen ist groß. Dieses gilt für die unscharfe untere Altersgrenze: 12./13. Lebensjahr, durch biologische Faktoren (Menarche, erste Ejakulation) markiert, ebenso wie die noch größere Streubreite der oberen Altersgrenze mit dem 18.- 24.

Lebensjahr, die vorwiegend durch soziale Faktoren wie Etablierung stabiler persönlicher Beziehungen, berufliche Integration bestimmt wird (Remschmidt 1988).

Im zeitlichen Längsverlauf wird die Adoleszenz in mehrere Stadien je nach Autor eingeteilt. Zumindest eine Zweiteilung: 1. Umbruch im körperlichen, psychischen und psychosozialen Bereich, Verlust des Status als Kind und 2. Reorganisation mit besserer Orientierung im Gleichaltrigenmilieu, Identitätssuche, soziale Rollenfindung und –antagonismen hat sich für klinische Belange als Referenz bewährt.

Adoleszenz als Lebensphase wurde auch dahingehend problematisiert, inwieweit es sich bei ihr um eine eigenständige Lebensphase mit phasenspezifischen Verhaltensweisen, sozialen Orientierungen, Konfliktfeldern handelt, eine Position, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie prononciert vertritt und die in vielen Bereichen institutionellen Umgangs mit Jugendlichen ihren Niederschlag findet (z. B. Berufswelt, Arbeitsrecht, Rechtsprechung, Betreuungsformen). Die Gegenposition sieht in der Adoleszenz lediglich eine Übergangsphase mit dem Verlufterleben kindlicher Geborgenheit ohne die Selbstverfügbarkeit und den Handlungsspielraum des Erwachsenen, ohne klare soziale Position des Jugendlichen, belastet mit Ablösungs- und Selbstfindungskonflikten (Remschmidt 1992 a)

### **Skizze gesellschaftlicher und theoretischer Formierung eines Konzepts von Adoleszenz**

Bevor die Adoleszenz als Lebensphase im heutigen Verständnis in den Fokus psychiatrischen Interesses rücken konnte, musste sich Jugend gesellschaftlich formieren, Jugend als identifizierbare soziale Gruppe von den ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen ermöglicht werden. Diese historischen Prozesse seit dem 18. Jahrhundert nachzuzeichnen, kann hier nur in ganz groben Zügen erfolgen. Dennoch soll darauf hingewiesen werden, dass dem weitgehend invarianten, monomorphen Reifungsprozess der Adoleszenz soziale Bedingungen und ein gesellschaftliches Bewusstsein gegenüberstehen, die historisch Jugend erst als Entwicklungsphase im psychosozialen und medizinischen Sinn erkennbar werden lassen. Veränderte ökonomische Bedingungen und Anforderungen, die eine derartige soziale Latenzphase und Freistellung von den Pflichten der Subsistenz erlauben, berufliche Differenzierungsprozesse, die allerdings über viele Epochen hinweg meist den jeweils höheren sozialen Schichten vorbehalten blieben, sind hier vor allem zu nennen.

In der Pädagogik der Aufklärung wurde Jugend als Fortsetzung von Kindheit als allgemeine Entwicklungsphase identifiziert und idealisiert, auch wenn ihr erstmals ein mitunter krisenhafter Charakter zugeschrieben wurde. Nach Rousseau wird im Jugendalter ein bis dahin unverbildetes Kind durch erwachende Sexualität, emotionale Differenzierung und Intensivierung ebenso vor erhebliche Konflikte gestellt wie durch die notwendige Konfrontation mit gesellschaftlicher Realität (Remschmidt 1992 a).

Die individuelle Erfahrung heute als adolescent attribuiertes affektiver, kognitiver und sozialer Qualitäten - häufig unter der Etikette einer tatkräftigen Jugend - gab es natürlich bereits vor der gesellschaftlichen Herausbildung und öffentlichen Wahrnehmung einer Lebensphase Adoleszenz. Nicht zuletzt eine Vielzahl künstlerischer Werke gibt insbesondere von den problematischen und kritischen Aspekten Zeugnis, wie Goethes Werther, Chateaubriands René, Jean Pauls Flegeljahre, Sylvie von Gerard de Nerval.

Unterschiedliche Gewichtungen pädagogischer, psychologischer und soziologischer Ansätze bestimmten die Auffassungen von Jugend im 20. Jahrhundert. Standen in den Jahren zwischen den Weltkriegen pädagogisch - psychologische Aspekte eines im Grunde naturhaft ablaufenden Prozesses wie emotionale Instabilität und Impulsivität, Häufung krisenhafter situativer Zuspitzungen bei einer Fokussierung auf die individuelle Reifung im Vordergrund, dominierten nach dem 2. Weltkrieg zunächst soziologische Inhalte wie z. B. Bearbeitung konflikthafter Rollenübernahmen, Antagonismen des familiären und öffentlichen Sozialisationsbereiches, bis sich eine interdisziplinäre Jugendforschung durchsetzte, die entlang individueller biografischer Entwürfe soziologische, entwicklungspsychologische und auch psychoanalytische Ansätze zu integrieren suchte (Remschmidt 1992 a).

Ursprünglich stellte sich die Adoleszenz als ein soziales Konzept dar, das sich erst unter gewandelten historischen und ökonomischen Bedingungen (Industrialisierung, steigende Qualifizierung von Arbeitskräften) herauskristalisieren konnte, nachdem - vereinfacht dargestellt - das alte Konzept vom Kind als kleinem Erwachsenen, das möglichst schnell in dessen Funktion rücken sollte, modifiziert und eine Übergangsphase vom Stadium des Kindes zu dem des Erwachsenen erkannt wurde (Parry-Jones 1989). Von Verantwortungs- und Tätigkeitsmerkmalen der Welt Erwachsener freigestellt, wurde dieser Altersperiode zumindest in bestimmten sozialen Schichten die Möglichkeit verlängerten psychologischen Reifens eröffnet. Altersspezifische Betreuungseinrichtungen wurden geschaffen (Keniston 1971). In welcher Weise die während dieser gesellschaftlich eingeräumten Phase nun entwickelten psychischen Qualitäten wie Autonomie, Anpassungskompetenz, Selbststrukturierung in einer hochentwickelten Industriegesellschaft zu einem individuellen Erfordernis wurden, kann hier nicht dargestellt werden.

### **Adoleszenzkonzepte innerhalb der Psychiatrie**

Die psychiatrische Disziplin vollzog die in größten Linien umrissene Entwicklung nach und wurde auf Adoleszenz aufmerksam. Klinische Beobachtungen führten zur Formulierung pathogenetischer Hypothesen psychiatrischer Auffälligkeiten bei Kindern. Genetische Disposition, besondere Vulnerabilität eines sich entwickelnden Hirns für organische Traumata, destabilisierende Erfahrungen im psychosozialen Umfeld wurden diskutiert. Hierdurch erfolgte der Anstoß zu einer bis heute noch nicht vollständig vollzogenen Abwendung vom "Adultomorphismus", d. h. der Bewertung eines Kindes und Jugendlichen und seiner Störungen gleich der eines Erwach-

senen. Vor allem im Kontext von Störungen, die ex post als Psychosen gewertet werden müssen, wurde die Pubertät in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als wichtige physiologische Störungsursache wahrgenommen (Hecker 1871, Tuke 1892, Maudsley 1895).

Die psychiatrische Beschäftigung mit der Adoleszenz stand also am Ende einer Entwicklung, die mit der Einstellung zu Kindern und Jugendlichen und ihren sozialen Status völlig verändernden gesellschaftlichen Bewußtseinsprozessen begann. Pädagogische und heilpädagogische Konzepte sowie Zugangsweisen auf der Basis philanthropischer philosophischer Strömungen führten zu Fürsorgeformen bei auffälligen Kindern und Jugendlichen, wobei in diese Gruppe aus heutiger Sicht und Terminologie vor allem geistig Behinderte und die nosologisch wenig fassbare Gruppe der Verwahrlosten zugeordnet wurden. Medizinische Betrachtungen im engeren Sinn, wie sie von der Epilepsie seit der Antike bekannt sind, wurden in dieser Zeit nur selten angestellt. Paracelsus wies zu Beginn des 16. Jahrhunderts auf den Zusammenhang von Kropf und Schwachsinn hin (Remschmidt 1992a).

Die medizinisch - psychiatrische Beschäftigung mit psychisch auffälligen Jugendlichen lässt sich kursorisch ebenfalls entlang einiger wegweisender Publikationen sowie der Einrichtung kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen nachzeichnen. Während H. Maudsley bereits 1867 in "The Physiology and Pathology of the Mind" ein Kapitel "The Insanity of Early Life" aufnahm und 1895 in "The Pathology of Mind" fragte: Wie früh kann ein Kind verrückt werden?, wurde das erste kinder- und jugendpsychiatrische Lehrbuch in deutscher Sprache 1887 von Hermann Emminghaus veröffentlicht: "Psychische Störungen im Kindesalter". In der Einführung seines Lehrbuches der allgemeinen Kinderpsychiatrie von 1942, das als erste umfassende Darstellung des Fachs angesehen werden kann, wies Moritz Tramer auf die "Andersverteilung des Schwergewichts" der psychiatrischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter gegenüber denen im Erwachsenenalter hin und grenzte die Kinderpsychiatrie als Disziplin, die sich das "ärztliche Verstehen und Helfen bei seelischen Schwierigkeiten jeder Art" des Kindes- und Jugendalters zur Aufgabe gemacht hat, ab gegenüber Pädiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. Eine ganzheitliche Betrachtung des Kindes und Jugendlichen auf einer "humanbiologischen" Grundlage ist die Position, aus der den Besonderheiten von Untersuchung, Diagnostik und Therapie eines in körperlicher und seelischer Entwicklung befindlichen Kindes und Jugendlichen Rechnung getragen werden sollte.

Der Entwicklungsgedanke wurde zunächst aus den somatisch orientierten Disziplinen der Medizin wie der Pädiatrie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie übernommen. Die Bedeutung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungsdynamik, die Gesetzmäßigkeit von Wachstum und Entwicklung sowie ihre Störungen war angesichts vieler organisch begründeter Defizite, wie sie in der Kinderheilkunde gesehen wurden, evident und regte Gedanken über den Charakter seelischer Anomalien als Reifungsstörungen, als Infantilismen oder Asynchronie von Entwicklungslinien an (Asperger 1967).

Sowohl in den theoretischen Überlegungen als auch im praktischen Kontext der Institutionen standen Jugendliche lange Zeit oft zwischen kinder- und erwachsenenpsychiatrischen Betreuungs- und Untersuchungsformen. Eine nennenswerte Verbreitung jugendpsychiatrischer Institutionen kam in Deutschland erst nach den Verwerfungen und Verstrickungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das T4-Programm des Nationalsozialismus nach dem 2. Weltkrieg in Gang, indessen die erste kinder- und jugendpsychiatrische Klinik im deutschsprachigen Raum überhaupt bereits auf Heinrich Hoffmann in Frankfurt zurückgeht, der 1864 an der Städtischen Anstalt für Irre und Epileptiker eine Kinderabteilung installierte. In den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden an den Universitätskliniken in Wien, Zürich, Tübingen, Leipzig, Heidelberg kinderpsychiatrische Abteilungen gegründet (Remschmidt 1992 a, Lempp 1981).

Lagen die Anfänge psychiatrischen Interesses an der Adoleszenz in der organisch medizinischen Betrachtung - dieses später auch noch mittelbar unter der Etikette der entwicklungs-pathogenetischen Theorien - gewinnen zu Beginn des 20. Jahrhunderts außermedizinische Disziplinen auf die klinische und wissenschaftliche Beschäftigung mit der Adoleszenz zunehmend Einfluss: Psychoanalyse, medizinische Psychologie, Sozialarbeit, Psychoedukation, Kriminologie (Kanner 1959).

Adoleszenz diente mit ihrem komplexen Spektrum biologischer, psychischer und sozialer Veränderungen als paradigmatisches Modell der Integration entwicklungspsychopathologischer Aspekte in psychopathologische Exploration und Betrachtung. Dieses hat in der Psychiatrie sowohl in der Geschichte des psychiatrischen Entwicklungsgedankens selbst, der nach Gesetzmäßigkeiten des als autonom angesehenen Wandels ebenso fragt wie nach Faktoren, die diesen in negativer (Krankheit) bzw. positiver Richtung (Therapie) zu beeinflussen vermögen, als auch im Kontext von Überlegungen zu Manifestationszeitpunkt und Verlaufsdynamik bei einer Reihe psychiatrischer Erkrankungen - hier sind vorrangig die schizophrenen Psychosen zu nennen - eine lange Tradition. Sie läßt sich in den allgemeinen Reflexionen über den Zusammenhang von Krankheits- und Reifungsprozessen bis in die Antike zurückverfolgen. Aber erst im 19. Jahrhundert wurde dieser Ansatzpunkt konsequent weiterentwickelt. Einzelne Beschreibungen dramatischer Persönlichkeitsveränderungen im ausgehenden Jugendalter, die aus heutiger Sicht als schizophrene Psychosen eingeordnet werden müssten, sind hingegen bereits aus dem 17. und 18. Jahrhundert überliefert. Thomas Willis (1672): "Reife und Neigung des Alters veranlagt manche zur Narrheit... Einige, früher geschickt und begabt, werden allmählich stumpf, schließlich albern, allein mit dem Ablauf der Alterung und ohne ein falsches Leben geführt zu haben... Ich kannte viele, die in der Kindheit sehr klug und gelehrig gewesen waren, ... und die nach der Jünglingszeit stumpf und blöde davongingen." (Zit. nach W. Kretschmer 1972).

Auch wenn in einem breiteren ideengeschichtlichen Kontext, der hier nicht ausgeführt werden kann, Vorstellungen von Entwicklung seit der Aufklärung zu ideellen, ethischen, auch kosmischen und biologischen Systemen führten, ist ein Trans-

fer dieses fundamentalen Gedankens auf seelische und organisch - pathologische Sachverhalte also erst seit Beginn des 19. Jahrhunderts auszumachen. So kennzeichnete Carus (1831) Krankheit im Rahmen einer Theorie der Rückbildung als "Zurückbildung des Lebens", als ein Zurückweichen des Organismus in eine unreifere Lebensperiode, während Esquirol (1838) bereits Gedanken formulierte, wie Krankheit und Reifung zusammenhängen könnten, indem er ein Missverhältnis von geistigen und körperlichen Kräften vermutete, das zu einem vorzeitigen Erliegen der ersteren führt und konsekutiv zu einem Stillstand der geistigen Entwicklung (W. Kretschmer 1972).

Nach einem Diktum Wolfgang Kretschmers (1972) kommt die Psychopathologie ohne Studium und Aufhellung von Entwicklung nicht aus. Im Rahmen dieses Beschreibungsansatzes steht diese vor allem durch die implizite Nähe des biologischen Faktums Reifung in einem traditionsreichen Spannungsverhältnis zu dem Begriff des Prozesses als zunächst rein medizinischem Verlaufsbegriff einer unumkehrbaren, dauernden Veränderung. In der von Jaspers (1973) erarbeiteten Konzeption eines psychopathologischen Prozessbegriffs werden als dessen biographische Kriterien das "Auftreten des Neuen in einer zeitlich lokalisierbaren kurzen Spanne, die Begleitung mannigfacher Symptome in dieser Zeit, der Mangel einer auslösenden Ursache oder eines zureichend begründenden Erlebnisses" genannt. Entwicklung impliziert nach Jaspers' Verständnis das normale biologische Grundgeschehen mit dem Wachstum einer Anlage, die in Wechselwirkung mit dem sie umgebenden Milieu steht und auf Erlebnisse in "für das Verstehen zureichender" Weise reagiert. Auf diese Weise wird der Anspruch einer Differenzierung pathologischen Geschehens von sich zeitgleich manifestierenden, aber dem Normalpsychologischen zuzuordnenden biographischen Phänomenen und Verlaufstypen eingelöst und mit der Einführung des Kriteriums der Heterogenität - nach einer Formulierung Kurt Schneiders die Unterbrechung der Sinngesetzlichkeit der Persönlichkeitsentwicklung - die Abgrenzung vom somatischen Abbauprozess vollzogen. Dabei bedarf der psychische Prozess immer der Referenz eines unterstellten "normalen" Verlaufs des Lebensgeschehens, aus dem er mit "relativer Zwangsläufigkeit" (Häfner 1963) ausbricht, jedoch ohne die die Persönlichkeit konstituierenden Konstellationen intakten Bewusstseins, Orientierung und kognitiver Basisfunktionen zu verlassen. Auch eine normale Entwicklung kann durchgehend partiell prozesshafte Elemente aufweisen. Häfner (1963) nennt hier Verselbständigung eines Themas, Einschränkungen psychischer Funktionen, die den Charakter von Prozessschritten zeigen können, ohne in einen fortschreitenden Prozess entgleiten zu müssen.

Die klassische Entwicklungspsychopathologie ist für die Psychiatrie zuerst mit dem Namen Karl Kahlbaums verbunden, der 1863 in seiner Monographie "Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen" einen neurophysiologisch - naturwissenschaftlich begründeten Versuch einer Systematik psychischer Störungen unternahm. Darin traf er erstmals eine Unterscheidung innerhalb der

psychopathologischen Erscheinungsbilder in Zustandsbilder oder "Habitualformen", in denen sich als eine frühe Formulierung des heutigen Syndrombegriffs in typischer Weise Symptome versammeln sollen, und charakteristischer Verlaufsformen solcher Zustandsbilder. Kahlbaum entwickelte sein psychologisches Krankheitskonzept nach einer Neuorientierung psychiatrischer Forschungsausrichtung, dass auf der beobachtenden, induktiven Erfassung aller Lebensvorgänge, einer strengen wissenschaftlichen Analyse psychopathologischer Phänomene nach naturwissenschaftlichen Prinzipien und differenzierter Deskription beruhte. Im Rahmen dieser Neuorientierung wurden somatisch fundierte Konzepte auf der Basis von Hirnpathologie, Hirnanatomie, Neurophysiologie, sowie Positionen der Degenerations- und Entartungslehre formuliert. Somatische Degenerationsstigmata führten in das Spektrum beobachtbarer Psychopathologie die Problematik von "moralischem Irresein" und "psychopathischer Minderwertigkeit" ein. Das waren Grundpfeiler einer Umgestaltung der Seelenheilkunde zu einer klinisch ausgerichteten, experimentell arbeitenden "physiologischen Psychologie". Mit ihnen erfolgte eine Abkehr von spekulativen Fragestellungen wie der traditionsreichen Diskussion um die Leib- Seele- Problematik (Kindt 1980).

Erst die Erfassung aller Lebenserscheinungen des gesunden und auch des kranken Menschen, die Analyse psychischer Phänomene im Kontext der gesunden körperlichen und psychischen Fähigkeiten und Möglichkeiten erlaubten nach Kahlbaum eine Erfassung psychopathologischer Symptome, die von ihm in ein System psychophysischer Abweichung gestellt wurden. Nur die Konvergenz von psychopathologischen Einzelementen und ihre Ableitung aus dem Gesamt des Individuums, also seines Alters, seiner Lebensumstände, seines Entwicklungsstandes ermöglichten eine exakte Abgrenzung von Zustandsbildern seelischer Störungen.

Diese methodische Ausgangskonstellation führte Kahlbaum zu der impliziten Auffassung, dass der Ausbruch bestimmter seelischer Erkrankungen nicht zufällig mit Reifungsvorgängen wie denen von Pubertät und Adoleszenz korreliert ist, sondern dass der je in Gang befindliche Entwicklungsprozess kausales Agens der seelischen Erkrankung sein kann. Für die Reifungsvorgänge der Adoleszenz wurde dieses an der Hebephrenie, später nosologisch als eine Erscheinungsform von Dementia praecox (Kraepelin 1913) bzw. der Gruppe der Schizophrenien (Bleuler 1911) eingeordnet, wie sie Hecker, ein Mitarbeiter Kahlbaums, 1871 beschrieb, beispielhaft deutlich gemacht. Die Hebephrenie hatte Kahlbaum als einen Prozess geistigen Verfalls, "geistiger Schwäche", der erst im Jugendalter auftritt, von Erscheinungsformen des "Blödsinns" von Geburt an, abgetrennt: "... eine Form der Geistesstörung, die ebenfalls wechselnde Zustandsformen zeigt und im Anschluß an die Jahre der Pubertät auftretend, mit dem in dieser Zeit vor sich gehenden großen Umschwung der körperlichen und geistigen Entwicklung in engem Zusammenhang steht." (Hecker, 1871).

"...Gerade in diese Zeit nun fällt jene Seelenstörung, die wir Hebephrenie nennen, hinein und abgesehen von ihrem sonstigen Verlaufe, zeigt sie ihre hauptsächlichste Wirksamkeit darin, dass sie ihre zerstörende Hand an jene so eben erst im Erstar-

ren begriffene Form anlegt und so auf's Neue ein Zerfahren des noch leicht zerfließlichen Inhalts herbeiführt. Dabei geht aber von diesem Inhalt gerade der edelste Teil verloren. Der Krankheitsprozess setzt der geistigen Weiterentwicklung eine Grenze und bringt eine eigenthümliche Form des Schwachsinn hervor, der als Inhalt nur die toten Elemente jener eben durchlebten Entwicklungsphase birgt." (Hecker, 1871).

Seelische Entwicklung wird hier analog der Realisierung eines endogen determinierten Gestaltplans angesehen. Die klinische Beobachtung der Häufigkeitszunahme schwerster Psychosen im Lebensabschnitt Pubertät/Adoleszenz und deren differenzierteste psychopathologische Beschreibung führten also zu der Hypothese, dass es der Lebensabschnitt selbst sein könnte, der als kritische Endstrecke sich vollendender psychischer Reife die Wurzel dieser Erkrankung bildet, deren weiterer Verlauf dann dem einer organisch begründeten, degenerativen Störung ähneln kann. Ohne allerdings kurzschlüssige Kausalbeziehungen zu postulieren, sollte Pubertät nach den Auffassungen von Kahlbaum und Hecker durch folgende Faktoren zum zentralen Agens des pathogenetischen Gefüges werden können (W. Kretschmer 1972):

- Der Altersabschnitt stellt per se eine Labilisierung der Persönlichkeit mit erhöhter Anfälligkeit für jegliche externe oder interne Einflüsse dar.

"Mit der beginnenden Pubertät erwachen in der Seele des Jünglings und der Jungfrau, angeregt durch bisher unbekannt empfundene eine Reihe dunkler Vorstellungsmassen, die mit den vorhandenen in Widerstreit tretend eine seltsame Verwirrung hervorrufen. Das neue "Ich" will sich schaffend hindrängen in das Alte, aber es findet gewissermaßen nicht Raum in den vorhandenen Formen; es dehnt sich und streckt sich Körper und Geist in ungeschickten Wendungen hin und her, um sich den neuen Gefühlen und Vorstellungen anzupassen. Das alte Ich mit den halbausgewachsenen Kinderschuhen an den Füßen will sich noch nicht recht verdrängen lassen, und es beginnt ein Kampf, ein eigenthümlicher Widerstreit der Gedanken und Empfindungen..." (Hecker 1871)

- Vorbestehende Reifungsauffälligkeiten, auch körperliche Retardierungen disponieren zu einer konfliktbeladenen Adoleszenz.

- Ein anlagebedingter, möglicherweise genetischer Faktor belastet den Prozess der Reifung in diesem Altersabschnitt und führt zu einer schließlich verhängnisvollen Kaskade.

Da im Jugendalter der "ethische Gesamtzustand des Menschen zum vorläufigen Abschluß" kommt und die "Intelligenz als das Mittel, vermöge dessen wir in der Menschenwelt zu aktiven Gliedern werden, im größten Umfang zur Aneignung gebracht" wird (Kahlbaum 1884), treten Alterationen dieser psychischen Funktionen bei den in dieser Altersgruppe auftretenden Krankheitsformen in den Vordergrund. Sie kennzeichnen die Beschreibung des Störungsbildes der Hebephrenie und des von Kahlbaum benannten Heboids, bei dem zwar "Abweichungen des gesamten Verhaltens" beobachtbar werden sollen, jedoch produktive psychotische Symptome sowie die Ausbildung massiver intellektueller Einschränkungen unterbleiben. Letzteres stellt ein Störungsbild dar, das nach den heutigen diagnostischen Gepflogenheiten durch schizotyp, schizoide Entwicklungen, zwischenzeitlich auch Schizo-

phrenia simplex- Formen und das Spektrum der Persönlichkeitsentwicklungsstörungen vom emotional- instabilen Typ erfasst werden dürfte.

Ausgehend von einer erschütternd exakten Beschreibung hebephrener Symptomatologie wurde diese Erkrankung mit den normalpsychologischen Reifungsvorgängen dieser Altersperiode verglichen und festgestellt: "...der Beginn der Krankheit... fällt... in eine Zeit, wo die sich während der Pubertät vollziehende "psychologische Erneuerung des Ich" (Griesinger) unter normalen Verhältnissen ziemlich ihren Abschluss erreicht hat... Dieser psychologische Prozess, der mit einer Reihe besonders markierter Symptome einhergeht, wird durch die Hebephrenie gewissermaßen in eine pathologische Permanenz erklärt, indem die Erscheinungen, welche in jenem Übergangsstadium zeitweilig zur Beobachtung kommen, sich in krankhaft gesteigertem Maasse hervordrängen und schließlich zu einem eigenthümlichen Endstadium führen, das wir wegen seiner charakteristischen Eigenschaften als den hebephrenen Blödsinn bezeichnen können." (Hecker, 1871, S. 400).

Die für Kahlbaum und Hecker offensichtliche Nähe der Erscheinungsbilder von Pubertät und Hebephrenie gründeten sie vor allem auf sogenannten formalen Merkmalen des äußeren Verhaltens, der Psychomotorik und des Gefühlsausdrucks sowie vergleichbaren lebensgeschichtlich- situativen Gegebenheiten von pubertärer bzw. adoleszenter Reifung und beginnenden Schizophrenien. Bei beiden Entwicklungen komme es zu einer ausgesprochenen Labilisierung des seelischen Grundgefüges, zum Aufkommen bislang dem Individuum unbekannter Denk- und Vorstellungswelten. Auseinandersetzung mit neu auftretenden Impulsen würde ebenso gefordert wie die Aufgabe einer (in der Psychose misslingenden) Selbstbehauptung, in einer die Persönlichkeit als Ganzes erfassenden und schließlich erschütternden lebensgeschichtlichen Situation.

Diese Auffassung von Pubertät und Adoleszenz als Krise ist für das psychiatrische Denken des 19. Jahrhunderts als repräsentativ anzusehen. Sie prägte vor allem das biologisch orientierte psychiatrische Verständnis von seelischen Störungen dieser Altersepoche und beeinflusste nicht zuletzt auch bis weit in das 20. Jahrhundert hinein das psychoanalytische Konzept von Adoleszenz, wie es A. Freud, Erikson, Bernfeld formulierten. Im Hinblick auf die pathogenetischen Konsequenzen dieser Kennzeichnung faßte W. Kretschmer (1972) zusammen: "Aus einer Krise entsteht eine Psychose leichter als aus einer gefestigten Verfassung heraus und aus einer Reifungskrise heraus leichter als aus einer gewöhnlichen seelischen Krise, weil jene den ganzen Organismus ergreift."

Die intensive Beschäftigung mit und exakte psychopathologische Deskription der Symptomatik schizophrener Psychosen um die Jahrhundertwende, die für die Nosologie der Psychosen eminente Bedeutung erlangten und vor allem mit den Namen von Emil Kraepelin und Eugen Bleuler verbunden sind, bewegte sich entweder stets in dem von Kahlbaum vorgegebenen Rahmen oder in der Auseinandersetzung mit ihm. Im Hinblick auf das "Hebephrenieproblem" wurde eine dezidiert kausale Beziehung von Alter bzw. Entwicklungsperiode und einer Psychoseform kritisch distanziert - Kraepelin - bis völ-

lig negierend – Bleuler - gesehen. So vertrat Kraepelin in der Auflage seines Lehrbuches Psychiatrie von 1913 die Auffassung, dass Ähnlichkeiten pubertärer und psychotischer Verhaltensweise allein noch keine Rückschlüsse auf ursächliche Beziehungen der von ihm Dementia praecox genannten Psychoseformen, unter die er auch die Hebephrenie subsummierte, erlaubten: “Sicherlich bestehen gewisse Beziehungen zum Lebensalter... Dennoch werden wir aus diesen Ähnlichkeiten noch nicht auf ursächliche Beziehungen der Dementia praecox zur Pubertät schließen, da eine zeitliche Begrenzung des Leidens auf die Entwicklungsjahre durchaus nicht stattfindet.” (Kraepelin 1913). Bleuler nahm hingegen die hebephrenen Psychosen, die wie gesehen bis dahin als paradigmatisch für die Verflechtung von Entwicklung, Reifung und Erkrankung galten, aus jedem Alterszusammenhang heraus, auch wenn er konzedierte, dass die meisten Fälle in und bald nach der Pubertät erkranken: “Für uns ist das Alter irrelevant, und die Symptome der Geziertheit und des Pathetischen, der Freude an Lümmeleien auf der einen Seite, der Altklugheit, dem Trieb zur Beschäftigung mit den höchsten Problemen andererseits, finden wir auch bei anderen Schizophrenen...” (Bleuler 1911).

Nicht erst die theoretisch unterlegte, klinische Diskussion um das Konzept der Hebephrenie, das in der Geschichte der Psychiatrie eine eigene Tradition hat, sondern bereits der auch ohne übergreifende pathogenetische Hypothese zu konstatierende stupende Anstieg von Ersterkrankungen in der Adoleszenz, rückten diese Altersperiode im Kontext dieser schweren Erkrankungen in das Blickfeld psychopathologischen Interesses. Den nach dem 1. Weltkrieg formulierten entwicklungs-pathogenetischen Theorien gemeinsam (Homburger 1926, Mayer-Gross 1932) ist im Hinblick auf eine etwaige pathogenetische Relevanz immer die ausdrückliche Charakterisierung dieses Altersabschnitts als krisenhaftem Geschehen, auch wenn nach Homburger der Entwicklungsaspekt in der psychopathologischen Beurteilung insbesondere bei den endogenen Psychosen nur einer unter mehreren sein kann. Eine scharfe Unterscheidung zwischen normalen, abnormen und pathologischen Pubertätsvorgängen zu treffen, war nach Homburger nicht möglich. Er sah das Krisenhafte dieses Reifungsabschnitts in der “Gesamtheit der polaren Gegensätze des Geschehens”, in der lebensgeschichtlichen Rück- und Zukunftswendung, den ineinandergreifenden Ablösungs- und Bindungsvorgängen, der affektiven Labilität, dem fluktuierenden Icherleben, der Ambivalenz in Wollen und Fühlen, Vorgänge, die als Ganzes mehr sind als nur quantitative Erweiterung, sondern einen qualitativen Entwicklungsschritt darstellen.

Zu der generalisierenden Auffassung von der Reifung als Krise hat beigetragen, dass der Reifungsprozess innerhalb der Psychiatrie generell hauptsächlich auf das pathologische Moment psychischer Prozesse bezogen und von diesem Blickwinkel aus untersucht und interpretiert wurde. Exemplarisch vertrat Ernst Kretschmer diese Position, der einen wichtigen Beitrag zur psychiatrischen Auffassung von Pubertät und Adoleszenz formulierte. “Wie die normale körperlich - seelische Pubertätsentwicklung vor sich gehen müßte, das sehen wir am besten

dort, wo Störungen auftreten.” (E. Kretschmer 1974). Unter der Etikette einer “konstitutionellen Entwicklungsphysiologie” maß Kretschmer dem Reifungsprozess eine starke biologische Verankerung zu: “...muß man die konstitutionellen Reifungskrisen in einen großen gesamtbiologischen Rahmen hineinsehen und sie zunächst einfach als biologische Variantenbildungen betrachten. Erst von dieser streng naturwissenschaftlichen Basis aus, die zunächst einmal körperliche Entwicklungsstadien, endokrine Funktionsschwankungen und die damit auf's engste zusammenhängenden Instinktmechanismen betrachtet - erst auf dieser Basis lassen sich dann die Reifungsunterschiede und Reifungsschwierigkeiten der Jugendlichen in ihren bald pädagogischen, bald juristischen, bald ärztlichen Ausstrahlungen verstehen. (E. Kretschmer 1949). Auch Kretschmer betonte die bereits von Kahlbaum ausgeführten Gedanken über den ungünstigen Dispositionseinfluß von Reifungsretardierungen und stellte diese in einen “konstitutionellen Rahmen”. “...Betrachten Sie es als ein konstitutionelles Grundgesetz, dass junge Menschen, die erhebliche körperliche Reifungshemmungen zeigen, in der Regel auch in ihrem psychischen Gleichgewicht als erheblich gefährdet zu betrachten sind.” (E. Kretschmer 1949) Im Rahmen von Pubertätskrisen würden die “ganzen neurobiologischen Schwierigkeiten dieser psychophysischen Umschlagstelle” übergroß beleuchtet. Dennoch war die Pubertät für E. Kretschmer nicht per se ein pathologischer Vorgang, sondern “als ein ganzheitlicher biologischer Ablauf, dessen körperliche und psychische Anteile untrennbar zusammengehören und beim Gesunden nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten synchronisiert sind” (E. Kretschmer, 1974) anzusehen. Sie war in einer kontinuierlichen Erscheinungsreihe psychologischer und psychopathologischer Bilder zu stellen bis hin zu den in diesem Alter auftretenden psychotischen Erkrankungen. “Wir können nach unserer Erfahrung eine lückenlose biologische Variantenreihe bilden, die von den alltäglichen Pubertätsschwierigkeiten normaler junger Leute über die Fälle der immer schärfer akzentuierten psychopathischen Pubertätskrisen bis zu den leichtesten Heboiden und von da weiter bis in die schweren Zerfallsformen des Jugendirreseins hineinführen.” (E. Kretschmer 1974). Es zeigen sich hier, wenn auch unter einer starken biologischen Orientierung, Denkansätze, die in der heutigen Auffassung dimensionaler nosologischer Systematisierungen wiederkehren.

In seiner umfassenden Monografie “Reifung als Grund von Krise und Psychose” aus dem Jahr 1972 gab W. Kretschmer einen Überblick auch über die psychiatrischen Auffassungen zu einer “Psychopathologie der Jugend”, der nachwies, wie auch ohne tiefere Verankerung in entwicklungs-pathogenetische Traditionen der Gedanke, auf welche Weise psychische und somatische Reifung - unter Umständen auch als pathoplastisches Gestaltungsmoment - und seelische Erkrankung verflochten sein können, immer wieder aufgegriffen wurde. Ohne alle Einzelströmungen und Autoren, die die bereits skizzierte Grundgedanken nicht wesentlich variieren, darstellen zu können, soll ein gemeinsames Element hervorgehoben werden. Das krisenhafte und gefahrenvolle Moment der adoleszenten Reifungsjahre, welches insbesondere psychisch und auch körperlich ungünstig Disponierten bedroh-

lich, wenn nicht verhängnisvoll werden kann, ist elementar mit dem eines lebensgeschichtlich maximalen Entwicklungs- und Entfaltungspotentials verflochten und es ist diese Spannung, die zu der erheblichsten Labilisierung des seelischen Gleichgewichts führen kann.

Wolfgang Kretschmer formulierte die anrührende Frage, "... warum sich gerade in der Zeit der größten Vitalität- nämlich um das 20. Lebensjahr- die schwersten Geisteskrankheiten häufen" (W. Kretschmer 1972). Neue neurobiologische Hypothesen der Adoleszenz als Manifestationsphase spezifischer neuronaler und synaptischer Reorganisationsprozesse weisen dieser im Bedingungsgefüge derartiger Erkrankungen wieder einen besonderen Platz zu. Gleichwohl gilt es, sich unverändert der Mahnung Manfred Bleulers zu erinnern, dass bereits beinahe jede individuelle Epoche der menschlichen Entwicklung von der Schizophrenieforschung verdächtigt wurde, im Hinblick auf diese Erkrankung besonders kritisch zu sein und festzustellen, schizophrene Psychosen sind keine spezifischen Erkrankungen der Adoleszenz (M. Bleuler 1972). Unstrittig hingegen ist ein sprunghafter, erklärungsbedürftiger Anstieg der Erkrankungshäufigkeit in der ausgehenden Adoleszenz beginnend und in das frühe Erwachsenenalter hineinreichend. Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass bei aller Bewertungsvorsicht dieser Tatsache die Schwelle zum Erwachsenenalter mit den zu leistenden Entwicklungsaufgaben charakteristischer Auslösefaktor einer Erkrankung zu sein scheinen, für die nach einer Anmerkung Blankenburgs (1983) das Erwachsenwerden nicht nur eine beliebige Rahmenbedingung für das Einsetzen der Psychose, sondern geradezu die entscheidende Klippe darstellt, an der die Erkrankenden scheitern. Von dieser anthropologisch orientierten Seite (Kulenkampff 1964) wurde insbesondere die Aufgabe der Verselbständigung thematisiert und auf den Hiatus zwischen dem Erreichen biologischer (also auch Geschlechts-) Reife und psychosozialer Autonomie hingewiesen.

Systematisch wurden bis auf die bereits dargestellten Ausführungen von E. Kretschmer entwicklungspsychopathologische Gedankengänge zunächst nicht weiterverfolgt. Nach dem 2. Weltkrieg wurde insbesondere im Kontext differentialdiagnostischer Probleme psychopathologisch unscharfer Zustandsbilder in der Adoleszenz einhergehend mit alterstypischen Verhaltensformen und unspezifischen Auffälligkeiten wie Antriebsstörungen, Leistungsversagen in Schule oder Beruf, sozialem Rückzug, scheinbar anlasslosen Verstimmungszuständen versucht, diese diffusen Querschnittsbilder aus dem Verlauf heraus diagnostisch zu fassen und prognostische Kriterien dieser Adoleszenten Krisen herauszuarbeiten (Langen und Jäger 1964, Braun-Scharm 2000), andererseits aber auch durchaus bereits aus dem vagen zu fassenden psychopathologischen Querschnitt eine differentialdiagnostische Zuordnung mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen für den betreffenden Jugendlichen zu treffen. So ordnete Glatzel (1968) juvenil - asthenische Versagenszustände mit neurasthenischen Symptomen, Coenästhesien, Entfremdungserlebnissen, diskreten formalen Denkstörungen bereits bestimmten Verlaufsabschnitten endogener Psychosen zu.

Entlang der Hauptthemen adoleszenter Entwicklung, die Meyer (1962) in Anlehnung an eine Formulierung von Eduard Spranger als Entdeckung des Ichs, erlebte Sexualität, Hineinwachsen in die Gesellschaft vereinfacht aufteilte, wurden auch die häufigsten, in der Adoleszenz auftretenden Störungen verstanden wie Depersonalisationssyndrome, Zwangssymptome, Ess-Störungen, Sozialverhaltensauffälligkeiten. Nach Meyers Auffassung führen phasenspezifische Anpassungsschwierigkeiten insbesondere im psychosozialen Kontext aber nur dann zu Auffälligkeiten von klinischer Relevanz, wenn bereits anamnestic in Kindheit und präpuberal ähnliche Auffälligkeiten bekannt waren. Klinisches Interesse galt an diesem Punkt vor allem der Frage, wie sich die in der Adoleszenz manifest werdenden Störungen in prognostischer Hinsicht vor allem in der differentialdiagnostischen Abgrenzung einer unspezifischen Reifungskrise, die nun selbst den Auftakt einer Neurose markieren könnte, vom Beginn einer neurotischen Entwicklung differenzieren ließen.

Hier wurden bereits Abgrenzungsansätze deutlich, die die moderne Entwicklungspsychopathologie für ein breites Spektrum von Störungen weiterverfolgt hat (Resch 1996).

### **Theorien der Adoleszenz**

Trotz vieler kritischer Einwände und Unzulänglichkeiten im Hinblick und die Anwendung auf das klinische Patientengut wurden aus dem breiten Spektrum theoretischer Adoleszenzkonzepte für die klinische Praxis viele Einzelaspekte implizit in den psychiatrischen Umgang mit dieser Altersgruppe aufgenommen. Adoleszenz als ein Lebensabschnitt des Umbruchs, der Unruhe, Auflehnung, kritischer Auseinandersetzungen zwischen den Generationen, Auffassungen, Ansichten, die sich anhand von Einzelschilderungen und künstlerischen Bearbeitungen über Jahrhunderte zurückverfolgen lassen, diese Zuschreibungen mussten im Zeitalter statistisch - empirischer Datenerhebungen über psychologische, psychosoziale und psychopathologische Phänomene der Adoleszenz an vielen Punkten der Entwicklung der Mehrheit der Jugendlichen differenziert, wenn nicht gar revidiert werden. Sie zeigten einerseits die Grenzen jeglicher eindimensionaler Theoriebildung (Masterson 1967), die Fokussierung auf klinisch auffällige Adoleszenzentwicklungen, andererseits die suggestive Kraft dieses Bildes von Jugend auf. Die Fülle der theoretischen Perspektiven von Adoleszenz zu ordnen, stellt die Frage nach für die Klinik tauglichen Ordnungskriterien. Renschmidt (1992a) hat kritisch angemerkt, "dass alle gewählten Kriterien entweder einen Gesichtspunkt unzulässig verallgemeinern oder die Situation jeweils einer kleinen Gruppe von Adoleszenten zur allgemeingültigen Theorie erheben." Eine disziplinäre Zuordnung biologischer, psychoanalytischer, psychologischer, soziologischer Konstrukte erscheint ebenso praktikabel wie eine nach den klinisch relevanten Traditionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: neuropsychiatrische Richtung, heilpädagogische Orientierung, psychoanalytischer Akzent sowie eine empirisch - epidemiologisch - statistische Richtung. Überschneidungen zwischen diesen Klassifikationen ergeben sich hier ebenso wie in einer theoretischen Klassifizierung entlang altersbezogener Entwicklungsaufgaben (biologisch - psychosexuelle Reifung,



psychosoziale Entwicklung, kognitive Prozesse, moralisch-ethische Entwicklungslinie) (Havighurst 1972).

Übersicht (modifiziert nach Remschmidt 1992 a)

### **Biogenetische Theorien:**

Entwicklung als Entfaltung von Anlagen

Endogene Steuerung der Entwicklung: genetisch festgelegter Reifungs- und Entfaltungsplan

Entwicklung als diskontinuierliche Stufen- bzw. Phasenfolge  
Kombination von Entfaltungs- und Stufenkonzept

Akzent auf Reifungsprozessen i. S. der Realisierung eines immanenten Bauplans

### **Wachstumsmodelle:**

Kontinuierlicher Entwicklungsablauf

Wachstumsbegriff als Spektrum von Funktionsveränderungen entlang einer Zeitachse

Adoleszenz als Lebensphase, in der der Zuwachs von Fähigkeiten und Funktionen einen Höchststand erreicht

Sowohl die Auffassung von abgrenzbaren Entwicklungsstufen als auch eine Ausdehnung des stark biologisch akzentuierten Modells auf emotionale und kognitive Inhalte sind zentrale Kritikpunkte an diesen Entwürfen.

### **Psychologische Theorien:**

Biografisch- deskriptiver Ansatz:

Fokussierung auf individuelle Lebensläufe

Entwicklung in der Adoleszenz als kontinuierlicher, situativ und peristatisch beeinflusster Prozess, meist ohne krisenhafte Zuspitzungen

Ausbildung adoleszenzspezifischer Bewältigungsstrategien in Form von sog. Daseinstechniken (Thomae in Olbrich 1984): Leistungstechniken, defensive, evasive, expressive Techniken, aggressive Verhaltensweisen

Individuelle Reaktionsformen auf Konflikte und Belastungen

### **Kognitive Ansätze:**

Entwicklungstheorie von Piaget, die Ausbildung und Differenzierung kognitiver Funktionen in das Zentrum von Imitation, Adaptation, Assimilation als wesentliche Entwicklungsfaktoren stellt.

Konzept der Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1972), der als Entwicklungsaufgaben für das Jugendalter benannte: Neue und reifere Beziehungen mit gleich- und gegengeschlechtlichen Gleichaltrigen zu etablieren; Ausbildung eines männlichen bzw. weiblichen Rollenverhaltens; Akzeptanz des gewandelten Körpers; Entwicklung emotionaler Autonomie gegenüber Eltern und anderen Erwachsenen; Vorbereitung auf Ehe, Familie, Beruf; Etablierung von Werten und Überzeugungen, die als Orientierung für das eigene Verhalten dienen; Entwicklung erweiterter sozialer Kompetenz und Übernahme sozialer Verantwortung.

### **Fokaltheorie der Adoleszenz nach Coleman:**

Diese wurde aus der Kritik an der psychoanalytischen und soziologischen Theorie der Adoleszenz entwickelt, die nega-

tive Aspekte dieser Altersperiode: stressbeladen, misslingende Anpassung, hohes Konfliktpotenzial betonten und damit nicht den Forschungsergebnissen seit den 60er Jahren Rechnung trügen (Coleman 1984, bei Olbrich). Als Gründe dieser Divergenz werden angeführt: Der psychoanalytische Ansatz fuße auf bei einem klinischen Patientengut gewonnenen Erkenntnissen, der soziologische stereotypisiere in unzulässiger Weise Jugend als progressives gesellschaftliches Element. Des Weiteren fokussiere Öffentlichkeit in sehr starkem Maße auf abweichendes Verhalten einzelner Jugendlicher oder adoleszenter Gruppen und neige dann zur Generalisierung. Die Fokaltheorie selbst beruht verkürzt darauf, dass bei dem Problemspektrum der Adoleszenz (z. B. Konflikte mit Eltern, Ängsten vor Zurückweisung durch Gleichaltrige, Ängste vor sexuellen Beziehungen) zeitliche Überlappungen, individuelle Ausprägungsakzentuierungen und Verlaufsformen beobachtet werden, die eine starre Bindung eines Konflikts oder Problems an ein bestimmtes Alter oder Entwicklungsniveau ebenso wenig rechtfertigen wie feste Grenzen und festgelegte Sequenzen im Entwicklungsablauf selbst. Neben der empirischen Nachprüfbarkeit wird von Coleman insbesondere auf die Zusammenführung von Ausmaß an Anpassungsanforderungen und Bewältigungspotenzial der meisten Jugendlichen hingewiesen (Coleman bei Olbrich 1984).

### **Psychoanalytische Modelle:**

Selbstkritisch wird von psychoanalytischer Seite in neueren Publikationen eingeräumt, die Adoleszenz gegenüber dem frühen Kindesalter im Hinblick auf Strukturbildung und die Entstehung seelischer Pathologie vernachlässigt und als Rekapitulation infantiler libidinöser Entwicklungsphasen aufgefasst zu haben (Bohleber 1996). Ein Defizit an publizierten Fallberichten über die Behandlung Adoleszenter, behandlungstechnische Probleme wie besonders großer Widerstand im therapeutischen Rahmen auf Grund altersspezifischer Abgrenzungsschwierigkeiten, Probleme außergewöhnlicher affektiver Labilität, hoher Anteil an Schamaffekten, Selbstwertkrisen dieser Altersperiode, die eine spätere therapeutische Reaktualisierung derselben erschweren, werden begründend dafür genannt (Bohleber 1996). Die psychoanalytische Fundamentalthypothese eines kindlichen Ursprungs neurotischer Störungen führte bei vielen von Freuds Epigonen zu einer Unterschätzung des Reifungspotenzials späterer Entwicklungsphasen, namentlich der Adoleszenz. Freud selbst wies auf dieses Reifungspotential und die unter Umständen daraus erwachsende pathogene Potenz hin, indem er als Folge biologischer Prozesse in der Pubertät eine quantitative Steigerung der Libido postulierte, die als solche das "Gleichgewicht der Gesundheit umzuwerfen" und Ausgangskonstellation einer neurotischen Störung zu sein vermag (zit. nach Meyer 1962).

Nach psychoanalytischer Auffassung ist als ein Kristallisationspunkt dieser Lebensphase der Begriff der Identität anzusehen, deren Bildung als Hauptaufgabe der adoleszenten Entwicklung zu nennen ist und von Freud in „Das Ich und das Es“ als "Streben des Ich nach Einheitlichkeit" bezeichnet wurde (Freud 1975). Die Adoleszenz stellt die Schnittstelle peristatischer und situativer Anforderungen wie Rollenübernahme, Beziehungsbildung, Berufswahl und innerer

Entwicklungsprozesse wie sexuelle Reifung, Umgestaltung und Neuordnung der Persönlichkeit dar. In den ‚Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie‘ verknüpft Freud (1975) Adoleszenz und menschliche Kulturentwicklung dergestalt, dass „Die Tatsache des zweizeitigen Ansatzes der Sexualentwicklung beim Menschen, also die Unterbrechung dieser Entwicklung durch die Latenzzeit... eine der Bedingungen für die Eignung des Menschen zur Entwicklung einer höheren Kultur, aber auch für seine Neigung zu Neurosen zu enthalten“ scheint (zit. nach Bohleber 1996). Anna Freud beschrieb den pubertären Kampf eines relativ schwachen Ichs gegen Triebansprüche und bezeichnete die Adoleszenz als Phase notwendiger Disharmonie als Ausdruck der „primären und primitiven angeborenen Feindschaft zwischen Ich und Trieb“ (zit. nach Bohleber 1996), in der erhöhte Abwehranstrengungen des Ichs gegenüber mit der Pubertät an Stärke gewinnenden Triebansprüchen notwendig sind. Auch A. Freud sah das konstruktive Element in dem hohen adoleszenten Konfliktpotential, das sie nicht als pathologisch, sondern vielmehr kurativ - kathartisch im Dienst einer Weiterentwicklung wertete.

Ein wichtiger Beitrag zur psychoanalytischen Adoleszenzforschung geht auf Blos (1983) zurück, der - an Anna Freud anknüpfend - die Adoleszenz als zweite Individuationsphase benannte. Analog der ersten Individuationsphase zum Ende des dritten Lebensjahres bringt sie eine erhöhte Labilität der reifenden Persönlichkeit mit sich, ein „Bedürfnis“ nach Bewältigung neuer Entwicklungsanforderungen und Anpassung an die neuen inneren und äußeren Pubertätszustände, Ablösungsprozesse von internalisierten infantilen Liebesobjekten (hier konträr zur infantilen Internalisierung der primären Bezugsperson). Dieser adoleszente Ablösungsvorgang findet nach Blos im Rahmen regressiver Prozesse statt, wie z. B. dem einer emotionalen Verschmelzung, die im Jugendlichen zwar latente kindliche Abhängigkeiten, Ängste und Bedürfnisse mobilisieren können, denen er aufgrund gewachsener Ich - Stärke und Realitätsbewusstsein jedoch begegnen soll. Juvenile Verhaltensformen wie Verehrung von Idolen, Stimulationsbedürfnisse, Negativismen, Antriebsstörungen, Ambivalenz sind nach Blos Ausdruck des Kampfes gegen einen für den skizzierten Ablösungsprozess aber unabdingbaren regressiven Sog, der im ungünstigsten Fall bis hin zu einer psychotischen Entgleisung des Jugendlichen misslingt.

Bernfeld (1938) hat versucht, das von ihm als äußerst vielgestaltig bezeichnete Phänomen der Adoleszenz vor dem Hintergrund divergierender Anpassungsformen des Jugendlichen an die somatischen Pubertätsprozesse in Typen nach dem Ausmaß von Anpassung und Aufbegehren bzw. Mischformen aus diesen beiden Antagonismen zu kategorisieren und sie mit peristatischen Faktoren wie dem sozialen Milieu zu verbinden, in dem diese Adoleszenz stattfindet. Der von ihm beschriebenen „verlängerten Adoleszenz“ maß er einen dezidierten soziokulturellen Stellenwert bei, indem diese auf der psychodynamischen Grundlage von Ich - Ideal, Allmachtsphantasien und narzisstischen Gratifikationen Ausgangspunkt künstlerischer Produktion sein könnte.

Mit Erikson wurde als zentrale Aufgabe der Adoleszenz die Bildung der Ich- Identität und die Verhinderung von Identitätsdiffusion bzw. Rollenkonfusion benannt und diese Phase als

eine von Ungleichzeitigkeiten psychosexueller und psychosozialer Reifung mit der Aufgabe der Übernahme einer definierten gesellschaftlichen Rolle gekennzeichnet. „Die Integration, die nun in Form der Ich- Identität stattfindet, ist mehr als nur die Summe der Kindheitsidentifikationen. Es ist die gesammelte Erfahrung über die Fähigkeit des Ich, diese Identifikationen mit den Libidoverschiebungen zu integrieren, ebenso wie mit den aus einer Grundbegabung entwickelten Fähigkeiten und mit den Möglichkeiten sozialer Rollen. Das Gefühl der Ich- Identität ist also die angesammelte Zuversicht des Individuums, dass der inneren Gleichheit und Kontinuität auch die Gleichheit und Kontinuität seines Wesens in den Augen anderer entspricht... (Erikson 1971). Überidentifikation mit Idolen dient nach Erikson ebenso der Abwehr gegen ein Gefühl der Identitätsverwirrung wie z. B. enge Bindungen an Gleichaltrigengruppen und homogene Kleidungsstile. Erikson wertete die Adoleszenz als ein Moratorium, währenddessen das Individuum bedeutsame Identitätsentscheidungen aufschieben, mit Rollen in Phantasie und Introspektion ebenso experimentieren kann wie im sozialen Umfeld, und es sollen gerade diese Möglichkeiten sein, die der Adoleszenz das Gepräge einer „normativen Krise“ verleihen und zu einer „Psychopathologie der gewöhnlichen Adoleszenz“ führen können.

### Entwicklungspsychopathologische Konzepte

Unter dem maßgeblichen Einfluss von Hall (1904) und bereits genannten psychoanalytischen Autoren wurde also insbesondere im angelsächsischen Sprachraum die theoretische Perspektive von Adoleszenz als Krise auch fachimmanent entwickelt. Sie hatte entsprechende Auswirkungen auf die empirische Forschung, die tendenziell auch psychopathologisch unter Umständen relevante Auffälligkeiten von Adoleszenten als dieser Phase inhärent hinnahm, eine Position, die erst durch die Arbeiten von Offer und Masterson an Normalpopulationen modifiziert und letztlich als obsolet erkannt wurde (Petersen 1988). Adoleszenz ist danach eine Entwicklungsperiode, die auch ohne Bruch zwischen den Generationen und entlang einer kontinuierlichen biografischen Entwicklungslinie absolviert werden kann. Das Kriterium einer intrapsychischen Krise gehört nach dieser Auffassung nicht zur Adoleszenz (Slaff 1981).

Umfangreiche epidemiologische Arbeiten wie die von Rutter (1980 bei Petersen 1988) zeigten im Gegenteil, dass psychische Auffälligkeiten, die sich erstmals in der Adoleszenz manifestieren, häufig in das Erwachsenenalter hinein persistieren und somit unter Umständen nicht als interkurrent und phasengebunden angesehen werden können, sondern bereits den Beginn einer psychiatrischen Störung darstellen. Der Charakterisierung jener Adolescentengruppe, die in diesem Alter erstmals psychisch auffällig wird, galt das Forschungsinteresse ebenso wie Hinweise auf Geschlechterdifferenzen dergestalt, dass Jungen mit Auffälligkeiten in der Adoleszenz häufig bereits im Kindesalter auffällig waren und Mädchen eher erstmals in der Adoleszenz relevante Symptome zeigten.

Die Frage nach klinischen Konzepten von Adoleszenz stellt gleichsam einen Sonderfall der übergeordneten nach Entwicklung überhaupt dar. Die "Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" (Staudinger und Baltus 2000) formuliert Hypothesen über die Auswirkungen biologischer, historischer, gesellschaftlicher und kultureller Konstellationen auf die menschliche Entwicklung. Sie geht davon aus, dass Entwicklung in jedem Abschnitt des Lebenslaufs multidimensional, multidirektional, multikausal und multifunktional ist. Das bedeutet, dass Entwicklung immer parallel in verschiedenen psychischen und somatischen Funktionsbereichen stattfindet; dass Entwicklung sowohl entlang des Lebensverlaufs eines Individuums (intra-individuell) als auch interindividuell eine erhebliche Varianz aufweisen kann; dass Entwicklung und ihre Auswirkungen nicht nur unter einem Aspekt bewertet werden können; dass Entwicklung zu jedem Lebenszeitpunkt von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt wird (biologisch, peristatisch, intrapsychisch, sozial). Die enge Bindung der Entwicklungspsychopathologie an "Methoden, Theorien und Strukturen der Entwicklungspsychologie" ist ebenso naheliegend wie die Integration sämtlicher Entwicklungsaspekte, allerdings mit einer Fokussierung auf Entwicklungsabweichungen (Remschmidt und Fombonne 1999), auch wenn das zentrale Interesse zunächst auf den Entwicklungsgesetzlichkeiten der normalen Entwicklung lag und erst nach Erarbeitung von Grundlinien normalpsychologischer Entwicklung psychopathologische Phänomene als davon abweichend erfaßt und beschrieben werden konnten.

Die moderne Entwicklungspsychopathologie hat die bis dahin formulierten Entwicklungstheorien aus unterschiedlichen Gründen kritisch beleuchtet und sich von ihnen distanziert (Rutter und Sroufe 2000). Vor allem deren begrenzte Validität wurde als Argument der Überlegenheit des eigenen Entwicklungsmodells aufgeführt. Fehlen diagnostisch valider Standards, ein kategorialer und nicht dimensionaler Krankheits- bzw. Störungsbegriff, ungenügende Berücksichtigung des dynamischen Anteils von Entwicklung, Überschätzung des Alters als Entwicklungsmarker, zu enge, zu wenig flexible zeitliche Eingrenzung des jeweils untersuchten Verlaufsabschnitts wurden ebenso kritisch gesehen wie die Postulate weitgehend starrer, implizit diskontinuierlicher Entwicklungsschritte bei Freud, Piaget, Erikson mit dem dort vertretenen übergreifenden Entwicklungsanspruch für alle Entwicklungsschritte ohne Berücksichtigung empirisch nachprüfbarer Einzelphänomene im Gesamt des Entwicklungsspektrums (Rutter und Sroufe 2000).

Auch wenn der psychiatrische Krankheitsbegriff unverändert von einem biomedizinischen Grundverständnis getragen ist, hat die Entwicklungspsychopathologie erheblich dazu beigetragen, psychogene und soziale Faktoren in pathogenetischen Konzepten seelischer Störungen stärker zu berücksichtigen mit entsprechenden Konsequenzen für die Hypothesenbildung über Manifestations- und Verlaufsfaktoren wie Störungsauslösung, Störungspersistenz und Therapie. Die historische, als obsolet angesehene Sicht eines biologisch - somatischen und psychologisch - sozialen Dualismus, die in psychiatrischen Konzepten im engeren Sinn hartnäckiger persistierte als in

Nachbardisziplinen unter dem Einfluss psychodynamischer Theoreme, wurde durch eine integrative Auffassung das Gesamt dieser Aspekte berücksichtigenden Funktionszusammenhangs ersetzt und damit auch eine Reihe die Entwicklungsperspektive vernachlässigende psychopathologische Annahmen über Pathogenese und Verlauf abgelöst. Hierzu gehörten Annahmen wie: dasselbe Agens soll altersunabhängig zur gleichen Erkrankung führen; eine identische Symptomatik weist umgekehrt altersunabhängig auf das gleiche kausale Agens hin; im Kindesalter beginnende Störungen sind im weiteren Verlauf als Krankheitserscheinungen beim Erwachsenen zu finden (Sameroff 2000). In den letzten Jahrzehnten wurden vor dem Hintergrund bereits vorliegender Befunde aus der normalpsychologischen Entwicklung Problemkreise einer Entwicklungspsychopathologie herausgearbeitet (Rutter 1983). Diese fokussieren auf die Verflechtung von Entwicklungshintergrund, aktuellem Entwicklungsstand, Entwicklungsperspektive und konstellierenden Störungselementen wie Risikofaktoren und Vulnerabilitätsmerkmalen. Unter diesen Auspizien wurden biografische Entwicklung mit Verlaufskennzeichen psychischer Erkrankungen wie z. B. Störungen des Sozialverhaltens und dissozialen Entwicklungen, Ermittlung von Risikokonstellationen für katamnestic an einer schizophrenen Psychose erkrankenden Personen unter einer Reihe von Blickwinkeln zusammengeführt.

Die moderne Entwicklungspsychopathologie installierte anstelle der bisher üblichen Phasenmodelle von Entwicklung Prozessmodelle, in dem genetische, peristatische Einflüsse ebenso integriert werden wie ein individuelles Gestaltungspotential (Remschmidt und Fombonne 1999). Ausgehend von typischen Verlaufsformen psychischer Störungen in der Adoleszenz, die sich vereinfachend als

- kontinuierlich bzw. zweigipflig mit Beginn im Kindesalter und Persistenz bzw. kritischer Zuspitzung nach vorübergehendem Zurücktreten der Störung (z. B. dissoziale Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen)
- mit zunehmendem Alter abnehmende Häufigkeit (z. B. Ticstörungen, Hyperkinetische Störungen, Enuresis, Enkopresis)
- Störungen, deren Häufigkeit in der Adoleszenz zunimmt nach psychopathologisch unauffälligem Kindesalter (z. B. depressive Störungen, Zwangssyndrome, Ess-Störungen, Psychosen) darstellen lassen (Remschmidt 1988), werden Risikofaktoren, protektive Faktoren, adoleszenztypische Bewältigungsstrategien und deren Verflechtung in die Betrachtung des Entwicklungsverlaufs auch im Hinblick auf prognostische Aussagen bzw. den prädiktiven Stellenwert psychopathologisch relevanter Störungen integriert.

Die entwicklungspsychopathologische Perspektive, die die empirisch - statistischen und konsekutiv epidemiologischen Möglichkeiten der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts voraussetzt, wirkt an den gewandelten klinischen Betreuungsformen entscheidend mit. Systemische Behandlungs- und Interventionsansätze reagieren auf unzureichende Behandlungserfolge von am statischen Individuum allein orientierten Therapieformen. Entwicklungsaufgaben in Kindheit und Jugend, Bewältigungsstrategien, Potenzen psychosozialer Anpassung Risiko- und Belastungsfaktoren gegenüberzustel-

len und Rahmenbedingungen zur Realisierung der ersteren zu schaffen, wurde ebenso zu einer zentralen Aufgabe der Prävention wie die Identifizierung von Hochrisikogruppen und die entsprechende Implementierung von entwicklungsbezogenen Interventionsprogrammen.

## Schlussbemerkung

Noch deutlicher als Kindheit und Erwachsenenalter erscheint Adoleszenz als ein gesellschaftliches und kulturelles Konstrukt zwischen den unscharfen Grenzziehungen von Abhängigkeit des Kindes und Autonomie des Erwachsenen, zwischen biologischer Unreife und vollendeter sexueller und körperlicher Entwicklung. Voll gedrängter kognitiver, affektiver, psychosozialer, moralisch- ethischer, persönlichkeitsstruktureller Entwicklungsaufgaben, ein Konstrukt einer Zeit allmählichen Hineinwachsens, zeigte es je nach Gesellschaft und Epoche ein sehr unterschiedliches Gepräge und Erscheinungsbild und übte auf die je gängigen klinischen Konzepte einen bestimmenden, wenn auch meist impliziten Einfluß aus. In die Kennzeichnung der Adoleszenz als eines notwendig krisenhaften Reifungsabschnitts auf dem Boden pubertärer Wandlungsprozesse fließen biologisch- reduktionistische Elemente ebenso ein wie die historisch in vielen Epochen nachweisbare gesellschaftliche Ambivalenz gegenüber der Jugend als einem notwendig nachwachsenden Fundus biologischer und psychosozialer Erneuerung und "Hüter der Unordnung" (Schindler 1996), als Metapher gesellschaftlicher Veränderung. Die biologisch begründete Erschütterung des Persönlichkeitsgefüges konvergierte in der Terminologie psychoanalytisch orientierter Strömungen mit der klinisch gesehenen Konfliktodynamik jugendlicher Entwicklungsjahre und schrieb das Stereotyp der Adoleszenz als Krise fort (Kapfhammer 1995). Umfangreiche epidemiologische Studien mit den ihnen verfügbaren Aussagemöglichkeiten stellten die Adoleszenz jedoch als einen mehr oder weniger kontinuierlich ablaufenden Entwicklungsprozess dar, in dem ein umfangreiches Konvolut von Entwicklungsaufgaben vom Individuum zu bewältigen ist, das vom weitaus größten Teil der Adoleszenten unter Rückgriff auf altersspezifische Bewältigungsstrategien und psychosoziale Anpassungspotenzen ohne psychopathologische Auffälligkeiten absolviert wird. Sie weist eine Prävalenz psychiatrischer Störungen in dieser Altersgruppe um 15% auf (Rutter 1976) und bewegt sich damit in den Größenordnungen erwachsener Populationen (Dilling et al. 1984). Diese Diskrepanz zwischen epidemiologischem Resultat und einer über viele Epochen nachweisbaren Vorstellungsfigur des gesellschaftlichen und kulturellen Bewusstseins hat sicherlich nicht nur terminologische oder klassifikatorische Gründe. Inwieweit sie als Ausdruck einer erhöhten Generalisierungsneigung und gesellschaftlichen Fokussierung auf Belange, Varianten und (sub-) klinische Auffälligkeiten dieser Altersgruppe zurückzuführen ist, zu dieser Frage kann die klinische Betrachtung auch in ihrer historischen Perspektive nichts beitragen. Um eine möglichst valide Wertung der vielfältigen psychischen Erscheinungsformen eines sich in Entwicklung befindlichen Individuums zu gewinnen, muss unstreitig eine Vielzahl individueller, peristatischer, dynamischer Faktoren

integrativ untersucht werden. Forschungsstrategien insbesondere der Entwicklungspsychopathologie formalisieren diese Aspekte auch für die Adoleszenz, von der als Faszinosum weiterhin ein mitunter irritierender Schein sowohl auf die klinische Begegnung als auch auf jegliche dort formulierten Konzepte dieser Lebensperiode fallen wird.

## Literatur

- Asperger, H: Kinderpsychiatrie- Pädiatrie- Heilpädagogik. Wiener Klinische Wochenschrift 1967; 79;49; 906-912
- Bernfeld S: Types of Adolescence. Psychoanalytic Quarterly 1938; 7; 243- 253
- Bohleber W (Hrsg.) Adoleszenz und Identität. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse, 1996
- Blankenburg W: Schizophrene Psychosen in der Adoleszenz. Bull Inst Med Kumamoto University 1983; 48; 33- 54
- Bleuler E: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 4, 1. Leipzig, Wien, Deuticke, 1911
- Bleuler M: Die schizophrenen Geisteskrankheiten im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, Thieme, 1972
- Blos P: Adoleszenz. 3. Aufl. Stuttgart, Klett - Cotta, 1983
- Braun- Scharm H: Initialverlauf und Krankheitsverarbeitung der im Jugendalter beginnenden Schizophrenien. Frankfurt/M. Lang, 2000
- Carus C: Vorlesungen über Psychologie. Leipzig, Fleischer, 1831
- Coleman J: Eine neue Theorie der Adoleszenz. In: Olbrich E; Todt E (Hrsg.): Probleme des Jugendalters. Berlin – Heidelberg - New York, Springer, 1984, 49- 68
- Dilling H; Weyerer S; Castell R: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart, Enke, 1984
- Emminghaus H: Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, Laupp, 1887
- Erikson EH: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart, Klett, 1971
- Esquirol J: Des maladies mentales. Baillière, Bruxelles, 1838. In: Kretschmer W: Reifung als Grund von Krise und Psychose. Stuttgart, Thieme, 1972
- Freud S: Das Ich und das Es. In: Freud S: Psychologie des Unbewußten. Studienausgabe Bd. 3. Frankfurt/ M. S. Fischer, 1975, 273-320
- Freud S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Freud S: Sexualleben. Studienausgabe Bd. 5. Frankfurt/ M. S. Fischer, 1975, 37-146
- Glatzel J; Huber H: Zur Phänomenologie eines Typs endogener juvenil- asthenischer Versagenssyndrome. Psychiat clin 1968; 1;15-22
- Häfner H: Prozess und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. Fortschr Neur Psychiat 1963; 31; 8, 393- 438
- Hall GS: Adolescence, New York, D. Appleton & Co, 1904
- Havighurst RJ: Developmental tasks and education. New York, Longmans & Green, 1972
- Hecker E: Die Hebephrenie. Arch path Anat 1871; 52; 3; 394- 429
- Kanner L: The thirty - third Maudsley Lecture: Trends in child psychiatry. J Ment Sci 1959; 105; 581-593
- Homburger A: Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Berlin, Springer, 1926
- Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Berlin, Springer, 1973
- Kahlbaum K: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig, Kafemann, 1863
- Kahlbaum K: Über jugendliche Nerven- und Gemütskranke und ihre pädagogische Behandlung. Allg Z Psychiat 1884; 40; 863- 871

- Kapfhammer HP: Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter, Berlin, Springer, 1995
- Keniston K: Youth as a stage of life. *Adolescent Psychiatry* 1971; 1; 161-175
- Kindt H: Katatonie. Stuttgart. Enke, 1980
- Kraepelin E: Psychiatrie. Leipzig, Barth, 1909
- Kretschmer E: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart, Thieme, 1949
- Kretschmer E: Psychiatrische Schriften 1914- 1962. Springer. Berlin-Heidelberg- New York, 1974
- Kretschmer W: Reifung als Grund von Krise und Psychose. Stuttgart, Thieme, 1972
- Kulenkampff C: Psychotische Adoleszenzkrisen. *Nervenarzt* 1964; 35; 12; 530- 536
- Langen D; Jäger A: Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen. *Arch Psychiat Nervenkr* 1964; 205; 19- 36
- Lempp R: Die Adoleszenzforschung der Tübinger Universitätsnervenklinik. In: Lempp R (Hrsg.): *Adoleszenz*. Bern, Huber, 1981
- Masterson JF: *The psychiatric dilemma of adolescence*, New York, Brunner, 1967
- Maudsley H: *The physiology and pathology of mind*. London, Macmillan, 1867
- Maudsley H: *The pathology of mind*. London, Macmillan, 1895
- Mayer - Gross W: Die Klinik. In: Bumke O (Hrsg.) *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. IX, V: Die Schizophrenie. Berlin, Springer, 1932
- Meyer JE: Reifungskrisen der Adoleszenz. *Arch Psychiat Nervenkr* 1962, 203; 235- 247
- Olbrich E; Todt E (Hrsg.): *Probleme des Jugendalters*. Berlin – Heidelberg - New York, Springer, 1984
- Parry- Jones W: Annotation: The History of Child and Adolescent Psychiatry: Its Present Day Relevance *J Child Psychol Psychiat* 1989; 30;1, pp. 3- 11
- Petersen AC: Adolescent Development. *Ann Rev Psychol* 1988; 39: 583- 607
- Remschmidt H: Die Entwicklung und ihre Varianten in der Adoleszenz. In Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart*. 3. Aufl. Berlin, Springer, 1988, 291- 317
- Remschmidt H: *Adoleszenz*. Stuttgart, Thieme, 1992 a
- Remschmidt H: *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart, Thieme, 1992b
- Remschmidt H; Schmidt M (Hrsg.): *Multiaxiales Klassifikations-schemema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge*. 2. Auflage. Bern - Stuttgart – Toronto. Huber, 1986
- Remschmidt H; Fombonne E: *Entwicklungspsychopathologie*. *Nervenarzt* 1999;70;577-586
- Resch F: *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters- Ein Lehrbuch*. Weinheim, Psychologie- Verlag, 1996
- Rutter M, Graham P, Chadwick OFD, Yule W: Adolescent turmoil: fact or fiction? *J Child Psychol Psychiat* 1976; 17; 35- 56
- Rutter M (Ed.): *Developmental Neuropsychiatry*, New York, The Guilford Press, 1983
- Rutter M; Sroufe LA: *Developmental psychopathology: concepts and challenges*. *Development and Psychopathology* 2000; 12;3; 265-296
- Sameroff AJ: *Developmental systems and psychopathology*. *Development and Psychopathology* 2000;12;3;297-312
- Schindler N: Die Hüter der Unordnung. Rituale der Jugendkultur in der frühen Neuzeit. In: Levi G, Schmitt JC (Hrsg.) *Geschichte der Jugend*, Bd. 1, Frankfurt/M, S. Fischer, 1996, 319- 382
- Slaff B: *The History of Adolescent Psychiatry*. *Adolescent Psychiatry* 1981; 9, 7- 21
- Staudinger UM; Baltes PB: *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. In: Helmchen H; Henn F; Lauter H; Sartorius N: *Psychiatrie der Gegenwart*, 4. Aufl., Bd. 3, Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Berlin- Heidelberg- New York, Springer, 2000, 4- 17
- Thomae H: Formen der Auseinandersetzung mit Konflikt und Belastung im Jugendalter. In: Olbrich E; Todt E Hrsg.): *Probleme des Jugendalters*. Berlin- Heidelberg- New York, Springer, 1984, 89- 110
- Tramer M: *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*. 4. Aufl. Basel. Schwabe, 1964
- Tuke DH: *A dictionary of psychological medicine*. Philadelphia, Blakiston, 1892
- Willis T: *De anima brutorum*. Oxford, 1672. In: Kretschmer W: *Reifung als Grund von Krise und Psychose*. Stuttgart, Thieme, 1972

**Dr. Rainer Huppert**

Heckscher Klinik, Abt. Rottmannshöhe

D- 82335 Berg/ Starnberger See

Tel. 08151/ 5070

Fax. 08151/ 5070

e- mail: Hk.Rottmann@t-online.de