

Inge Seiffge-Krenke

Jugendliche in der Psychodynamischen Psychotherapie

Kompetenzen für Diagnostik, Behandlungstechnik,
Konzepte und Qualitätssicherung



Inge Seiffge-Krenke

Jugendliche in der Psychodynamischen Psychotherapie

**Kompetenzen für Diagnostik,
Behandlungstechnik, Konzepte
und Qualitätssicherung**

Klett-Cotta

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2007/2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © photocase/k_t

Datenkonvertierung: Kösel Media, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-98359-3

E-Book: ISBN 978-3-608-12049-3

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20460-5

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Vierte, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe des Titels »Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen«, 2020

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	11
1. Einleitung	13
2. Theoretische Kompetenz: Das Jugendalter aus psychodynamischer und entwicklungspsychologischer Sicht	17
Frühe psychodynamische Ansätze: Von Freud zu Bloß	18
Weiterentwicklungen: Selbstpsychologie, Objektbeziehungstheorien, intersubjektive Ansätze und die Bedeutung des Körpers	26
Die psychodynamischen Akzentsetzungen in den letzten Jahren	32
Begrenzungen der psychodynamischen Adoleszenztheorien: Warum brauchen Jugendlichen-Therapeuten entwicklungspsychologische Kenntnisse?	40
Die Sicht der Entwicklungspsychologie: Der kompetente Jugendliche	41
Von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung	57
<i>Zusammenfassung</i>	57
3. Ursachen für die Zunahme und Veränderung psychischer Störungen	59
Veränderungen in den ätiologischen Modellen und Krankheitswandel ...	60
Neue Trends: Balance zwischen internalen und externalen Faktoren	61
Zunahme von psychischen Störungen bei Jugendlichen:	
Epidemiologische Studien und Krankenkassen-Statistiken	63
Zunahmen bei einzelnen Störungen, Modediagnosen, Geschlechtsspezifität	64
Stabilität von Störungen	66
Komorbidität als jugendtypisches Phänomen	67
Gesellschaftliche Veränderungen als Ursachen für die Zunahme und Veränderung von psychischen Störungen	68
Erdrückende Realitäten: Kumulierung von Stressoren in der Gruppe psychisch auffälliger Jugendlicher	76
Vulnerabilität und Resilienz	77
<i>Zusammenfassung</i>	78

4. Diagnostische Kompetenz: Der diagnostische Prozess	79
Der Weg in die Therapie: Die Behandlungsmotivation von Jugendlichen	80
Diskrepanzen in den Symptombeschreibungen, unklare und instabile Diagnosen	85
Wer ist eigentlich der Patient? Wer braucht eine Therapie?	87
Anonyme Online-Dienste und »bewusste Unaufrichtigkeit« und »Vagheit« in der dyadischen Gesprächssituation	89
Wie kann man traumatische Erfahrungen kommunizieren und verstehen?	90
Indikationen zur Psychotherapie bei Jugendlichen	91
Vorgehen in den probatorischen Sitzungen, Nutzung des OPD-KJ-Interviews als Tool	94
Szenisches Verstehen und OPD-KJ – kein Widerspruch	96
Indikationskriterien und die Unterscheidung zwischen bewusster und unbewusster Behandlungsmotivation	102
Diagnostische Hilfen	105
Diagnostische Arbeit mit der OPD-KJ	112
Die Erstellung der Fallkonzeption mit Hilfe der OPD-KJ	117
<i>Zusammenfassung</i>	122
5. Diagnostische Kompetenz: Einige typische Störungsbilder	123
Hysterie/Dissoziative Störungen	123
ADHS	129
(Borderline-)Persönlichkeitsstörungen	132
Jugendliche Psychosen	134
Destruktives Körperagieren: Selbstverletzendes Verhalten und Essstörungen	137
Probleme mit der sexuellen Präferenz und der Geschlechtsidentität, Transgender	144
Sexualisierte Gewalt: Sexualstraftäter	147
Antisoziales Verhalten, Delinquenz, Weglaufen, Schulabsentismus	148
Depression	152
Suizidalität	155
Traumatisierungen	157
<i>Zusammenfassung</i>	160

6. Psychodynamische Kompetenz: Was heißt	
»psychodynamisches Arbeiten«?	161
Was heißt »psychodynamisches Arbeiten«?	162
Aktuelle Veränderungen in der Erwachsenenpsychotherapie:	
Von der Kunst der Deutung zur Macht der Beziehung	172
Berufsbild und Tätigkeit des Jugendlichen-Psychotherapeuten	173
Essentiell für die Versorgung: Der Berufsstand des psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	177
Was macht einen »hinreichend guten« Jugendlichen-Psychotherapeuten aus?	181
Vergleich zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten	189
Zusammenfassung	192
7. Behandlungstechnische Kompetenz: »Der Versuch, auf einen fahrenden Zug aufzuspringen«	193
Historischer Exkurs: Spaltung zwischen Befürwortung und Ablehnung der Jugendlichenbehandlung	194
Die Einhaltung des Rahmens	195
Grundregel und Arbeitsbündnis	199
Symbolisierungsfähigkeit und die Bedeutung der Mentalisierung	203
Umgang mit Phantasien und dem Unbewussten	205
Arbeiten mit Träumen	211
Die Arbeit mit der »inneren Bühne«: Geschichten, Filme, neue Medien	214
Nutzung von Spielen, Zeichnungen und Kunst	217
Deuten versus »containen«	222
Arbeit in der Beziehung, Bindungsaspekte	226
Gegenübertragungsphänomene und -probleme	234
Reparieren von Brüchen: »rupture and repair«	239
Spezielle Widerstands- und Abwehrformen	240
Traumata, Sprachlosigkeit und Agieren	246
Agieren in und außerhalb der Therapie	248
Abstinenz und analytische Neutralität	252
Grenzen setzen, Triangulierung und der ödipale Verzicht	256
Phasenspezifische Besonderheiten: Übergangsobjekte, Sexualität, Umgang mit Autonomie	260

Sexuelle Entwicklung von Jugendlichen und das Geschlecht des Therapeuten	264
Negative therapeutische Motivation und negative therapeutische Reaktion	270
Beendigung der Therapie	272
<i>Zusammenfassung</i>	276
8. Behandlungstechnische Kompetenz: Begleitende Elternarbeit	277
Elternarbeit: Zielsetzungen, triadische Kompetenz und die »Achillesferse«	277
Der Beginn der Elternarbeit in den probatorischen Sitzungen	279
Unterschiedliche Typen von Elterngesprächen	282
Funktion und Themen der Elternarbeit: Stärkung der Elternkompetenz	285
Hinweise zur Technik in Elterngesprächen	291
Therapieende und Therapieabbrüche	302
<i>Zusammenfassung</i>	304
9. Kulturelle Kompetenz: Die Arbeit mit ausländischen Familien	305
Der erste Kontakt: Unterschiedlicher Ausdruck von »Störungen« und die Bedeutung des Schamaffekts	306
Die therapeutische Haltung im Setting, modifiziertes Abstinenzkonzept	307
Fragen zum technischen Vorgehen	310
Interethnische Heiraten, unterschiedliches Akkulturationsniveau zwischen Eltern und Kindern und die Arbeit mit Vätern	312
Offenheit für andere Werte und Erziehungsvorstellungen, Identitätsprobleme und Autonomieschuld	315
Besondere Gegenübertragungsgefühle und -gefahren	319
<i>Zusammenfassung</i>	320
10. Behandlungstechnik bei traumatisierten Patienten und Patienten mit strukturellen Beeinträchtigungen	321
Nutzung verschiedener Krankheitsmodelle: Von der Konflikt- zur Struktur- und Traumapathologie	322
Konflikt- und Strukturfokus in psychodynamischen Therapien	324

Strukturgebende Therapien und die Bedeutung von Mentalisierung und Bindung	329
Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	330
Adolescent Identity Treatment (AIT)	333
Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)	335
Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM)	339
Umgang mit traumatisierten Patienten	342
<i>Zusammenfassung</i>	346

11. Flexibilisierung der Behandlungsformen: Von der KZT

zum stationären Setting	347
Flexibilität des therapeutischen Prozesses	347
Beratung und Krisenintervention	348
KZT und Fokaltherapie	352
Einzeltherapie	354
Gruppentherapie	357
Stationäres Setting	362
<i>Zusammenfassung</i>	369

12. Forschungskompetenz: Qualitätssicherung und Veränderungen in psychodynamischen Behandlungen

.....	370
Warum wird Qualitätssicherung für die Zukunft der Jugendlichen- Therapeuten immer bedeutsamer?	371
Ergebnisse der Evaluationsforschung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	375
Prozessanalysen: Kommunikationsanalysen und Schulung des Umgangs mit »ruptures« in der therapeutischen Beziehung	379
OPD-KJ in der Diagnostik und Qualitätssicherung	380
Verbesserung des Strukturniveaus und der Mentalisierungsfähigkeit	381
Faktoren, die einen Einfluss auf den Psychotherapieprozess und das Psychotherapieergebnis haben: Moderatoren der Veränderung	383
Forschung zu Therapieabbrüchen	386
Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichen-Therapie – mehr als nur eine Frage der Effizienz	388
<i>Zusammenfassung</i>	390

Literatur	391
Personenregister	427
Sachwortregister	434
Die Autorin	447

Vorwort

Meine Beschäftigung mit dem Gegenstand dieses Buches hat eine lange Geschichte. Zunächst ist zu sagen, dass ich neben einer psychoanalytischen Ausbildung für die Behandlung von Erwachsenen auch eine Ausbildung für die psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie von Kindern und Jugendlichen absolvierte, und diese kombinierte Erfahrung in beiden Altersbereichen war sehr entscheidend für meine Beschäftigung mit jugendlichen Patienten, ebenso wie meine Tätigkeit als Entwicklungspsychologin mit meinen zahlreichen Forschungsarbeiten über Jugendliche und ihre Eltern nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern.

Mein erstes Buch über psychoanalytische Psychotherapie bei Jugendlichen entstand 1986. Neue Möglichkeiten der Behandlung, aber auch der Krankheitswandel waren Anlass für die umfassende Neukonzeptualisierung, die ich in *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Jugendlichen* 2007 vorlegte, ein Buch, das im gleichen Jahr den Heigl-Preis erhielt. Ich habe mich sehr gefreut, dass die Therapie von Jugendlichen eine solche Aufmerksamkeit erhielt.

Seither sind einige Jahre vergangen, in denen eine umfangreiche Forschung zu den neurobiologischen Grundlagen psychischer Störungen stattfand, in denen die neuen Medien in nie geahnter Weise Einfluss auf unseren Alltag und die therapeutische Praxis nahmen, in denen viele Patienten mit Migrationshintergrund in unsere Ambulanzen kamen und in denen die Notwendigkeit, die Effizienz unserer Behandlungen zu evaluieren, immer deutlicher wurde. Dass reale Traumatisierungen viel häufiger sind als noch vor Jahrzehnten wahrgenommen und strukturelle Störungen im Zunehmen begriffen sind, wurde offenkundig und hat zu zahlreichen spezifischen Behandlungsformen für diese Störungsgruppe geführt. Das vorliegende Buch baut auf den früheren Arbeiten auf, es nimmt zugleich die neueren Entwicklungen in den Blick und reflektiert sie für die therapeutische Praxis. Auch der Titel wurde geändert, um deutlich zu machen, dass psychodynamische und tiefenpsychologisch fundierte Therapien unter dem Dach »Psychodynamische Therapie (TP)« einen guten Platz gefunden haben, was nicht nur dem

internationalen Sprachgebrauch entspricht, sondern zugleich den zukunftssträchtigen Entwicklungen Rechnung trägt. Ab 2020 wird es nämlich in Deutschland einen neuen Studiengang, *Master in Psychotherapie* geben, in dem psychodynamische Verfahren ihren Stellenwert haben; dies wird auch zu Veränderungen in den Weiterbildungen für psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen führen. Psychodynamische Konzepte und Behandlungsformen haben damit eine erhebliche Aufwertung und Professionalisierung erfahren – eine sehr erfreuliche Entwicklung.

In den letzten Jahren haben mich die Gespräche und der Austausch mit Freunden und Kollegen wie Hans Hopf, Gabriele Scherning, Annegret Boll-Klatt, Mathias Kohrs, Luise Reddemann, Annette Streeck-Fischer, Manfred Cierpka, Harald Freyberger, Verena Kast, Gerd Rudolf, Henning Schauenburg, Kerstin Westhoff, Christiane Ludwig-Körner, Norbert Kohl, Dieter Sens, Gitta Binder-Klinsing, Jürgen Grieser, Anke Hüter, Daniela Pfannkuch und Shmuel Shulman sehr bereichert. Die jahrzehntelange Arbeit in der Therapie und Supervision, in verschiedenen Ausbildungskontexten, in Beratungsstellen, in der Kinderpsychosomatik, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Gemeinschaftspraxen sowie die Arbeit in der *OPD-KJ* (u.a. mit Klaus Schmeck, Susanne Schlüter-Müller, Heiko Dietrich, Helene Timmermann, Petra Adler-Corman und Fabian Escher) bedeuten mir viel. Die Begeisterung für die Psychodynamik hat uns (Franz Resch, Günter Presting, Ulrike Rastin und mich) in der Buchreihe *Psychodynamik kompakt* zu einer jahrelangen kreativen Zusammenarbeit geführt, in der Bände für Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten entstanden. In der *Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren* haben wir uns, allen voran Jürgen Körner und Cord Benecke, sehr für die Belange einer zukunftssträchtigen psychodynamischen Aus- und Weiterbildung engagiert. Ich bedanke mich bei allen Weggefährten sehr herzlich, und dazu gehören auch Dr. Heinz Beyer vom Verlag Klett-Cotta, der mit Nachdruck und Geduld diese Überarbeitung begleitete, sowie Thomas Reichert, der wiederum wie bei meinen früheren Büchern umsichtig und kompetent lektorierte.

1. KAPITEL

Einleitung

»Würdest du mir bitte sagen, welchen Weg ich einschlagen muss?«

»Das hängt in beträchtlichem Maße davon ab, wohin du gehen willst«, antwortete die Katze.

»Oh, das ist mir ziemlich gleichgültig«, sagte Alice.

»Dann ist es auch einerlei, welchen Weg du einschlägst«, meinte die Katze.

»Hauptsache, ich komme irgendwohin«, ergänzte sich Alice.

»Das wirst du sicher, wenn du lange genug gehst«, sagte die Katze.

(Lewis Carroll, Alice im Wunderland, 1865, S. 103)

Psychodynamische Psychotherapeuten leisten nicht nur den größten Anteil, sie sind in der ambulanten und stationären Versorgung von Jugendlichen unverzichtbar. Ihr therapeutischer Zugang, ihre Haltung und ihre Kompetenzen sind in einer Altersgruppe gefragt, die keineswegs leicht zu behandeln ist. Auch formal haben sich die Voraussetzungen für psychodynamische Jugendlichen-Therapeuten verbessert. Seit Inkraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes 1999¹ wurde die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten und deren berufliche Grundlage auf eine neue, sichere Basis gestellt. Der 8. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) forderte bereits 2006 in einer einhellig verabschiedeten Resolution, für Kinder- und Jugendlichen-Therapie eine Mindestquote von 20 % der Bedarfsplanung vorzusehen, es dauerte allerdings einige Zeit, bis diese realisiert wurde (Schwarz, 2019). Dies erbrachte tatsächlich neue Kassensitze, konnte aber das Stadt-Land-Gefälle strukturell nicht beheben. Inzwischen liegen neue Informationen zur Bedarfsplanung vor, ist die Reform der Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie in Deutschland u. a. durch die im Bundestag (12/2019) verabschiedete

1 Dieses Buch bezieht sich öfters auf die Entwicklung in Deutschland. Die psychodynamische Ausbildung und der Zugang zu den Krankenkassen sind in anderen deutschsprachigen Ländern wie der Schweiz und Österreich weniger formalisiert und festgelegt; die theoretischen Grundlagen und das praktische Vorgehen sind jedoch weitgehend vergleichbar.

Novelle des Psychotherapeutengesetzes, basierend auf dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, vorangeschritten, eine Approbationsordnung wurde vom Bundesrat am 14.2.2020 verabschiedet, Weiterbildungsordnungen werden folgen.

Ab 2020 wird es also einen neuen Studiengang *Master in Psychotherapie* (zumeist an psychologischen Instituten) geben, der psychodynamische Perspektiven im Studium – nach einer jahrzehntelangen Dominanz verhaltenstherapeutischer Verfahren – gleichberechtigt unterrichtet und erforscht und in der die Lehre altersübergreifend ist, also diagnostische und therapeutische Perspektiven in Bezug auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene integriert. Erst nach Abschluss dieses verfahrens- und altersübergreifenden Studiums kann eine Weiterbildung in einem speziellen Verfahren, z. B. psychodynamische, d. h. tiefenpsychologisch fundierte (TP), und psychoanalytische Therapie (PA) bei Kindern und Jugendlichen angeschlossen werden mit der Möglichkeit des Erwerbs der jeweils anderen Fachkunde für die jeweils andere Altersstufe. Die Durchlässigkeit und Flexibilität ist also sehr groß geworden, und der Beruf des Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten deutlich aufgewertet und dem des Erwachsenentherapeuten gleichgestellt.

Diese Neuerungen in der psychodynamischen Aus- und Weiterbildung – und dass international »psychodynamisch« die gebräuchliche Form ist – sind der Grund dafür, weshalb in diesem Buch zumeist der Begriff *psychodynamisch* gebraucht wird, unter dem im deutschen Kassensystem die Finanzierung von tiefenpsychologisch fundierten und von analytischen Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen erfolgt. Die Psychodynamik ist also das »gemeinsame Dach«, unter dem international, aber auch in den anderen deutschsprachigen Ländern, diagnostische und therapeutische Arbeit geleistet wird.

Dieses Buch hat sich zum Ziel gesetzt, auf dem Hintergrund von Theorien, Forschungsbefunden und therapeutischer Praxis einen Beitrag zu wesentlichen Arbeitsschwerpunkten von Jugendlichen-Psychotherapeuten zu leisten. In den letzten 20 Jahren hat sich das Interesse an dieser Entwicklungsphase – der Jugend – verstärkt und die therapeutische Vorgehensweise stark verändert, und zwar auf Grund von folgenden Entwicklungen:

1. Eine größere Differenzierung in den ätiologischen Faktoren, die das Verständnis des Einflusses von Entwicklungsfaktoren hervorgebracht und dazu geführt haben, dass diese verstärkt in der therapeutischen Arbeit benutzt werden.
2. Neurobiologische Erkenntnisse und Ergebnisse der Bindungsforschung wurden stark rezipiert und in ihrer Bedeutung für die Adoleszenztherapie reflektiert.

3. Der frühen Entwicklung wurde in ihrer Bedeutung für die spätere Psychopathologie stärker Rechnung getragen, etwa durch die Wahrnehmung der Bedeutung früher Traumatisierungen und belastender Lebensereignisse.
4. Zugleich wurde die Adoleszenz als »Fenster der Vulnerabilität« begriffen, als zentrale Schnittstelle, von der aus sich weitere psychopathologische Entwicklungen, z. B. als Einflüsse auf das junge Erwachsenenalter (»emerging adulthood«), zeigen.
5. Gravierende gesamtgesellschaftliche Veränderungen, der Einfluss der neuen Medien, Veränderungen in den Familienformen und eine zunehmende kulturelle Diversität waren in diagnostische und therapeutische Konzepte zu integrieren.

Jugendliche Patienten heutzutage unterscheiden sich deutlich von jenen, die noch vor 20, 30 Jahren therapiert wurden. Dieser Krankheitswandel hängt auch mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen zusammen, wie ich in diesem Buch belegen will. Wesentliche Impulse zur Beachtung der Realität – im Vergleich zu den unbewussten Phantasien – kamen von der Bindungsforschung. Sie sollen in den nächsten Kapiteln dargestellt werden, ebenso wie entwicklungspsychopathologische Befunde, die von besonderer klinischer Relevanz sind.

Aufgrund der beschriebenen Veränderungen werden Fragen der Diagnostik (etwa durch OPD-KJ), der Behandlungstechnik und auf psychodynamischem Denken gründende neue Behandlungsmethoden wie strukturorientierte Psychotherapie, MBT (Mentalisierungsbasierte Therapie) und TFP (Übertragungsfokussierte Psychotherapie) in diesem Buch einen besonderen Schwerpunkt ausmachen. Dabei geht es auch um Fragen der Unterscheidung zwischen Konflikt- und Strukturpathologie sowie Traumapathologie.

In Anbetracht der Möglichkeit, die »zweite Chance« (Blos, 2015, S.19) zur grundlegenden Veränderung der psychischen Struktur zu nutzen, ist die psychodynamische Behandlung von Jugendlichen eine große Aufgabe, die die Kompetenz von Therapeuten herausfordert. Ein Kapitel dieses Buches wird sich daher Fragen der Kompetenz und Professionalisierung (Wer sind wir? Was macht einen »hinreichend guten« Jugendlichen-Therapeuten aus?) widmen. Die später zusammengetragenen Evaluationsstudien unterstreichen, dass diese Altersgruppe sehr von einer solchen Therapie profitiert; die Effektstärken liegen nur wenig unter denen für Erwachsenenbehandlungen. Aber neben der Effizienz hat die Forschung noch viele andere spannende Ergebnisse zur Psychotherapie bei Jugendlichen zu bieten.

Eine psychodynamische Behandlung von Jugendlichen kann sich – wie in wei-

teren Kapiteln dieses Buches nachgewiesen werden soll – in ihrem Verlauf und in behandlungstechnischer Hinsicht sehr von einer Erwachsenenbehandlung unterscheiden. Daher ist es besonders wichtig, die entwicklungspsychologischen Basisdaten dieser Entwicklungsphase zu kennen, konturieren sie doch den Hintergrund, vor dem sich der psychodynamische Prozess zwischen Therapeut und jungem Patienten entfaltet.

Ich möchte hervorheben, dass, wenn aus Gründen der Vereinfachung von »Therapeut« und »Jungem« gesprochen wird, immer alle Geschlechter gemeint sind. Desgleichen möchte ich betonen, dass, wenn im Folgenden der Begriff der »Adoleszenz« verwendet wird, er ganz unterschiedliche Entwicklungsabschnitte umgreift. Neuere entwicklungspsychologische Forschung hat gezeigt, dass frühere Konzepte einer prolongierten oder sogar pathologisch prolongierten Adoleszenz (Blos, 1954) nicht mehr zutreffend sind, sondern dass das Auftreten eines neuen, bislang unbekannten Entwicklungsabschnitts zwischen Jugendalter und Erwachsenenalter (»emerging adulthood«, Seiffge-Krenke, 2015a) heute die Regel ist, was für Jugendlichen-Psychotherapeuten die Behandlung von jungen Menschen bis zum 23. Lebensjahr bedeuten kann. Bis zum 21. Lebensjahr muss die Therapie allerdings begonnen worden sein.

Insgesamt wird in diesem Buch durch die Integration vielfältiger interdisziplinärer Theorien und Befunde, durch deren Illustration in Form von Falldarstellungen und dadurch, dass der Fokus auf wesentliche Arbeitsschwerpunkte (wie Diagnostik, Fallkonzeption, neue Krankheitsbilder, neue Behandlungsformen, Arbeit an der therapeutischen Beziehung, technische Fragen in der Jugendlichenbehandlung, Elternarbeit und Qualitätssicherung) gelegt wird, Jugendlichen-Therapeuten in der Aus- und Weiterbildung und Jugendlichen-Therapeuten bei ihrer praktischen Arbeit ein komplexer theoretischer Rahmen, ein hilfreiches Gerüst an Einsichten und Techniken angeboten. Dabei werden, zusammenfassend, vier Schwerpunkte gesetzt:

- theoretische Kompetenz,
- diagnostische Kompetenz,
- behandlungstechnische Kompetenz und
- Forschungskompetenz.

In einem Kontext von hohen Einwanderungsraten wie in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland wird die kulturelle Kompetenz als spezifische diagnostische und behandlungstechnische Kompetenz ebenfalls eine Rolle spielen.

2. KAPITEL

Theoretische Kompetenz: Das Jugendalter aus psychodynamischer und entwicklungspsychologischer Sicht

Die altersmäßige Umgrenzung des Jugendalters als Entwicklungsabschnitt ist nicht einfach. Während der Beginn der Adoleszenz noch relativ eindeutig das Alter von 12 bis 13 Jahren umfasst, bereitet die Bestimmung der obersten Grenze zunehmend Schwierigkeiten. Das Ende der Adoleszenz ist erreicht, so Freud (1905a), wenn das Individuum ein nichtinzestuöses Liebesobjekt gefunden hat – ein schwierig zu definierendes Kriterium. In der entwicklungspsychologischen Forschung wurde vor einer Reihe von Jahren ein neues, eigenes Stadium zwischen später Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter entdeckt, »emerging adulthood« (Arnett, 2000; Seiffge-Krenke, 2015a).

Orientiert am historischen Verlauf werden in diesem Kapitel zunächst die Konzeptionen der klassischen Vertreter psychodynamischer Adoleszenztheorien wie Sigmund und Anna Freud sowie die Reflexion ihrer Ansätze in älteren Arbeiten vorgestellt. Dann werden die Objektbeziehungstheorien, interaktionistische Ansätze und die Selbstpsychologie dargestellt, deren Ideen, obwohl sie keinen eigenständigen Beitrag zur Theorie der Adoleszenz geleistet haben, bis heute in den meisten aktuellen Ansätzen vertreten werden. Die Bindungstheorie, die im Rahmen der Vorstellung entwicklungspsychologischer Befunde und Theorien besprochen wird, stellt ein Bindeglied zwischen Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie dar. Schließlich geht es in diesem Kapitel um Beziehungsentwicklung, Körperkonzept, Identität und Stressbewältigung des Jugendlichen, die vor dem Hintergrund der Verarbeitung belastender Erfahrungen bei vielen Patienten bedeutsam sind. Dies wird in den Rahmen der Familienentwicklung in dieser Altersphase eingebettet.

Frühe psychodynamische Ansätze: Von Freud zu Blos

Für alle psychodynamischen Ansätze ist das Konzept des *Unbewussten* zentral, können unbewältigte frühe Konflikte alle späteren Beziehungen belasten und zu psychischen Symptomen führen (Boll-Klatt & Kohrs, 2018). Dabei ist die Kontinuität zwischen normalen und gestörten Entwicklungsprozessen ein Diktum, das besonders für die Adoleszenz gilt.

Auf die frühen Ansätze von Sigmund Freud, von Anna Freud und Erik H. Erikson wird nur kurz eingegangen, da ihre Bekanntheit vorausgesetzt werden kann (vgl. Seiffge-Krenke, 2003a). Etwas ausführlicher wird die Theorie von Peter Blos dargestellt, der sich besonders um eine Differenzierung in einzelne Entwicklungsabschnitte und ihre speziellen Aufgaben bemüht hat.

Sigmund Freud: Adoleszenz als endgültige Lösung des Ödipuskomplexes, Bisexualität

Das psychodynamische Studium der Adoleszenz begann bekanntlich 1905 mit dem entsprechenden Kapitel in den »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie«, in denen Sigmund Freud das Erreichen einer endgültigen Sexualorganisation als entscheidendes Charakteristikum dieser Entwicklungsphase herausstellte. Die dort von ihm vertretene Sicht, die Adoleszenz sei vor allem eine *Neuaufgabe ödipaler Probleme*, hatte weitreichende Konsequenzen; angesichts der Vielzahl von Patienten, die mit ihren Eltern ein spezielles Schlafarrangement teilen, finden wir diese Sichtweise heute erneut bedeutsam (vgl. Kapitel 3).

In wesentlichen Zügen wiederholt die Adoleszenz nach Freud den Ödipuskomplex und muss ihn endgültig lösen. Um das Ziel der reifen Sexualität zu erreichen – nach Freud die Unterordnung der erogenen Zonen unter das Genitalprimat und die Anerkennung der Generationsgrenze –, hat der Jugendliche mehrere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen: Er muss den Ablösungsprozess von den Eltern vollziehen, also auf inzestuöse Objektbesetzungen verzichten, sowie gleichgeschlechtliche Neigungen aufgeben, also heterosexuelle Objekte wählen. Wir würden heute die homosexuelle Objektwahl hinzufügen wollen. Interessant ist, dass Freud auf ein bisexuelles Durchgangsstadium hingewiesen hat, besonders deutlich bei den Mädchen, aus heutiger Sicht angesichts der vielen Patienten mit Transgender-Problematik bemerkenswert.

Freuds Sichtweise der »zweiten ödipalen Phase« war sehr einflussreich. In den folgenden Jahren haben dann Siegfried Bernfeld (1923), Alfred Adler (1927) und

August Aichhorn (1925) von einer eher praktischen Seite her zum Verständnis von Jugendlichen beigetragen. Aichhorns behandlungstechnisches Vorgehen in der Therapie dissozialer und delinquenter Jugendlicher ist hier zu nennen. Bernfelds protrahierter Typus, dadurch gekennzeichnet, dass er weit über die normale Altersstufe hinaus adoleszente Verhaltensweisen beibehält, ist heute vor dem Hintergrund der neuen Phase des »emerging adulthood« besonders interessant. Blos (1965) beschrieb den spezifischen Ablauf der Adoleszenz beim männlichen Geschlecht, Helene Deutsch (1944) die frühe Adoleszenz bei Mädchen. Sie arbeitete das *bisexuelle Schwanken* als besonders offenkundig bei Mädchen heraus. In der Tat lässt sich belegen, dass weibliche Jugendliche in der frühen Adoleszenz mit gleicher Heftigkeit heterosexuelle und homoerotische Beziehungen aufnehmen (vgl. Seiffge-Krenke, 2017a).

Anna Freud: Entidealisierung der Eltern, Trauerarbeit und jugendspezifische Abwehrmechanismen

Anna Freud beschäftigte sich eingehender als ihr Vater mit diesem Entwicklungsabschnitt. 1936 veröffentlichte sie zwei Aufsätze, »Das Ich und das Es in der Pubertät« und »Triebangst in der Pubertät«, in denen sie die konflikträchtige und quantitative Veränderung der Triebe mit dem Eintritt in die Pubertät belegt. Für sie bedeutet

»die Pubertät ihrem Wesen nach die Unterbrechung einer Periode friedlichen Wachstums, [...] das Weiterbestehen von innerem Gleichgewicht und Harmonie dagegen eine abnorme, nicht eine normale Erscheinung, die dringend einer Behandlung bedarf« (A. Freud, 1960, S. 21).

Anna Freud hält die Verlagerung libidinöser Besetzungen der Elternrepräsentanten auf nichtinzestuöse Objekte außerhalb der Familie für das zentrale Problem der Adoleszenz. Hierzu ist eine spezielle *Trauerarbeit* erforderlich, die an einen realen Objektverlust erinnert.

Im idealen Fall reduzieren sich Angst und Schuldgefühle mit dem Abzug von Besetzungen. Zur Bewältigung der Ängste setzt das Ich alle ihm zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen aus jeder Entwicklungsstufe ein. Im Einzelnen unterscheidet Anna Freud (1958, S. 269):

1. *Abwehr gegen infantile Bindungen* durch Verschiebung der Libido auf andere Objekte (abrupte Besetzung außerfamiliärer Objekte wie Freunde) bzw. durch

Verkehrung eines Affektes in sein Gegenteil (Verleugnung von positiven Gefühlen, provokantes, aggressives Verhalten);

2. *Abwehr gegen triebhafte Impulse* durch Askese (den Versuch, jegliche Triebbefriedigung zu unterdrücken; dazu gehören auch Bedürfnisse wie Schlaf und Nahrung) bzw. durch Intellektualisierung (die gedankliche Meisterung der Triebwünsche, die sich oft in endlosen Diskussionen über abstrakte politische Themen äußert).

Anna Freud hebt besonders die Abwehrmechanismen der Askese und der Intellektualisierung als für das Jugendalter charakteristisch hervor. Da sich diese Abwehrmechanismen gegen Triebabkömmlinge aus allen prägenitalen Phasen richten, ist das pathologische Erscheinungsbild des Jugendlichen variabel und unberechenbar. Fluktuationen zwischen extremen Gegensätzen – wie Ablehnung vs. Erfüllung eigener Triebimpulse, Hass vs. Liebe zu den Eltern, Auflehnung vs. Abhängigkeit von den Eltern, idealistisches, selbstloses vs. egozentrisches, berechnendes Verhalten – sind ihrer Auffassung nach für Jugendliche angemessen und durchaus normal. Dieser Umstand lässt eine Differentialdiagnose zwischen jugendtypischem »Aufruhr« und wirklicher Pathologie zum Problem werden (A. Freud, 1958). Wichtig ist auch das Konzept der Entwicklungslinien. Anna Freud (1965) hat darauf hingewiesen, dass Imbalancen in einzelnen Entwicklungsbereichen relativ häufig sind.

Erikson: Identitätsentwicklung und die Notwendigkeit eines Moratoriums

Im Vergleich zu Freuds Konzeption gibt Erikson dem Unbewussten und der psychosexuellen Dimension weniger Raum und bezieht den Entwicklungskontext stärker ein. Seine Arbeiten (Erikson, 1950, 1956, 1970 [2003]) verdeutlichten, dass das Phänomen der Adoleszenz nicht nur durch eine Zunahme der Triebimpulse und deren Abwehr begründet werden kann, sondern eine psychosoziale Notwendigkeit darstellt, die wesentlich zur Integration des Jugendlichen in die Gesellschaft beiträgt. Auf jeder der acht von ihm beschriebenen Entwicklungsstufen hat das Individuum einen typischen Konflikt zu lösen, dessen befriedigende Bewältigung und Integration in die nächstfolgende Stufe die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Ichs und der Ich-Identität bilden.

Die Adoleszenz, als fünfte seiner Grundphasen, wird durch die Antithese von *Identität vs. Identitätsdiffusion* charakterisiert. Erikson weist darauf hin, dass Jugendliche eines Moratoriums bedürfen, bevor sie als junge Erwachsene endgül-

tig eine spezialisierte Arbeit ergreifen können und zur Intimität fähig sind (Erikson, 1970 [2003]). Die endgültige Identität, wie sie am Ende der Adoleszenz feststeht, schließt die Auseinandersetzung mit allen bedeutsamen Identifizierungen der Vergangenheit ein. Dass diese Integration eine schwierige Leistung der Ich-Synthese darstellt, die nicht ohne Konflikte und Krisen abläuft, verdeutlicht das folgende Zitat:

»Es ist nicht immer einfach, sich daran zu erinnern, daß [...] die Adoleszenz kein Leiden ist, sondern eine normative Krise, das heißt eine normale Phase erhöhten Konflikts, gekennzeichnet sowohl durch eine scheinbare Schwankung in der Ich-Stärke wie durch ein hohes Wachstumspotential.« (Erikson, 1970 [2003], S.167f.)

Die Weiterentwicklung der Identität geschieht also in einer Phase, die Erikson als »normative Krise« bezeichnet. Mit Identitäts- oder Rollendiffusion sind dagegen für den Heranwachsenden problematische Entwicklungsverläufe gemeint. Erikson (1970 [2003]) sieht im Potential einer Gesellschaft, das dem Jugendlichen ermöglicht, sich mit neuen Rollen zu identifizieren und ein Moratorium zulässt, eine wichtige Hilfe bei der Identitätsbildung. Damit kommt Erikson den Theorien, die in der Entwicklungspsychologie u. a. auf der Grundlage umfangreicher Studien gegenwärtig vorherrschen, sehr nahe.

Das Fünfphasenmodell der Adoleszenz von Peter Blos

Zu den umfassendsten psychodynamischen Arbeiten über die Adoleszenz zählt das 1962 in den USA (1973 in deutscher Sprache) erschienene Buch *On adolescence* von Peter Blos, das mehrere deutsche Auflagen durchlief (zuletzt Blos, 2015, 9. Aufl.). Bis heute ist es das Standardwerk über die psychodynamische Theorie der Adoleszenz geblieben. Blos, ein enger Weggefährte von Erikson aus Karlsruhe bzw. Wiener Tagen, versucht, den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter durch Differenzierung in fünf Phasen der psychischen Entwicklung überschaubarer zu machen.

Präadoleszenz: Zunahme des Triebdrucks, Banden-Stadium und Tomboy-Verhalten. Während der Präadoleszenz (etwa 10. bis 12. Lebensjahr) führt der Triebschub zu einem Wiederaufleben der prägenital geprägten inneren Welt des Kindes. Nahezu jedes Erlebnis – z. B. Zorn, Furcht, sportliche Betätigung – kann sexuell stimulie-

rend wirken. Die Genitalien dienen als unspezifisches Organ der Spannungsabfuhr; erst ab der Adoleszenz werden sie ihre exklusive Empfindsamkeit für zumeist heterosexuelle Reize erhalten. Jugendliche in diesem Entwicklungsabschnitt haben Spaß an schmutzigen Worten und analen Witzen, waschen sich ungern, machen gerne Geräusche nach und verhalten sich häufig oral gierig (Blos, 2015).

Als Konsequenz der verstärkten Triebzunahme werden Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Reaktionsbildung, Verschiebung etc. verstärkt eingesetzt. Zugleich entwickelt der Präadoleszente Tätigkeiten, die ihm in der Gruppe der Gleichaltrigen Anerkennung und Prestige verschaffen. In diesem Alter tritt auch die *Sozialisierung der Schuld* auf. Geteilte oder projizierte Schuldgefühle sind Gründe für die wachsende Bedeutung der Gruppenzugehörigkeit. Natürlich glückt die Abwehr nicht vollkommen, und so finden wir in der Präadoleszenz eine Reihe von Symptomen, die als Spannungsventile anzusehen sind, wie Magen- und Kopfschmerzen, Nägelknabbern, Herumbeißen auf den Lippen, Herumspielen an den Fingern, den Haaren sowie erhöhte motorische Unruhe.

Die Hauptaufgabe dieser Phase stellt der schwierige und langwierige Ablösungsprozess von den primären Bezugspersonen dar, dabei stand für Blos die Mutter im Zentrum. Die typischen Bewältigungs- und Aktivitätsformen von Jungen und Mädchen unterscheiden sich auffallend: Jungen zeigen eine mädchenfeindliche Einstellung. Sie meiden Mädchen bzw. setzen sie herab, necken sie und verhalten sich angeberisch, wenn sie mit ihnen zusammen sind. Bei den Mädchen ist diese Phase durch einen Aktivitätsschub (*Tomboy-Verhalten*, Dalsimer, 1979) gekennzeichnet, indem jungenhaftes Benehmen einen Höhepunkt erreicht. Häufig haben Jungen in diesem Alter Größenideen; das Thema des Tötens, Unterwerfens, Demütigens taucht in endlosen Variationen auf. Dies wird verstärkt durch das Zusammensein in gleichgeschlechtlichen Peergruppen (Banden-Stadium). Blos (2015) erklärt das Verhalten der Jungen durch das Wiederauftauchen der Kastrationsangst; das der Mädchen, ähnlich wie Helene Deutsch (1944), durch eine Verleugnung der Weiblichkeit. Passive Bestrebungen werden bei beiden Geschlechtern überkompensiert. Der entscheidende Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen in diesem Stadium besteht darin, dass Mädchen ihre Prägenitalität wesentlich stärker verdrängen (Blos, 1965). Bis auf das jungenhafte Benehmen verhalten sie sich angepasst und ruhig und zeigen eine Neigung zum Tuscheln und zu Geheimnissen (Mack Brunswick, 1940).

Frühadoleszenz: Homosexuelles Durchgangsstadium, bisexuelles Schwanken, Agieren und Ich-Ideal. Im Stadium der Frühadoleszenz (etwa 13 bis 14 Jahre) beginnen der Trennungsprozess von den frühen Objektbindungen und die Hinwendung zu libidinösen, extrafamiliären Objekten. Der besondere Charakter der frühen Adoleszenz ist so durch die Absetzung der inzestuösen Liebesobjekte und als Folge davon durch die frei werdende Objektlibido gekennzeichnet. Die Suche nach einem neuen Objekt folgt zunächst noch einem narzisstischen Schema: Man schließt Freundschaft mit Gleichaltrigen, an denen man ein bestimmtes Charakteristikum besonders liebt, das man selbst gern hätte. Aus diesem Grunde sind Freundschaftsbeziehungen in diesem Altersabschnitt latent oder manifest homosexuell: Der Freund übernimmt Teile des Ich-Ideals als Substruktur des Ichs. Ein Grund für die Beendigung einer solchen homosexuell getönten exklusiven Freundschaft sind daher auch unvermeidliche Frustrationen, in denen der Freund auf gewöhnliche Proportionen schrumpft. Ein typisches Beispiel für eine solche frühadoleszente Freundschaft zwischen Jungen, in der sich Idealisierung und Erotik verbinden, ist jene zwischen Tonio Kröger und Hans Hansen in Thomas Manns Erzählung »Tonio Kröger«.

Bei den frühadoleszenten Mädchen finden wir sehr enge und intime gleichgeschlechtliche Freundschaften. Hinzu kommt eine typische Form der Idealisierung: der »Schwarm«, eine idealisierte und erotische Beziehung, die sich auf ältere Männer und Frauen beziehen kann. Eindrucksvolle Beispiele dazu gibt Karen Horney in ihren Jugendtagebüchern (Seiffge-Krenke & Kirsch, 2002). Das Objekt einer solchen Schwärmerei wird passiv geliebt mit dem Ziel, ein wenig seiner Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erlangen. Stärker als bei den erotisch getönten Jungenfreundschaften dieser Altersstufe tritt der passive und masochistische Charakter (das Quälen, die Sehnsucht) hervor, die Bisexualität wird weniger verdrängt. Damit greift Blos die Idee von Freud und Deutsch bezüglich des heftigeren *bisexuellen Schwankens* von Mädchen auf. Das Nachlassen der bisexuellen Tendenz bei beiden Geschlechtern zeigt dann den Eintritt in die eigentliche Adoleszenz an.

Lauer (1964) weist auf die Bedeutung des Ich-Ideals in diesem Entwicklungsabschnitt hin. Charakteristisch ist auch das von Blos (1964) beschriebene Agieren. Das Agieren dient hier einer progressiven Entwicklung. Wenn der Heranwachsende fähig ist, seine eigenen Gedanken zu analysieren und Theorien zu bilden (Stadium der formalen Operationen nach Piaget & Inhelder, 1972), macht das »Probearbeiten im Denken [...] das Agieren entbehrlich« (Blos, 1964, S. 128).

Mittlere Adoleszenz: Zunahme an Narzissmus, Aufgabe der bisexuellen Einstellung, Hinwendung zum heterosexuellen Objekt, split parental imago. Charakteristisch für die Phase der eigentlichen oder mittleren Adoleszenz (etwa 15 bis 17 Jahre) ist die Aufgabe der bisexuellen Einstellung und die Hinwendung zu heterosexuellen Liebesobjekten. Der Entzug von Besetzungen von den Eltern führt zu einer verstärkten Besetzung des Ichs mit narzisstischer Libido, die zu einer Reihe charakteristischer narzisstischer Zustände führt (wie Überschätzung des Selbst, Selbsterhöhung auf Kosten der Realitätsprüfung, extreme Empfindlichkeit und Selbstbezogenheit, überscharfe Wahrnehmung, zum Teil an Halluzinationen erinnernd). In gewisser Hinsicht ähnelt dieser Zustand einer beginnenden Psychose (Bernfeld, 1923). Das narzisstische Stadium ist als positives Stadium im Loslösungsprozess anzusehen. Es liefert dem Jugendlichen die narzisstische Gratifikation, die für die Ablösung von den Eltern notwendig ist. Phantasieleben und schöpferische Betätigung erreichen in diesem Entwicklungsabschnitt einen Höhepunkt; recht häufig wird ein Tagebuch geschrieben. Das Niederschreiben erlebter Vorstellungen und Emotionen verhindert zumindest teilweise das Agieren (Bernfeld, 1931).

Mit der endgültigen Bewältigung des Ödipuskomplexes, die bis in die Spätadoleszenz reichen kann, sind die affektiven Zustände des Trauerns (Verzicht auf die ödipalen Eltern) und des Verliebtseins (Fortschreiten der Libido zu neuen Objekten) verbunden. In der mittleren Adoleszenz findet man verstärkt Abwehrprozesse wie *Intellektualisierung* und *Askese* (A. Freud, 1936). Beide Abwehrmechanismen sind für die westeuropäische Kultur besonders bedeutsam. Blos (2015) beschreibt auch die Bewältigungsform des *Uniformismus*: die Neigung, in einer Gruppe unterzutauchen, die eine Angst bindende Funktion hat.

Die »Normallösung« der adoleszenten Entwicklung – darauf hat schon Freud (1905a) hingewiesen – besteht in der Objektfindung, d.h. in einer Ablösung von den primären und der Wahl von nichtinzestuösen Liebesobjekten. In dieser Phase kann man bei Jugendlichen Übergangsobjekte beobachten. Die Neigung von Jugendlichen, jedermann als entweder gut oder schlecht, entweder klug oder dumm, entweder aufregend oder langweilig, entweder aktiv oder passiv zu bezeichnen, ist nach Blos (1976) in einem gespaltenen Elternbild begründet (»split parental imago«).

Spätadoleszenz: Irreversible sexuelle Einstellung, Aufschubmanöver. Die Spätadoleszenz (etwa 18 bis 20 Jahre) ist eine Phase der Konsolidierung, in der es zu einer Stabilisierung der Ich-Funktionen kommt, zu einer einheitlichen Identität, ver-

bunden mit einer stabilen Selbstdarstellung. In dieser Phase werden eine konstante Objektbesetzung sowie eine irreversible sexuelle Einstellung (vorzugsweise verbunden mit einem genitalen Primat) erreicht. Es ist zugleich eine Phase relativer Reife, denn der Jugendliche bemüht sich um die Ausarbeitung eines einheitlichen Ichs. Wir wissen über den Weg der Persönlichkeitskonsolidierung allerdings noch recht wenig, da, wie Blos (2015, S. 152) ausführt, »Integration eben leiser vor sich geht als Desintegration«. Dass im Alter von 18 bis 20 Jahren eine Sexualwahl getroffen ist, wird auch daran deutlich, dass Homosexuelle sich ab diesem Zeitpunkt als permanent homosexuell betrachten (Blos, 2015).

In einer weiteren Arbeit beschreibt Blos (1954) die Aufschubmanöver, die Jugendliche in der *prolongierten Adoleszenz* unternehmen. Bernfeld beobachtete bereits 1923 das Phänomen, die Phase der Kindheit noch etwas auszudehnen, verbunden mit einem gewissen Widerwillen, den Entwicklungsprozess zum Abschluss zu bringen. Angesichts der heutigen Verlängerung und Ausdehnung, wie sie in der neuen Entwicklungsphase des »emerging adulthood« (Seiffge-Krenke, 2015a) beschrieben wird, ist das eine interessante Perspektive. Therapeutische Implikationen hat dieses Verharren erst, wenn eine bestimmte Toleranzgrenze überschritten wird und die Unfähigkeit zur Lösung der elterlichen Bindung ursächlich mit pathologischen Fixierungen zusammenhängt. Die Ausbildung einer historischen Kontinuität des Ichs ist eine besondere Leistung dieses Entwicklungsabschnittes, in dem Patienten verstehen, dass man »wohl nur eine Zukunft haben [kann], wenn man auch eine Vergangenheit hat« (Blos, 2015, S. 155).

Postadoleszenz: Konsolidierung, Experimentieren, Aussöhnung mit den Eltern. Die Postadoleszenz (21 bis 25 Jahre) stellt eine Übergangsperiode zwischen Adoleszenz und Erwachsenensein dar. Es kommt zu einer Konsolidierung sozialer Rollen und der Berufswahl bzw. dem Abschluss der Berufsausbildung. Die emotionale Entwicklung ist allerdings keineswegs zum Abschluss gekommen. Dies sieht man an dem typischen Verhalten des postadoleszenten Experimentierens – im Bereich von Sexualität mit potentiellen Liebesobjekten, zudem mit neuen Lebensformen. Im Gegensatz zur Spätadoleszenz ist wichtig, dass die Ziele schließlich in Form von dauerhaften Bindungen, Rollen oder einer dauerhaften Berufswahl umgesetzt werden können.

Es ist aber anzumerken, dass in diesem Entwicklungsabschnitt zugleich psychische Erkrankungen in ein manifestes Stadium eintreten und eine besorgniserregend hohe Sterblichkeitsrate (aufgrund von Unfällen und Suiziden) vorliegt. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Postadoleszenz liegt in dem Bemühen, mit den

Eltern auf Distanz ins Reine zu kommen. Darunter versteht Blos (2015) die Ausöhnung mit den elterlichen Interessen und Haltungen bzw. mit dem gleichgeschlechtlichen Eltern-Imago. Der Übergang von der Spät- zur Postadoleszenz ist fließend; Erikson (1956) umgreift sogar beide Phasen in seiner Formulierung des psychosozialen Moratoriums: Der Jugendliche experimentiert und ist – bei gewissen Erwachsenenvorrechten – von Erwachsenenpflichten noch entbunden, genießt also ein Stück Freiraum.

Die Altersangaben des Modells sind als grobe Orientierungsmarken zu verstehen; insbesondere die letzten Phasen haben sich gegenwärtig zeitlich sehr ausgedehnt (Seiffge-Krenke, 2015a).

Weiterentwicklungen: Selbstpsychologie, Objektbeziehungstheorien, intersubjektive Ansätze und die Bedeutung des Körpers

Es ist auffällig, dass in weiteren Konzeptualisierungen und Schriften über das Jugendalter Ich-Entwicklung, Phantasien, Realität, Grenzen und Bindung, also Objektbeziehungs- und Selbstaspekte, eine große Rolle einnehmen und praktisch gleichwertig mit den Aspekten des Körpers betrachtet werden. Die Arbeit von Sandler und Sandler (1999) stellt ein gutes Beispiel für die Integration dieser Konzeptionen dar.

Von der Ich-Psychologie zur Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie

Zwei Theoretikerinnen waren und sind besonders wichtig und als Pioniere anzusehen: Anna Freud und Melanie Klein. Wie bereits dargestellt, beschäftigte sich Anna Freud besonders mit Ich-Aspekten, und ihre Formulierungen der Abwehrmechanismen sind insofern eine direkte Weiterentwicklung dieser Ich-Funktionen. Auch der Widerstand ist eine Ich-Funktion. Anna Freud hat viele Jugendliche behandelt und spezifische Ausführungen zur Theorie und Technik formuliert, die bis heute im Anna Freud Centre vertreten werden (Sandler et al., 1982; Fonagy & Target, 2000). Sie hat besonders die Arbeiten von Margaret Mahler (1968) beeinflusst, die die komplexe Aufgabe der Ablösung, »separation«, beschrieben hat, bei Mahler allerdings bezogen auf die frühe Kindheit.

Melanie Klein hat eher den interpersonalen Aspekt betont. Die sehr frühen Objektbeziehungen zwischen Mutter und Baby sind Klein zufolge Beziehungen

zu Teilobjekten, durch das Aufspalten in Gut und Böse als frühe Ordnungsgebung. Für sie wird die innere Welt durch Prozesse der Projektion und Introjektion kreiert, wobei es bei Überwiegen der guten mütterlichen Erfahrung zur Internalisierung eher guter innerer Objekte kommt (Klein, 1928). Unbewusste Phantasien sind für Melanie Klein von großer Bedeutung, während Anna Freud die Realität stärker betont.

Während bei Freud das Subjekt, insbesondere dessen triebhafte Anteile, und das Unbewusste zentral sind, verlagert sich in den Objektbeziehungstheorien der Schwerpunkt auf das Selbst und die Beziehungsebene. Das Selbst entsteht aus einem interaktiven Zusammenspiel im Raum zwischen Mutter und Kind. Auch bei den Interaktionisten wird die Bezogenheit als Begegnung zwischen zwei Subjekten konzeptualisiert, die sich wechselseitig beeinflussen (Bohleber, 1999). Diese wechselseitige Bezogenheit ist entscheidend und trägt zum Aufbau des Selbst eines Kindes oder Jugendlichen bei (Winnicott, 1969a). Die Intersubjektivität ist einer der Schlüsselbegriffe für diese theoretischen Neuerungen (Bohleber, 2013).

Die Überschneidungen zwischen den verschiedenen Ansätzen können auch auf die Biographie der Theoretiker zurückgeführt werden. Winnicott z. B. war auf einzigartige Weise durch das England der 1940er Jahre geprägt, als die Anna Freud-Melanie Klein-Kontroversen stattfanden. Obwohl er mit manchen Gedanken von Klein später nicht mehr einverstanden war, nahm er ihre Idee der internalisierten Objektbeziehungen, ihre Konzepte über präöipale Teilobjekte und *primitive Aggression* sehr ernst. Die Theorien von Melanie Klein führten zur Gründung einer Objektbeziehungsschule, zu der Theoretiker wie Donald Winnicott, Michael Balint, Ronald Fairbairn und Wilfred Bion gehörten. Sie stimmten Klein bezüglich der frühen Spaltungsprozesse zu, aber auch Anna Freuds Überlegungen zur frühen Hilflosigkeit des Ichs, das nicht auf die mütterliche Unterstützung zurückgreifen konnte – eine Idee, die Winnicott später durch die »Einheit zwischen Mutter und Säugling« verstärkte. Kleins Konzept der *unbewussten Phantasien* war sehr einflussreich, aber auch Anna Freud hatte schon auf die Bedeutung des Phantasielebens hingewiesen, wenngleich sie die realen Lebensbedingungen ungleich stärker beachtete als Melanie Klein.

Objektbeziehungs- und Bindungstheoretiker

Während Triebaspekte und deren Abwehr bei Anna Freud im Vordergrund standen, beschäftigte sich Melanie Klein stärker mit den frühen Mutter-Kind-Beziehungen und konzeptualisierte diese als Teil-Objekt-Beziehungen mit einer deutlich aggressiven Note. Melanie Klein (1946) hat wenig über das Jugendalter geschrieben und sie hat auch nur wenig zur Jugendlichenbehandlung publiziert, u. a. die Analyse der 15-jährigen Lisa, vermutlich die ihrer Tochter Melitta Schimideberg. Allerdings hat sie darauf hingewiesen, dass manche Symptome der Adoleszenz die Ängste der paranoid-schizoiden oder depressiven Position aus der frühen Kindheit aufgreifen. Über die *depressive Position* von Melanie Klein, in der es schließlich gelingt, böse und gute Anteile der Mutter zu einem ganzen Objekt zu integrieren, schrieb Winnicott (1965, S. 176):

»This is Klein's most important contribution, in my opinion, and I think it ranks with Freud's concept of Oedipus complex. The latter concerns a three body relationship and Klein's depressive position concerns a two body relationship, that between the infant and the mother.«

Die frühen Objektbeziehungen haben zunächst einen sehr archaischen, aggressiv-verfolgenden Charakter. In der Therapie mit Jugendlichen können solche frühen Objekterfahrungen wiederauftauchen und zu einem sprachlosen Agieren führen (vgl. Kapitel 7). Bowlby (1980) hat später in der Bindungstheorie die Suche nach dem guten Objekt, einen regelrechten »Trieb nach Bindung«, postuliert. An der Tavistock Clinic werden die von Klein entwickelten Konzepte der *Spaltung*, der Teil-Objekt-Beziehungen bis hin zur depressiven Position in der Behandlung von Jugendlichen nach wie vor vertreten und durch Bowlbys Konzept der Bindung ergänzt (Bronstein, 2001).

Das Bindungskonzept ist insofern von Bedeutung, als es um die Reaktion auf Trennung und Verlust geht. In den theoretischen Weiterentwicklungen wurde dann die Funktion der Bindung für die Symbolisierung und *Mentalisierung* (Fonagy et al., 2019) herausgearbeitet.

Winnicott, der sich zunehmend als »Unabhängiger« zwischen den Fronten von Melanie Klein und Anna Freud empfand, fügte den Kleinschen Vorstellungen über die primitiven dyadischen Phantasien die Konzepte des Übergangsraumes, Übergangsobjektes, Übergangsphänomens hinzu (Winnicott, 1969b), die auch auf Jugendliche anwendbar sind und in den technischen Überlegungen zu Jugendlichenbehandlungen auftauchen (vgl. Kapitel 7). Dies gilt auch für das »contai-

ning« oder die »holding function« – Konzepte, die darauf aufbauen und Aspekte der Triangulierung vorwegnehmen. Für Winnicott repräsentierte Freud das väterliche Prinzip (Moral, Rationalität, Objektivität, Sekundärprozess) und Klein das mütterliche Prinzip (Emotionalität, die Welt der gespaltenen und Teilobjekte, die primitiven Identifikationen und Projektionen, die im Primärprozess vorhanden sind). Er hob die Bedeutung der Symbolbildung hervor, ebenso wie das akkurate »affect attunement«. Therapeuten, die auf der Basis der Winnicottschen Ideen arbeiten, beschäftigen sich mit der »hinreichend guten Bemutterung« (»good enough mothering«) und dem Erlernen von Takt, Timing und den angemessenen Grenzen – Dingen also, die sich an die Bindungstheorie anlehnen und das prompte Wahrnehmen und angemessene Reagieren thematisieren. Für Winnicott (1974 [2002]) war das Konzept der fördernden Umwelt sehr wichtig. Sein primäres therapeutisches Ziel mit Jugendlichen bestand immer darin, die therapeutische Beziehung dazu zu nutzen, die Deprivation in der mütterlichen Versorgung zu kompensieren.

In diesem Rahmen spielt auch die *projektive Identifikation* – ein Konzept, das als Erstes von Melanie Klein (1946) eingeführt wurde – eine große Rolle. Es beschreibt die klinische Erfahrung, dass eine Person etwas von sich selbst in eine andere Person projiziert und dort kontrolliert. Meistens handelt es sich um intolérable oder schwierige, problematische Anteile. Die projektive Identifikation enthält einen Aspekt der Projektion, der »containt« (Bion, 1967a) und nach und nach in der Therapie modifiziert werden sollte (vgl. Kapitel 7).

Selbstpsychologie: Identität und Narzissmus

Ogleich auch die Selbstpsychologen Kernberg (1978) und Kohut (1979a) keine genuin jugendpsychologischen Arbeiten verfasst und keine Jugendlichen behandelt haben, werden ihre Theorien von Jugendlichen-Therapeuten stark rezipiert. Dies hängt möglicherweise mit den narzisstischen Phänomenen als Durchgangsstadium in der Adoleszenz zusammen, die schon Blos in seinen frühen Arbeiten als »aggrandiertes Selbst« beschrieben hat. Kohut (1979b) hatte an erwachsenen narzisstischen Patienten, die einen Mangel an Selbstkohäsion zeigen, schwere Defizite des Selbstwertgefühls beobachtet. Beide Narzissmustheoretiker haben unterschiedliche Behandlungskonzepte entwickelt.

Winnicott ist, wie dargestellt, einerseits als Objektbeziehungstheoretiker, andererseits als Selbstpsychologe einzuordnen, was kein Widerspruch ist, denn für ihn entsteht das Selbst aus Beziehungen. Ähnlich wie Anna Freud spekulierte