

Diepold, Barbara

Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 6, S. 214-221

urn:nbn:de:bsz-psydok-34212

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988)	55
--	----

Familientherapie

HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research)	2
---	---

Forschungsergebnisse

GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population)	87
GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students)	306
HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment)	38
JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems)	244
KLAUER, K. J.: Denks training für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development)	150
KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment)	114
LEMPF, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles)	80
LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy])	157

LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses)	18
STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood)	74

Identität

DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence)	214
LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien)	210
OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity)	203
REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View)	222

Praxisberichte

HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients)	180
KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach)	300
DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?)	172
LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents)	293
MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit)	94

Psychotherapie

SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation)	6
---	---

Übersichten

BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence)	126
FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-	

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz)	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy)	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives)	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology)	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems)	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests)	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis)	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment)	162	Tagungsberichte	
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family)	167	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.-29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	61
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father)	261	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989	62
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation)	255	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.-9. 2. 1990	229
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy)	278	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.-3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers	230
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?)	249	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR	231
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence)	52	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg	232
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry)	45	2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft	310
Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung		Buchbesprechungen	
LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities)	325	ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie	313
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry)	353	ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus	104
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles)	338	BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen	379
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective)	361	BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth	100
		BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung	371
		BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation	28
		CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie	314
		CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony	238
		DOLD, P.: Szeno-Familientherapie	101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	381
FRIESE, H. J./TROTT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl.	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung	33	STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl.	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan	372	Editorial: 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	370	Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung	141	Diskussion/Leserbriefe: 233, 267	
		Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368	
		Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen^{1,2}

Von Barbara Diepold

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der Theorie ERIK H. ERIKSONS wird die Entwicklung der Ich-Identität während der Kindheit und Adoleszenz dargestellt. In drei Abschnitten (Säuglingsalter, Kleinkind- und Vorschulalter, Schulalter und Adoleszenz) werden wesentliche Stadien dieser Entwicklung aufgezeigt. Anhand jeweils eines kasuistischen Bei-

spiels aus den verschiedenen Altersstufen werden Schwierigkeiten der Identitätsbildung verdeutlicht und kurze Einblicke in die therapeutische Bearbeitung gegeben.

1 Einleitung

„Ich bin nicht Stiller.“ (Max Frisch)
„Ursula gibt es nicht, es gibt 256 Ursulas.“
(neunjähriges Mädchen)

Identität, die Unverwechselbarkeit einer Person, ist in der Regel mit wenigen Daten feststellbar: Name, Geburtstag, Geburtsort, gegebenenfalls noch ein Paßfoto oder Fingerabdruck, eventuell ein Genom. Ich-Identität

¹ Nach einem Vortrag während der XXIV. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung am 6.10.1989 in Hannover.

² Professor Dr. med. Friedrich Specht zum 65. Geburtstag gewidmet.

bedeutet, daß ein Mensch eine innere Korrespondenz zu seiner objektiv feststellbaren Eigenheit herstellen kann:

Er weiß, er fühlt und er bejaht, er selber zu sein. Das kann sich in folgenden Fragen ausdrücken:

- Was weiß ich über meinen Körper, und wie zutreffend ist dieses Wissen?
- Was weiß ich über mein Gewordensein, über meine Festlegungen? Was habe ich für Phantasien in Bezug auf kommende Veränderungen?
- Wie stehe ich zu anderen Menschen (Eltern, Geschwistern, Partner, Freunden, Mitbürgern, Ausländern)?
- Was für ein Verhältnis habe ich zu Dingen (Natur, Technik, Bücher, Ideen, Kunst)?
- Welche Normen vertrete ich (Verhältnis zu Gesellschaft, Religion, Nation)?
- Wie stehe ich gefühlsmäßig zu mir selbst in all diesen Bezügen? Habe ich eine positive oder negative Einschätzung meiner selbst?

Die Antworten auf all diese Fragen formen sich in einem lebenslangen Prozeß, der durch die Kindheit und die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter führt.

2 Eriksons Identitätsmodell

Ich lege die Theorie ERIK HOMBURGER ERIKSONS über die stufenweise Entwicklung der Ich-Identität zugrunde, weil ich sie für ein geeignetes theoretisches Konstrukt halte, um daran wesentliche Merkmale und Stadien im Kindes- und Jugendalter aufzuzeigen. Nach einem allgemeinen Abriss der Identitätsentwicklung werden exemplarisch anhand von drei Kasuistiken aus verschiedenen Altersstufen nicht gelungene Identitätsverläufe und Möglichkeiten der therapeutischen Einflußnahme dargestellt.

ERIKSON hat als erster den Terminus „Identität“ als systematische Grundlage verwendet, um das Leben einzelner Menschen innerhalb bestimmter Gesellschaftsgefüge zu betrachten (vgl. ADAMS, 1977, S.172–218). In seinem Hauptwerk „Kindheit und Gesellschaft“ (1950) entwirft er auf der Grundlage der traditionellen psychoanalytischen Entwicklungstheorie, die sich an der Triebentwicklung orientiert, einen Gesamtplan menschlicher Entwicklung. In einem Diagramm stellt er in acht diagonal verlaufenden Feldern eine Aufeinanderfolge psychosozialer Krisen dar.

	1	2	3	4	5	6	7	8
I Säuglingsalter	Urvertrauen gg. Mißtrauen				Unipolarität gg. vorzeitige Selbstdifferenzierung			
II Kleinkindalter		Autonomie gg. Scham und Zweifel			Bipolarität gg. Autismus			
III Spielalter			Initiative gg. Schuldgefühl		Spiel-Identifikation gg. (ödpale Phantasie-Identitäten			
IV Schulalter				Werksinn gg. Minderwertigkeitsgefühl	Arbeits-Identifikation gg. Identitätssperre			
V Adoleszenz	Zeitperspektive gg. Zeitdiffusion	Selbstgewißheit gg. peinliche Identitätsbewußtheit	Experimentieren mit Rollen gg. negative Identitätswahl	Zutrauen zur eigenen Leistung gg. Arbeitslähmung	Identität gg. Identitätsdiffusion	Sexuelle Identität gg. bisexuelle Diffusion	Führungspolarisierung gg. Autoritätsdiffusion	Ideologische Polarisierung gg. Diffusion der Ideale
VI Frühes Erwachsenenalter					Solidarität gg. soziale Isolierung	Intimität gg. Isolierung		
VII Erwachsenenalter							Generativität gg. Selbst-Absorption	
VIII Reifes Erwachsenenalter								Integrität gg. Lebens-Ekel

Abbildung 1: Abfolge psychosozialer Krisen nach Erikson

In jedem Feld steht ein Kriterium relativer psychosozialer Gesundheit und darunter das korrespondierende Kriterium relativer psychosozialer Störung“ (ERIKSON, 1959, S. 149). Er meint, daß zwischen beiden eine Polarität bestehe, und daß in der normalen Entwicklung das erste dauerhaft überwiegen, wenn auch nie das zweite ganz verdrängen werde. ERIKSON zeigt mit diesen aufeinanderfolgenden Stadien eine Entwicklungslinie von Komponenten der Persönlichkeit, die sich in psychosozialen Krisen herausbilden. Er möchte eine Kontinuität von Entwicklung herausarbeiten, während der die Summe von Selbstvorstellungen, Selbstrepräsentanzen, die aus den Kindheitskrisen stammen, geprüft, sortiert und integriert werden. Er definiert, daß Ich-Identität sich aus einer gestuften Integration aller Identifikationen entwickle, daß aber das Ganze eine andere Qualität als die Summe seiner Teile habe (ERIKSON 1959, S. 108).

2.1 Säuglingsalter

Während der Entwicklung des ersten Lebensjahres stehen in Bezug auf die Identität die beiden Pole Urvertrauen-Urmißtrauen im Zentrum. Der positive Pol, das Urvertrauen, ist eine der Grundlagen für die sich später in der Adoleszenz konstituierende Identität. FREUD nannte diese Zeit im Rahmen seines psychosexuellen Entwicklungsschemas die orale Phase (vgl. FREUD, 1905). Damit brachte er zum Ausdruck, daß Triebbedürfnisse während der ersten Lebensmonate die Mundwelt und vor allem die Nahrungsaufnahme betreffen.

Am Anfang seines Lebens wurde der Säugling noch nicht als beziehungsfähig eingeschätzt, was der Volksmund in der populären Rede vom „dummen Vierteljahr“ ausgedrückt. Diese Sicht der Dinge hat eine Entsprechung in der psychoanalytischen Theorie. FREUD spricht vom primären Narzißmus (FREUD, 1914), Mahler von autistischer Phase (MAHLER, 1975), und sie drücken damit aus, daß beim Säugling noch keine Bezogenheit auf Menschen oder Dinge existiert. Insgesamt sah man ihn am Lebensanfang als passives Wesen, das physisch und psychisch unentwickelt und ganz von der liebenden Fürsorge seiner Mutter abhängig war (STORK, 1985).

Diese Sicht läßt sich heute nicht mehr so aufrechterhalten. Seit ungefähr 15 Jahren ist die frühe Säuglingszeit ins Interesse empirischer Forschung verschiedener Disziplinen, vor allem der Verhaltensforschung gerückt. Ich referiere – sehr verkürzt – ein unsere Fragestellung betreffendes Ergebnis: Der Säugling ist vom ersten Lebenstag an ein aktiver Teilnehmer und Gestalter der Beziehung zwischen sich und seiner Mutter. Er nimmt z. B. Kontakt zu seiner Mutter mit den Augen auf, genießt ihn kurze Zeit und bricht ihn wieder ab. BRAZELTON weist nach, daß Kontaktaufnahme und Abwendung in Zyklen erfolge und meint, daß der Säugling im Rückzug eine Art „Revitalisierung“, eine Art Auftanken, erlebe (BRAZELTON 1974 und 1982, zit. nach STORK, 1985). Man könnte es als eine erste, nonverbale Art der Verneinung verstehen. J. STORK sieht darin die Grundlage des Dialogs, der Widerspruch und Konflikt mit einschließt.

Was bedeutet das nun für die Entwicklung der Grundlagen von Ich-Identität? Wenn der Säugling Kontakt aufnehmen kann, sich danach aber auch zurückziehen darf, wird sein Bedürfnis nach Selbstregulation anerkannt. Versucht eine Mutter jedoch, durch vermehrte Aktivität das Kind zu fesseln, muß es Schutzmechanismen entwickeln. Es kommt zu einer Art Fluchtreaktion, zum Wegstoßen der Mutter, leerem Blick, Einschlafen oder lautem Schreien. Der aktive Säugling sucht also den Kontakt, bricht ihn wieder ab und ist sogar, wie die verhaltensbiologischen Forschungen des Ehepaars PĀPOUŠEK zeigen, schon kurz nach der Geburt in der Lage, zu Vater und Mutter eine differenzierte Art von Kontakt aufzunehmen (PĀPOUŠEK, 1987, S. 46).

Was bewirkt dieser frühe Kontakt für die Selbstwerdung? R. A. SPITZ hat an Säuglingsbeobachtungen herausgestellt, daß im ersten Lebensjahr das affektive Klima zwischen Mutter und Kind entscheidend für den Ablauf und Erfolg früher Entwicklungsvorgänge ist (SPITZ, 1965). Erste Wahrnehmungen des Kindes sind mit dem Ernähren, dem Kreislauf und Sensationen des autonomen Nervensystems verbunden, sie sind also ganz auf den eigenen Körper zentriert. Der Säugling nimmt vor allem in der Fütterungssituation das Gesicht der Mutter wahr. Der Stillabstand ist dafür optimal. Die Wahrnehmung löst bei ihm ein positives Gefühl aus, das mit der Erwartung baldiger Spannungsabfuhr verbunden ist. Entfernt sich das Gesicht, steigt die Spannung, und die affektive Antwort darauf ist Weinen. In dieser frühen Mutter-Kind-Interaktion entwickeln und differenzieren sich die regulativen Funktionen im Kind, und die Interaktion wird koordinierter. STERN (1979, zit. nach DENEKE, 1989, S. 585) vermutet, daß die frühesten Repräsentanzen sich als Kerne um solche sich wiederholenden Interaktionserfahrungen bilden. Diese stabilen Erfahrungen ermöglichen dem Kind eine erste, einfache Organisationsform seiner Welt. Die Qualität dieser Erfahrungen macht es aus, ob ein Kind mit Sicherheit, Hoffnungsfähigkeit und Urvertrauen im ERIKSONSchen Sinne sein Leben beginnen kann. „Vermutlich sind das auch die Kernerefahrungen für die Entwicklung eines Subjektgefühls, einer Bewußtheit der persönlichen Eigenart bzw. Identität“. (DENEKE, 1989, S. 586)

Ich ziehe ein erstes Fazit für die Frage nach der Identität bei Kindern: Vom ersten Lebenstag an werden wichtige Engramme für ein allmählich sich entfaltendes Identitätsgefühl dadurch gelegt, daß ein Kind von einer ausreichend guten Mutter („good enough mother“, WINNICOTT, 1958) versorgt wird, die sich auf beide Modalitäten seines Selbst einstellen kann, auf seine Hilflosigkeit und Abhängigkeit einerseits und seine Autonomiebestrebungen andererseits. Was geschieht aber, wenn die ersten Lebensereignisse eines Kindes so sind, daß Urmißtrauen überwiegt? Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich einen 7 Jahre alten Jungen vorstellen, den ich Jochen nenne (vgl. DIEPOLD, 1980):

Als ich Jochen kennenlernte, zeigte er Anzeichen schwerer Deprivation: Seine Pflegeeltern beklagten, daß er sich bei kleinsten Kränkungen total zurückziehe und dann tagelang kein

Wort mehr spreche. Er zeige keine Gefühle und Wünsche und sein Verhalten falle durch Stereotypen auf. So herrsche in seinem Zimmer immer peinliche Ordnung, alle Spielsachen stünden in Reih und Glied, er spiele aber nicht damit, weil er zu nichts eine Beziehung habe. Das Ins-Bett-Gehen finde nach einem bestimmten Ritus statt, den er aus dem Säuglingsheim, in dem er aufgewachsen war, beibehalten habe. Auffällig sei auch das Essverhalten: Er esse grundsätzlich alles, was ihm vorgelegt werde, ob das ein ganzer Kuchen oder ein kleines Häppchen Brot sei. *Geschmack scheine er nicht wahrzunehmen, und die Mutter müsse entscheiden, wann er satt sei.* Weiter leide er an einer Wahrnehmungs- und Orientierungsschwäche. Er finde sich z. B. in der Stadt auch auf den Wegen nicht zurecht, die die Mutter schon viele Male mit ihm gegangen sei. Aus der Schule kämen Klagen wegen seines unkonzentrierten, aggressiv-überschießenden Verhaltens. Bis zum 5. Lebensjahr habe er an einem Ekzem und an Enuresis nocturna gelitten.

Seine Genese ist durch lange Hospitalisierung gekennzeichnet. Seit seiner Geburt war er wegen mangelnder Pflege und ständiger Unterernährung unter Aufsicht des Jugendamtes. In den ersten vier Monaten wurde er zwischen der jugendlichen Mutter, den Eltern des inhaftierten Vaters und der Mutter der Mutter hin und hergereicht. Mit viereinhalb Monaten mußte er wegen eines Darmverschlusses operiert werden. Da die Wunde nicht heilte, dauerte der Krankenhausaufenthalt ein Jahr. Mit etwa eineinhalb Jahren wurde er in ein Säuglingsheim verlegt. Die Mutter hatte sich kurz nach seiner Operation suizidiert. Der Vater soll ihn einige Male aus dem Gefängnis besucht haben, dann riß auch der Kontakt ab. Mit dreieinhalb Jahren kam er aus dem Säuglingsheim in eine Pflegefamilie. Jochens psychosexuelle Reifung befand sich auf oralem, die Objektbeziehungen auf bedürfnisbefriedigendem Niveau. Die synthetische Funktion des Ich war nur ansatzweise entwickelt, was sich im begrenzten Gebrauch der Sprache als Möglichkeit der Welterfassung und des Denkens zeigte. Dementsprechend war sekundärprozeßhaftes Denken und Realitätsprüfung noch nicht fest etabliert. Das Abwehrgefüge zeigte ein Vorherrschen früher Mechanismen, nämlich vorwiegend Spaltung, Projektion und Verleugnung, und hatte nur eine schwache Reichweite.

Zu Beginn der Behandlung fiel mir bezüglich seines Selbstgefühls auf, daß er weder zu mir noch zu den Dingen im Behandlungsraum eine Beziehung aufnahm. Seine Sprache war vorwiegend befehlend, ordinär, manchmal auch zärtlich einschmeichelnd, oft bizarr, von unartikulierten Lauten durchsetzt, im ganzen beziehungslos und primärprozeßhaft: „Gleich fällt mir Kacke in die Hose – Sand – mmh – das ist Zucker – freß ich auf – Mutter – der schlag ich den Kopf ab – jetzt hab ich'n Pup gelassen – (und während er auf einen Boxball einschlug) das ist eine Schlange, die hat Zucker geklaut.“

Manchmal traf mich unvorhersehbar seine Wut, oder er traf sich auch selbst, was in meiner Gegenübertragung ein Gefühl der Sorge auslöste, die sich vor allem auf die aggressiven und autoaggressiven Durchbrüche bezog. Als er kurz nach Therapiebeginn Haferflocken und Zucker im Therapieraum entdeckte, stürzte er sich mit ungeahnter Intensität, beinahe wie ein Verhungerner darauf, und von da ab war das Essen sowie der Kampf um die Begrenztheit der Menge eine Art integrierender Bestandteil der Therapie, der ihm den Erfahrungshintergrund für eine Nachentwicklung verschiedener Ich-Funktionen lieferte.

Ich war für ihn das bedürfnisbefriedigende Objekt, wenn er essen konnte. Dann befand er sich mit mir in einem Zustand stillen, zufriedenen Wohlbehagens, und die Verständigung zwischen uns fand vorwiegend im präverbalen Raum statt, im Austausch von Phantasielauten oder dem Summen von Melodien.

Ich funktionierte zu dieser Zeit wie eine Verlängerung seines Selbst und kleidete das Geschehen häufig in Worte. An folgender Sequenz mag deutlich werden, wie er zu diesem Zeitpunkt der Behandlung die Beziehung zu mir sah: Er fragte mich, ob er satt sei, worauf ich erwiderte: „Du meinst, ich könnte wissen, wann du satt bist?“ Er antwortete: „Ja, du bist doch ... mir.“

Es folgte ein langer Prozeß des Durcharbeitens seiner Symptombiosewünsche, seiner archaischen Aggressionen, die oftmals unsere Beziehung ernsthaft bedrohten, und schließlich seiner Depression. Er zeigte mir in einer der letzten Stunden seine riesige Narbe auf dem Bauch und sagte: „Sag mal, weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist? Traurig, nicht?“

Aus seiner Genese war das Überwiegen des Urmißtrauens in Beziehungen verständlich. Was aber hat in der Behandlung bewirkt, daß sich das Schwergewicht von diesem Pol ein wenig in Richtung Urvertrauen verschieben konnte? Ich meine, daß die therapeutische Beziehung in dieser Behandlung, und darüber hinaus grundsätzlich bei strukturellen Ich-Störungen bzw. frühen Beziehungsstörungen (vgl. BLANCK/BLANCK, 1978, S. 344), das therapeutische Mittel war, mit dem gearbeitet wurde. Die therapeutische Haltung entsprach zu dieser Zeit der frühen Mutter-Kind-Beziehung mit ihren haltenden und spiegelnden Funktionen (DIEPOLD/ZAUNER, 1989, S. 28).

Allmählich konnte er sich als von mir getrennt erleben und sich von der Vorstellung „du bist doch mir“ lösen. Er erreichte das wichtige Stadium der Objekt Konstanz, was sich u. a. daran zeigte, daß er Trennungszeiten von mir während der Ferien ohne Panik überbrücken konnte. Für seine Identitätsentwicklung war das eine wichtige Grundlage, nämlich ein Bild von mir in sich zu haben und es von dem Bild von sich selbst trennen zu können. Ein weiterer wichtiger Schritt zu einem positiven Selbstgefühl war, daß er in einem längeren Therapieabschnitt anhand der Beschäftigung mit Märchen Trauerarbeit leistete. Am Ende dieser Phase hatte er, als er mit mir über den Tod seiner Mutter sprach, das Wissen darum mit dem Gefühl der Trauer verbunden und so einen wichtigen Teil seiner Lebensgeschichte in sein Selbst integriert.

2.2 Kleinkind- und Vorschulalter

Auf der zweiten Stufe des ERIKSONSchen Schemas bewegt sich das Kind zwischen den Polen „Autonomie gegen Scham und Zweifel“. Der Muskelapparat reift. Das Kind lernt zu laufen, es übt sich im Festhalten und Loslassen, erkundet mit Hilfe seiner Neugier die Wohnung, faßt alles an und will alles alleine machen. Es beginnt zu sprechen. Es grenzt sich ab, indem es „nein“ sagt, und es sagt „ich“ und „mein“. Triebdynamisch betrachtet geht es in diesem Alter um die Lust an den Ausscheidungsvorgängen. Das besser koordinierte Muskelsystem erlaubt, auch die Ausscheidungsvorgänge nach dem Prinzip des Festhaltens oder Loslassens zu gestalten. Sie werden also auch dem Willen des Kindes unterworfen. Die Frage ist auf dieser Altersstufe, ob ein Kind allmählich seine Körperfunktionen nach eigenem Willen beherrschen lernt und daraus ein dauerndes Gefühl von Autonomie und Stolz schöpft, oder ob sich die Waagschale zur anderen

Seite neigt. Dann werden, aus ständigem Erleben seines Unvermögens und der Übermacht des elterlichen Willens und deren Unzufriedenheit, Gefühle von Scham und Zweifel im Vordergrund des Erlebens stehen.

Eltern sind mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, einerseits ihr Kind mit deutlichen Grenzen zu schützen, weil es durch Fehleinschätzung von Gefahren und der Überschätzung eigener Fähigkeiten gefährdet sein kann, andererseits aber den kindlichen Trotz nicht mit Gewalt zu brechen, sondern dem Kind das Gefühl zu lassen, wirklich auf seinen eigenen Füßen stehen zu können. ERIKSON meint, daß ein derartiges Autonomiegefühl entstehen könne, wenn das Urvertrauen fest verwurzelt und überzeugend weitergeführt sei (ERIKSON, 1959, S.79).

Auf der dritten Stufe geht es um „Initiative gegen Schuldgefühl“. Mit 4 bis 6 Jahren erweitert sich der soziale Rahmen des Kindes und reicht in der Regel über die Familie hinaus. Es hat Spielkameraden und besucht im allgemeinen den Kindergarten. Seine motorischen Fähigkeiten haben sich weiterentwickelt, es lernt z. B. Fahrradfahren und Schwimmen. Es hat Freude am Wettbewerb, an Zielstrebigkeit und Eroberungslust. Seine Phantasietätigkeit nimmt zu, und es übt in Spielen, wie z. B. „Vater-Mutter-Kind“ oder „Hochzeit“, verschiedene Rollen. Geschlechtliche Neugier und genitale Erregbarkeit finden ihren Ausdruck in den sogenannten Doktorspielen, die während der Latenzzeit verdrängt werden, wenn ihnen nicht durch eine rigide Erziehung zuviel Aufmerksamkeit beigemessen wird. Kinder werden von ängstlichen Träumen und Phantasien gequält. Geister und Räuber bedrohen ihre innere Sicherheit.

Auf der Triebebene wird phallisches Erleben wichtig: Jungen, manchmal auch Mädchen, versuchen, einen großen Bogen zu pinkeln. Sie dringen ein: mit Krach in die Ohren anderer, mit Rennen in Räume und mit Fragen in unbekannte Wissensgebiete. Sie identifizieren sich mit den Eltern, rivalisieren mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und möchten sich an deren Stelle setzen. So sagt ein fünfjähriges Mädchen zu seiner Mutter: „Weißt du, was ich mir am allermeisten wünsche? Daß du tot bist. Dann würde ich immer bei Papa sein, für ihn sorgen und immer bei ihm schlafen.“ Wenn es erkennt, daß die Realisierung dieser ödipalen Wünsche unmöglich ist, erlebt es Verzweiflung und Schuldgefühl und es entsteht die Angst, die Quelle seiner Lust und Wünsche verloren zu haben. Das verdichtet sich in der Kastrationsangst. Am Ende der ödipalen Phase, wenn die Konflikte gelöst sind, haben sich zwei wesentliche Elemente der Identität des Kindes gefestigt: Es hat „seinen Platz in einem Geschlecht und einer Generation gefunden.“ (LEBOVICI, 1988, S. 58).

Daniel, ein zu Beginn der Behandlung 7jähriger Junge, hat diesen Entwicklungsschritt nicht machen können. Er litt an ständigem Einnässen, tagsüber bis zu 20mal, aber auch nachts. Als Säugling hatte er ständig, bis zu 8 Stunden am Tag geschrien und hatte an einem Säuglingssekzem gelitten.

In der Therapie wurde eine Pistole sein wichtigstes und liebstes Spielzeug. Er war von ihr begeistert, denn er durfte zu Hause kein „Kriegsspielzeug“ haben. Er stellte mit ihr immer

wieder in verschiedenen Spielvariationen seine phallischen Bedürfnisse dar, und ich war jemand, der ihn darin bewunderte. Es veränderte sich an der Symptomatik jedoch trotz gründlichen Durcharbeitens nichts. Seine Unsicherheit in Bezug auf seine Geschlechtsidentität zeigte er u. a. in folgendem Bild (Abb. 2).

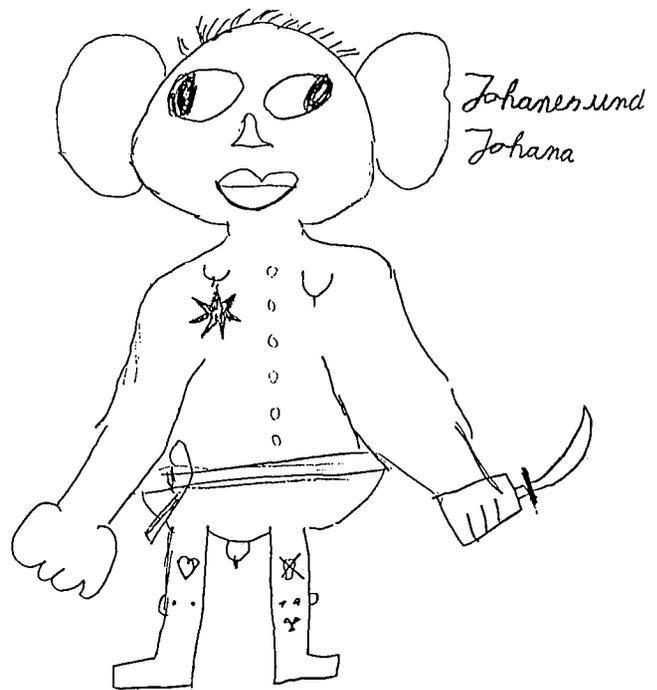


Abbildung 2

Einmal wollte er mit einer Pistole seine Mutter erschrecken, die im Wartezimmer auf ihn wartete. Das brachte schlagartig lange Verdrängtes in Erinnerung. Sie war als Kind jahrelang von einem älteren Mann sexuell mißbraucht worden. Auf diesem Hintergrund wurde ihre kastrierende Haltung verständlich, die in vielen Elterngesprächen spürbar gewesen war. Ihr Männerhaß war ihr jedoch unbewußt. Daniel durfte kein Junge sein. Das muß er gespürt haben, denn er hatte einmal zu seiner Mutter gesagt: „Wenn ich im Sitzen pinkeln könnte wie du, dann würde ich nicht in die Hose machen.“

Daniel konnte sich aber auch nicht mit seinem Vater identifizieren, weil der selber in seiner männlichen Identität stark beeinträchtigt war. Unehelich geboren, war er bei Verwandten aufgewachsen und durfte nie den Namen des Vaters erfahren. Darunter litt er ständig, weil er in sich eine Art weißen Fleck empfand, der sich durch nichts ausfüllen ließ.

In einer langdauernden intensiven Elternarbeit haben die Eltern ihre eigene Identitätsstörung ein Stück weit bearbeitet. In dem Maß gelang es auch Daniel, sich mit seinem Vater zu identifizieren, sodaß er am Ende der Therapie davon überzeugt war, später einmal den gleichen Beruf wie sein Vater zu ergreifen. In Bezug auf seine Geschlechtsidentität sagte er, „Gut, daß ich ein Junge bin, das ist doch viel besser.“

In diesem Beispiel hat sich gezeigt, daß Daniel in seinem Gefühl des sich selbst Gleichseins gestört war. Seine Mutter hatte ihm aus eigener nachfühlbarer Betroffenheit nicht seinen Phallus lassen können. Da der Vater als Identifikationsobjekt ausfiel, blieb er unsicher in Bezug

auf seine Geschlechtsidentität. Er löste den Konflikt mit Hilfe der Symptomatik, einer mädchenhaften Ausstrahlung und einer Verstrickung in ödipale Konflikte. Erst in der Therapie konnte er Initiative entwickeln, sich männlich identifizieren und sich von Schuldgefühlen lösen. Er sagte, „die meinen immer, daß ich Schuld bin, wenn sie sich streiten, das stimmt aber nicht.“ Diese Entwicklung konnte er machen, weil die Mutter nicht mehr seine Geschlechtsidentität in Frage stellte, der Vater sein Vorbild wurde und die Eltern sich selbst und einander mehr akzeptieren konnten.

2.3 Schulalter und Adoleszenz

Mit der Lösung der ödipalen Konflikte tritt das Kind in das Latenzalter ein, das von ERIKSON psychosexuelles Moratorium genannt wird und eine Zeit des Lernens und der Ausweitung sozialer Erfahrungen ist. Das Kind lernt in der Schule und darüberhinaus z.B. beim Sport oder beim Musikunterricht. Es spielt in Gruppen. Vorwiegend sind es jetzt Spiele, die nach bestimmten Regeln ablaufen, z.B. „Fußball“ oder „Räuber und Gendarm“. Mädchen neigen eher zum Spielen in Dyaden oder kleinen Gruppen (ZAUNER, 1985, S.70). In diesem Alter wird die Bindung an die Gleichaltrigengruppe gelernt und eine weitere Loslösung von den Eltern vorangetrieben. ERIKSON meint, daß die Krise während dieses Alters um die beiden Pole „Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl“ zentriert sei.

Während der Latenzzeit stehen die Kinder miteinander im Wettbewerb, sie Erproben ihre Kraft, weiten ihre Spielareale aus, setzen sich mit dem Problem des Verlierenkönnens auseinander und versuchen, libidinöse und aggressive Triebhalte zu bewältigen. Mit der körperlichen Geschlechtsreife und den dadurch ausgelösten vermehrten Triebspannungen endet die Latenzzeit und beginnt die Adoleszenz. ERIKSON bezieht sich in seiner Auffassung von Adoleszenz auf PETER BLOS, der 1962 in den USA die bis heute umfassendste psychoanalytische Arbeit über das Jugendalter vorlegte. Er entwickelt darin ein Fünf-Phasen-Modell: Präadoleszenz, Frühadoleszenz, eigentliche Adoleszenz, Postadoleszenz. Während der Präadoleszenz, etwa mit 11 bis 12 Jahren, schockieren Jugendliche gern mit schmutzigen Wörtern, analen Witzen und Körpergeräuschen. Sie wollen sich nicht waschen und sind häufig gierig beim Essen und Trinken. Jungen sind mädchenfeindlich („die blöden Weiber“), sie spielen Töten, Kämpfen, Siegen in endlosen Spielen. Mädchen geben sich häufig besonders jugenhaft und neigen zum Tuscheln und zu Geheimnissen. Hauptaufgabe dieser Altersstufe ist der schwierige Ablösungsprozeß von der Mutter. Die Gleichaltrigengruppe wird wichtig, weil man hier Schuldgefühle teilen oder auf andere projizieren kann.

Mit 13–14 Jahren beginnt der Trennungsprozeß von den Eltern. Jugendliche gehen Bindungen zu Menschen außerhalb der Familie ein. Bisher wurden die Eltern idealisiert, jetzt der meist zunächst noch gleichgeschlechtliche Freund oder die Freundin. Mädchen haben in diesem

Alter häufig einen Schwarm, eine idealisierte, erotische Beziehung zu einem Erwachsenen. Das Agieren erfüllt verschiedene wichtige Funktionen: durch starke Reize (waghalsige Unternehmungen) wird Entfremdung verhindert, man erringt die Aufmerksamkeit anderer, wird als Individuum anerkannt und muß nicht einsam sein.

Die eigentliche Adoleszenz bringt eine Wendung zu heterosexuellen Liebesobjekten. Allerdings geht der Übergang von der libidinösen Besetzung der Eltern zu Gleichaltrigen nicht nahtlos, weil zunächst große Ängste vor einer heterosexuellen Beziehung bestehen. Daher wird das Ich mit narzißtischer Libido besetzt, und es kommt zu Selbstüberschätzung, Überempfindlichkeit und Selbstbezogenheit. Diese Zeit ist ein Höhepunkt im Phantasieleben und in schöpferischen Tätigkeiten. Das Tagebuch nimmt häufig die Qualität eines Gesprächspartners an. Mit der endgültigen Bewältigung des Ödipuskomplexes sind, wie A. FREUD in ihrer Arbeit über die Pubertät (1958) gezeigt hat, Zustände von Trauer verbunden, weil der Jugendliche nämlich auf die ödipalen Eltern verzichten muß. Ein anderes wesentliches Gefühl dieses Alters ist das Verliebtsein.

Die Abwehr geschieht vorwiegend durch Intellektualisierung und Askese, und PETER BLOS fügt diesen beiden von ANNA FREUD herausgestellten Abwehrmechanismen noch den Uniformismus bei. Ich habe den Eindruck, daß diese Abwehr stark an Bedeutung gewinnt, wenn ich in Therapien höre, wie wichtig es für einige Jugendliche ist, sich den spezifischen Merkmalen einer bestimmten Gruppe anzugleichen, um dann an der Sicherheit und Stärke dieser Gruppe teilzuhaben.

Die Spätadoleszenz ist die Phase der eigentlichen Festigung und Vereinheitlichung der Identität. Es kommt zu einer festen sexuellen Einstellung (hetero- oder homosexuell) und zu stabilen Beziehungen. Die Jugendlichen entwickeln eigenständige Interessen und soziale Einstellungen gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen und ein Wissen und Gefühl für die historische Kontinuität ihres Ich. Ihre Ich-Struktur ist jetzt festgelegt und muß akzeptiert werden. Dieser Prozeß der Entfaltung ist ganzheitlich, er baut auf den mehr oder weniger gelungenen Identifizierungen der verschiedenen Kindheitsphasen auf und ist daher bei jedem Einzelnen unterschiedlich akzentuiert. Der Prozeß ist krisenhaft, aber er bekommt am Ende der Adoleszenz eine bestimmte Gestalt. Die Identität festigt sich im weitesten Sinne. Im Laufe der Kindheit entscheidet sich, ob dieser Prozeß während der Adoleszenz im Rahmen einer üblichen „normativen“ Krise verläuft, oder ob eine Identitätsdiffusion daraus wird. Abschließend soll am Beispiel eines jugendlichen Mädchens aufgezeigt werden, wie diese Aufgabe zu bewältigen ist, wenn eine Identitätsdiffusion vorliegt:

Silvia kam 16jährig in meine Behandlung. Sie ging nicht mehr zur Schule, lag seit Wochen nur noch auf ihrem Bett, und ihre einzige Aktivität war Musikhören, Essen und Trinken. Sie war stark adipös. In den ersten Gesprächen, in denen sie viel weinte und von ihrer verzweiferten Situation zu Hause als Nachkömmling alter Eltern und in der Schule als Arbeiterkind unter lauter

Akademikern sprach, formulierte sie einen Behandlungsauftrag folgendermaßen: „Ich weiß nicht, wer ich bin, und das möchte ich herausfinden.“ Sie wählte dazu einen eigenständigen Weg, indem sie anfangs in immer neuen Gegensatzpaaren, die eine Symbolisierung ihrer Zerrissenheit waren, über ihre innere Situation sprach. In der 3. Stunde knetete sie eine Speerspitze und sagte: „So möchte ich sein, so schlank, scharf, hart und tödlich. So wie auch Feuer ist, aber nicht so ein gemütliches Kaminfeuer, an dem jemand eine Raviolidose öffnet.“ Sie malte Schlangenlinien, die für sie das Gegenteil von Quadraten waren. „Quadrate finde ich furchtbar, das ist alles so festgelegt, man kann nichts verändern. Das hatte mal seinen Sinn bei den Griechen, die damit ihre Felder bestimmten. Bei uns gibt es auch so viele Quadrate. Aber ich zwingen mich, sie nicht zu mögen. Das ist genauso mit den Pyramiden. Ich finde die blöd, und daß so viele Touristen davorstehen und die bestaunen ... Eine Anmaßung, die genauso zu bauen, daß die Sonne darüber untergeht. Die Sonne ist erhaben, lebensspendend und erhaltend, die können die Ägypter doch nicht für sich nehmen. Die Sonne ist rund, die Pyramiden eckig, das gehört nicht zusammen, genauso wie Quadrate und weiche Linien nicht zusammengehören. – Ich bin richtig erstaunt, ich hab mich eben richtig aufgeregt, ich war richtig wütend über die Ägypter.“ Ich: „Da war eben ein Gefühl?“ „Mit Gedanken und Gefühlen ist es auch so. Gedanken sind wie Quadrate, Gefühle sind rund.“ „Und beides sollte nicht zusammenkommen?“ „Nein.“ „Und bei Ihrem Ärger ist das eben doch so ein wenig passiert.“ „Ja, und mir tut das gut, wenn ich mal über sowas sprechen kann.“

Mir scheint, daß in diesen Symbolisierungen bereits wesentliches der Problematik dieser Patientin, aber darüberhinaus auch Wesentliches von Adoleszenzproblematik überhaupt deutlich wird. Sie sagte, daß die Quadrate einmal wichtig waren, damals für die Griechen, vielleicht auch damals während der Latenzzeit, in der die Ich-Struktur sich festigt, das Kind lernt und Kontakte über seine Familie hinaus knüpft. Die Patientin ist jetzt in einer Entwicklungsphase, in der sie diese Quadrate nicht mehr brauchen möchte und in der sie spürt, daß ihre Ich-Struktur sich gelockert hat. Bei ihr hat eine Triebregression auf die orale Stufe stattgefunden, was an ihrer Eßstörung deutlich wird. Ihre Lern- und Arbeitsstörungen lassen vermuten, daß die Regression über das Triebgeschehen hinaus auch das Ich betroffen hat. Nachträglich betrachtet meine ich, daß alle Phantasien und Bilder ein Ausdruck ihrer damaligen Identitätsdiffusion waren. Sie setzte sich dann im Schutz einer idealisierenden Übertragungsbeziehung („Ihr Zimmer ist so klar und hell, ich finde das schön“) mit ihren Eltern und ihrem Selbsthaß auseinander. („Diese widerliche polnische Mischpoche, alle sind sie fett und dumm, genauso wie ich.“) Anhand ihres Fotoalbums kam es zu einer Entidealisierung des Vaters und zu einer allmählichen Identifizierung mit der Mutter. Ihr wurde die riesige Diskrepanz zwischen Ideal selbst (schlank, klug und aktiv) und Realselbst (dick, dumm und inaktiv) zunehmend schmerzlich bewußt. Später bestimmte ihre soziale Realität mehr die Stundeninhalte: Ihre schwierige Situation als Arbeiterkind unter Akademikerkindern in der Schule, die Kontaktlosigkeit und die von ihr als nicht mehr altersgemäß empfundene Bindung an die Mutter. In der 34. Stunde formulierte sie als Behandlungsauftrag: „Ich möchte mich besser kennenlernen und so leben, daß ich vor mir bestehen kann.“

Sie begann, sich mit mir auseinanderzusetzen. Dabei ging es zunächst um die Termine der Therapiestunden, die sie häufiger verschieben wollte. Nachdem sie einige Male Stunden vergessen hatte, setzen wir uns um Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Geld auseinander. Nachdem sie sich um die 45. Stunde zum ersten Mal verliebt hatte, verglich sie ihre Beziehung zu ihrem Freund

mit der Beziehung zu mir. Der Freund hatte zu ihr gesagt, „Bleib so, wie du bist“. Das wurde für sie ein zentraler Satz. An mir begann sie manches zu stören, mein aufgeräumter Schreibtisch, meine Frisur, meine Brille. Zu Hause änderte sie ihr Zimmer: sie tapezierte, weil sie sich von der verhaßten Familien-Blümchen-Tapete trennen wollte und richtete das Zimmer neu ein. Vor allem aber drängte sie ihre Mutter heraus, die das Zimmer immer ganz selbstverständlich mitbenutzt hatte. Sie nahm Veränderungen an sich selbst wahr, und um die 50. Stunde setzte ein Trauerprozeß darüber ein, daß sie als Kind in ihren Bedürfnissen mißverstanden und abgespeist worden war. Sie entwickelte Mitgefühl und Sorge für ihre kleine Nichte, bei der sie die gleichen Mechanismen der Familie entdeckte.

Einmal sagte sie: „Mich beschäftigt in dieser Woche, was Schönheit ist, was für mich Schönheit ist.“ Zunächst konnte sie diese Frage nur in Negationen beantworten: „Nicht Polstermöbel, Teppichböden, Gardinen, Frisuren, Rouge“, ihr fiel in diesem Zusammenhang ein, daß sie in einem Geschäft wegen Ladendiebstahls gefilzt worden war. Da sei sie sich wegen ihres Dickseins ganz dreckig vorgekommen, als ob alle zu ihr sagten: „Friß nicht soviel“. Dicke Menschen seien Menschen zweiter Klasse. In diesem Moment und in ähnlichen kränkenden Situationen verschwammen für sie Objektrepräsentanzen mit ihren Selbstrepräsentanzen: Die Unverschämtheit der Verkäuferin, sie zu filzen, bedeutete gleichsam ihre Dreckigkeit.

Schließlich fand sie in einem Bild von einer irischen Frau ihre Vorstellung von Schönheit. Diese Frau sei ernst und würdevoll, nicht hübsch und nett. Mir fiel auf, daß diese Frau blaß und dunkelhaarig – wie die Patientin – und nicht blond und braun – wie ich – war. Einen weiteren entscheidenden Loslösungsschritt machte sie, als sie ein größeres Goldstück, was sie von den Eltern geschenkt bekommen hatte, verkaufte, davon eine Querflöte erwarb und den Unterricht finanzieren wollte. Sie fühlte sich gut und entwickelte Zukunftspläne. Sie wünschte sich, in unmittelbarer Beziehung zur Natur zu leben, weil sie sich als Teil derselben fühlte. Sie sagte: „Nur fehlen mir dazu die Traditionen.“ Darauf erwiderte ich: „Und dann bleibt man Außenseiter?“ Sie: „Ja, aber vielleicht kann ich Traditionen schaffen.“ Über die Therapie sagte sie: „Das ist wie eine Droge für mich, wo ich die Umwelt vergesse. Ich war sehr unglücklich als ich kam, und ich brauchte unbedingt Hilfe. Ich habe aber inzwischen mehr Selbstbewußtsein. Ich will nicht mehr soviel in mich gucken, sondern will endlich mehr handeln. Ich hab immer noch ein System gesucht, womit ich alles erklären kann. Das gibt es aber nicht, ich will jetzt etwas tun.“

Ich konnte ihren Entschluß zum Therapieende akzeptieren, obgleich ich darüber traurig war, weil ich gern mit ihr gearbeitet hatte. Aber sie zeigte auch in der letzten Stunde noch einmal, daß sie wirklich in der Lage war, ihren Adoleszenzprozeß alleine weiterzuführen. Sie erzählte, daß sie kleine Kinder gern habe (früher hatte sie Kinder gehaßt), und daß sie später auch gern Kinder haben wollte. Sie sagte: „Ich hab gemerkt, daß es nicht alle, die einen jüngeren Vater haben, besser haben, wie ich das am Anfang der Therapie immer gedacht habe. Die Faulheit von Kerstin kotzt mich an, da seh ich, wie ich früher war. Ich hab gemerkt, daß ich etwas tun kann. Früher dagegen hab' ich immer einen Sündenbock gebraucht und habe gesagt, mir geht es so schlecht, weil die Verhältnisse so schwierig sind. Jetzt merke ich, wenn ich faul liegen bleibe, versinke ich im Sumpf.“

Die Patientin hat am Anfang der Therapie Symbole gefunden und benutzt, um eine Ordnung in ihre gesplaltene innere Welt zu bringen. Für den Therapieprozeß war es günstig, daß das ein eigenes Modell aus ihrer in-

neren Welt war, und sie nicht, wie viele andere Jugendliche, auf Ideologien zurückgreifen mußte. Nachdem sie eine innere Orientierung gefunden hatte, brauchte sie dieses System nicht mehr. Sie hatte jetzt die Möglichkeit, mehr innere Spannung auszuhalten und die Realität nach ihren Vorstellungen zu verändern.

Schluß

In der Einleitung war vermutet worden, daß eine gelungene Identitätsentwicklung mit der inneren Bejahung des eigenen Gewordenseins in den verschiedenen Lebensbereichen sowie der Bereitschaft zur Veränderung zu tun hat. Die Übereinstimmung mit sich selber ist nicht glatt und einfach zu erreichen. Es treten Schwierigkeiten in allen Entwicklungsverläufen auf. Die dialektische Beziehung zwischen Identifikation und Abgrenzung schafft Spannung. Es sind im Lebensverlauf Entscheidungen nötig, die Verzicht bedeuten, und häufig löst eine Identitätskrise sich nur, wenn ein solcher Verzicht betrauert werden kann. Je früher im Leben jemand etwas Lebensnotwendiges vermissen mußte, um so tiefer werden die Wunden sein, die daraus entstanden sind, und umso dringender ist Trauerarbeit, damit diese Wunden vernarben können.

Ich fasse meine Ausführungen in folgender Definition von Identität zusammen: Ich-Identität ist das Gefühl für ein inneres Sich-Selbst-Gleichsein, ein Wissen um die eigene Unverwechselbarkeit und deren Bejahung. Ich-Identität umfaßt verschiedene Bereiche: den eigenen Körper, seine Fähigkeiten und Begrenzungen, die eigene Geschichte, die persönlichen Beziehungen zu Menschen, zu Dingen und zu normativen Vorstellungen wie Religion, Nation, Ethik. Ich-Identität wird im Laufe des Sozialisationsprozesses in der Interaktion mit Menschen und Dingen (Identifizierung und Abgrenzung) erworben. Sie festigt sich während der späteren Adoleszenz, wo der Jugendliche seine verschiedenen Kindheitsidentifikationen in eine neue Form von Identität überführt. Diese ist nicht mehr spielerisch wie in der Kindheit und nicht probierfreudig wie in der Pubertät, sondern sie ist Folge von Entscheidungen, die zu dauerhaften Festlegungen führen. Ich-Identität bildet sich in einem lebenslangen Prozeß.

Summary

Ego-Identity during Childhood and Adolescence

Based upon ERIK H. ERIKSON's theory, the development of ego identity during childhood and adolescence is shown. In three main parts (the ages of babyhood, pre-school childhood, school age and adolescence), relevant stages of this development are characterized. Case studies taken from the three stages focus on the problems of identity formation and on the therapeutic process.

Literatur

- ADAMS, E.C. (1977): Das Werk von Erik H. Erikson. In: EICKE, D. (Hrsg.): Die Nachfolger Freuds (Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“: Tiefenpsychologie; Bd. 3). Weinheim 1982, 172-218. - BLANCK, G. und R. (1974): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart, 1978. - CHILAND, C. (1988): Das geschlechtliche Schicksal des Menschen. In: STORK, J. (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein psychoanalytischer Versuch. Stuttgart-Bad Cannstatt, 133-153. - DENEKE, F.-W. (1989): Das Selbst-System. Psyche 43, 577-608. - DIEPOLD, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. Aus der Anfangsphase eines Jungen mit einer schweren Ich-Störung. Materialien Psychoanalyse 6, 77-89. - DIEPOLD, B./ZAUNER, J. (1989): Beziehung und Deutung in einer analytischen Kindertherapie. In: REINELT, T./DATLER, W.: Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, 18-28. - ERIKSON, E.H. (1950): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart. 6. Aufl. 1976. - ERIKSON, E.H. (1959): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M. 2. Aufl. 1974. - ERIKSON, E.H. (1974): Dimensionen einer neuen Identität. Frankfurt a.M. 1975. - FREUD, A. (1958): Probleme der Pubertät. In: Die Schriften der Anna Freud. Bd. VI, München 1980, S. 1739-1769. - FREUD, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW V, S. 27-145. - FREUD, S. (1914): Zur Einführung des Narzißmus. GW X, 137-170. - FREY, H.-P./HAUßER, K. (Hrsg.) (1987): Identität. Stuttgart. - FRISCH, M. (1954): Stiller. Frankfurt a.M. - HAEBERLIN, U./NIKLAUS, E. (1978): Identitätskrisen. Bern. - JACOBSON, E. (1964): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt a.M., 1973. - KESTENBERG, J. (1988): Entwicklungsphasen weiblicher Identität. Psyche 42, 349-364. - LEBOVICI, S. (1988): Geburt der Identität. In: STORK, J. (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein psychoanalytischer Versuch. Stuttgart-Bad Cannstatt, 55-68. - MAHLER, M./PINE, F./BERGMAN, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation, Frankfurt 1980. - NEMES, L. (1986): Die Erscheinung der geschlechtlichen Identität in den kindlichen Phantasien. Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jahrbuch VI. Wien, 143-162. - PAPOUSEK, M. (1987): Die Rolle des Vaters in der frühen Kindheit. Kind und Umwelt 54, 29-49. - SCHÜTZE, Y. (1980): Psychoanalytische Theorien in der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, K./ULICH, D.: Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim, 1982. - SPITZ, R.A. (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, 1967. - STORK, J. (1988): Zwischen Individuation und Identifizierung, ein ursprünglicher Konflikt. In: STORK, J. (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein psychoanalytischer Versuch. Stuttgart-Bad Cannstatt, 9-41. - STORK, J. (1985): Die Entdeckung des aktiven Säuglings und die Wurzeln der Individualität. Studien zur Kinderpsychoanalyse; Jahrbuch V. Wien, 9-42. - ZAUNER, J. (1985): Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stufen der Entwicklung, Modifikationen des therapeutischen Zugangs. In: LEBER, A./TRESCHER, H.-G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Teil I, Kindheit und Familie. Göttingen, 65-77.

Anschr. d. Verf.: Barbara Diepold, Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeutin, Schildweg 20, 3400 Göttingen.