

Foelsch, Pamela A. / Odom, Anna / Arena, Helen / Krischer, Maya K. /
Schmeck, Klaus und Schlüter-Müller, Susanne

Differenzierung zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 6, S. 418-434

urn:nbn:de:bsz-psydok-50016

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/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Differenzierung zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung

Pamela A. Foelsch, Anna Odom, Helen Arena, Maya K. Krischer, Klaus Schmeck und Susanne Schlüter-Müller

Summary

The Differentiation between Identity Crisis and Identity Diffusion and its Impact on Treatment

The differentiation between an identity crisis, a transient phenomenon that usually results (after resolution) in a well-integrated identity with flexible and adaptive functioning, and an identity diffusion that is viewed as a basis for subsequent personality pathology, has a major impact on the selection of a treatment method. A new treatment method (Adolescent Identity Treatment, AIT), a modification of Transference Focused Psychotherapy, was developed to treat adolescents with identity diffusion in order to improve their relationships with friends, parents, and teachers and to help them acquire positive self-esteem, clarify life goals and establish a stable identity. In a case study we describe the basic approaches of AIT in assessment and treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 418-434

Keywords

personality disorder – adolescence – identity crisis – identity diffusion – Adolescent Identity Treatment

Zusammenfassung

Die Differenzierung zwischen Identitätskrisen, die im Rahmen der normalen Entwicklung von Jugendlichen als vorübergehende Phänomene auftreten, und einer Identitätsdiffusion, die als Grundlage einer schwerwiegenden Persönlichkeitspathologie angesehen werden kann, ist für die Wahl der Behandlungsmethode von erheblicher Bedeutung. Mit der Entwicklung der Adolescent Identity Treatment (AIT), einer auf Jugendliche abgestimmten Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, steht ein Behandlungsverfahren zur Behandlung einer Identitätsdiffusion bei Jugendlichen zur Verfügung. Den Adoleszenten soll dabei geholfen werden, ihre Beziehungen zu Freunden, Eltern oder Lehrern zu verbessern, sich über ihre Ziele im Leben klar zu werden und ein positives Selbstwertgefühl sowie eine stabile

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 418 – 434 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

Identität zu entwickeln. In einem Fallbeispiel wird die konkrete Anwendung der Methode für Diagnostik und Behandlung aufgezeigt.

Schlagwörter

Persönlichkeitsstörungen – Adoleszenz – Identitätskrise – Identitätsdiffusion – AIT

1 Hintergrund

Affektive Störungen, Impulsivität und selbstschädigendes Verhalten sind sichtbare Zeichen für Probleme bei Jugendlichen. Diese Symptome werden aufgrund ihrer negativen Auswirkungen von Angehörigen, die die Adoleszenten zur Behandlung anmelden, stark beachtet. Für den Adoleszenten sind diese störenden Verhaltensweisen oft verbunden mit dem Gefühl von Langeweile, innerer Leere und Sinnlosigkeit.

Ein zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist das „chronische Gefühl von Leere oder Langeweile, Identitätsstörung und Unfähigkeit allein zu sein“ (Hurt, Clarkin, Munroe-Blum, Marziali, 1992, S. 201-202). Pinto et al. (1996) fanden ebenso Leere und Langeweile als aussagekräftigsten Prädiktoren für Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz. Das DSM-IV (APA, 1994) schließt Identitätsstörungen als eine der Komponenten der BPS ein („markedly and persistently unstable self-image or sense of self“, S. 654). Zusätzlich fanden Becker et al. (2002), dass Identitätsstörungen und affektive Dysregulation (z. B. unkontrollierbare Wut und affektive Instabilität) bei Adoleszenten zu den bedeutendsten Symptomen zählen, um zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu gelangen.

Adoleszente, die diese Merkmale aufweisen, haben ein hohes Risiko, verschiedenartige Schwierigkeiten in Bezug auf Schule/Arbeit, Familie, Partner und zwischenmenschliche Beziehungen zu entwickeln (Besser u. Blatt, 2007; Borenstein, 1992; Orbach, 2007; Kernberg, 1994; Lewinsohn et al, 1998).

2 Identität

Paulina Kernberg (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000) entwickelte ein Modell, um die Entstehung von Identitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter erklären zu können. In diesem Modell konzentrierte sie sich besonders auf die Adoleszenz, in der zwischen einer normalen Identitätskrise und einer Identitätsdiffusion unterschieden werden kann. Identitätskrisen gehen normalerweise in eine normale und gefestigte Identität mit flexiblem und anpassungsfähigem Funktionsniveau über, während Identitätsdiffusion als die Grundlage für spätere Persönlichkeitspathologien angesehen werden kann, die zu einem breiten Spektrum an maladaptivem und dysfunktionalem Verhalten führt.

Nach Erikson (1959) gehört die Entwicklung einer stabilen Identität zu den zentralen Entwicklungsaufgaben eines Jugendlichen. Identität enthält folgende Komponenten: realistisches Körperbild, Selbstkonstanz, gleichbleibende Einstellungen und Verhalten, zeitliche Kontinuität des Selbsterlebens, Aufrichtigkeit und Authentizität, Geschlechtsidentität, internalisiertes Gewissen und ethnische Identität (Akhtar u. Samuel, 1996). Sie kann verstanden werden als ein fundamentales Organisationsprinzip, das einem Menschen erlaubt, unabhängig von anderen zu funktionieren. Identität spielt eine Rolle beim Selbstwert und bei der Selbstwahrnehmung und unterstützt die Fähigkeit, zwischen sich und anderen zu unterscheiden sowie zu erkennen, wie man selbst auf andere wirkt. Über verschiedene Situationen und die Zeit hinweg schafft eine stabile Identität Vorhersehbarkeit und Kontinuität innerhalb einer Person (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000). Erikson beschrieb den Prozess der Identitätsbildung als einen, in dem „der Adoleszente frühere Identifikationen und Introjekte miteinander verbindet oder sich ihrer entledigt und dadurch zu einer integrierten persönlichen Identität gelangt“ (Kernberg et al., 2000, S. 35).

Herausforderungen während der Identitätsbildung eines Adoleszenten bestehen in grundlegenden Entwicklungsaufgaben wie der Definition der eigenen Person im sozialen Kontext („psychosoziale Selbstbestimmung“), der Etablierung erster Partnerschaften („körperliche Intimität“) oder der Festlegung auf einen Beruf und dem aktiven Konkurrenzkampf mit anderen (Erikson, 1959), die alle Identitätskrisen erzeugen können. Vor allem die Diskrepanz zwischen dem sich schnell verändernden körperlichen Selbst und dem psychischen Erleben einerseits und der immer breiter werdenden Kluft zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung andererseits kann zu einer vorübergehenden Überforderung und zur Entwicklung einer Identitätskrise führen. Bei Identitätskrisen bleibt jedoch trotz des Experimentierens mit verschiedenen Rollen die Kontinuität des Selbst über Situationen und Zeit hinweg erhalten und sie enden in der Regel in einer gut integrierten Identität. Der Prozess der Identitätsbildung beschleunigt sich in der Adoleszenz und findet typischerweise sein Ende im jungen Erwachsenenalter. Deshalb hilft die Lösung einer Identitätskrise einem Adoleszenten oder Heranwachsenden dabei, lohnende und befriedigende Freundschaften zu entwickeln, sexuelle und intime Beziehungen einzugehen, angemessen mit Eltern und Lehrern zu interagieren, sich selber klare Lebensziele zu setzen und ein positives Selbstbewusstsein zu entwickeln.

Im Gegensatz dazu versteht man unter einer Identitätsdiffusion, die der bei BPS beobachteten Identitätsstörung zugrunde liegt (Clarkin et al., 2006), ein „Fehlen eines integrierten Konzepts des Selbst und der wichtigen Bezugspersonen ... (Es ist) sichtbar in unreflektierten, widersprüchlichen und chaotischen Beschreibungen des Patienten von sich selbst und anderen und zeigt sich auch in der Unfähigkeit, diese Widersprüche zu integrieren oder überhaupt wahrzunehmen“ (Clarkin et al., 2001, S. 6). Identitätsdiffusion wurde von Paulina Kernberg et al. (2000) beschrieben als „das Fehlen eines integrierten Selbstkonzepts und dem Konzept wichtiger Bezugspersonen, deshalb kann sich der Kliniker kein Bild von der Selbstsicht des Patienten oder seiner Sicht auf andere Menschen seines Umfeldes machen“ (Kernberg et al., 2000, S. 54).

Während eine beginnende Identitätsdiffusion in der Grundschulzeit noch unproblematisch sein kann, tritt die Störung in der Adoleszenz deutlich zutage, weil sich die externen sozialen Strukturen lockern (Kernberg et al., 2000). Adoleszente mit Identitätsdiffusion entwickeln deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit Probleme in der Schule, Familie und in zwischenmenschlichen Beziehungen mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen. Für die Unterscheidung zwischen normaler Identitätskrise und Identitätsdiffusion muss die Aufmerksamkeit auf die folgenden Kriterien gelenkt werden, die normalerweise bereits im ersten Interview in der Selbstbeschreibung oder der Beschreibung von Anderen zu erkennen sind:

- Verlust der Fähigkeit sich selbst zu definieren,
- Defizite in Autonomiefunktionen,
- fehlende Integration des Konzepts von sich selbst und bedeutsamen Anderen,
- mangelnde Überwindung der Separations-/Individuations-Phase,
- instabile Selbst und Objektrepräsentation,
- Verlust von Perspektiven,
- chaotische Selbstbeschreibung,
- Beschreibung von Anderen in widersprüchlicher, rigider oder klischeehafter Form,
- Pseudo-Unterwürfigkeit oder Pseudo-Aufsässigkeit,
- nicht integriertes Über-Ich,
- Schwierigkeiten sich bei der Arbeit, in vertraulichen Beziehungen, Werten oder Zielen zu engagieren;
- Überidentifikation mit Gruppen oder Rollen
- schmerzhaftes Gefühl von Inkohärenz.

Da die Definition einer Identitätsdiffusion bei Adoleszenten identisch ist mit Otto Kernbergs Konzeptualisierung der Identitätsdiffusion bei Erwachsenen (Kernberg, 1977; Kernberg u. Koenigsberg, 1999), ist davon auszugehen, dass die Behandlungsmethode der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP), die für die Behandlung einer Identitätsdiffusion bei Erwachsenen entwickelt wurde, auch erfolgreich eingesetzt werden kann bei der Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion. Dazu müssen allerdings bedeutsame Modifikationen vorgenommen werden, um der speziellen Situation von Jugendlichen gerecht zu werden im Hinblick auf ihre Einbettung in familiäre Strukturen und die von ihnen zu leistenden Entwicklungsaufgaben (Kernberg et al., 2000). Wenn wir auch schon im Jugendalter in der Lage sind, Identitätskrisen klar von Identitätsdiffusion zu unterscheiden, und frühzeitig während dieser Phase der Entwicklung intervenieren, sollte es uns gelingen, Blockaden der Entwicklung zu lösen und die Chronifizierung einer Persönlichkeitsstörung zu verhindern.

In Fortsetzung der Arbeiten von Paulina Kernberg wurde von einer Arbeitsgruppe um Pamela Foelsch das Behandlungskonzept „Adolescent-Identity-Treatment“ (AIT), eine Methode zur Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion entwickelt (Foelsch, Odom, Kernberg, 2008; Foelsch, Odom, Schmeck, Schlüter-Müller, Kernberg, 2008; Kernberg u. Foelsch, 2008). Ziel dieser Behandlung ist, die Integra-

tion der Identität sowie das adaptive Funktions- und Verhaltensniveau und die Beziehungsfähigkeit mit Freunden, Eltern und Lehrern zu verbessern, Lebensziele zu finden, ein gutes Selbstwertgefühl zu erreichen und besser auf den Beginn von Liebesbeziehungen vorbereitet zu sein.

Im Folgenden soll der diagnostische Prozess zur Erfassung der Differentialdiagnose der Identitätsdiffusion bei Jugendlichen und seine Bedeutung für die Behandlung beschrieben werden. Im Forschungsprojekt zur Entwicklung der AIT wird neben einer ausführlichen diagnostischen Testbatterie ein ausführliches klinisches Interview des Therapeuten mit dem Adoleszenten und seinen Eltern durchgeführt. Als erstes sollen allgemeine Gesichtspunkte erörtert werden, danach die Beschreibung des diagnostischen Ablaufs folgen und dann das Vorgehen durch ein Fallbeispiel verdeutlicht werden.

3 Diagnostik und Behandlung von Identitätsdiffusion

3.1 Diagnostischer Prozess

Die Diagnostik im Rahmen der AIT unterscheidet sich von einem standardmässigen psychiatrischen Vorgehen darin, dass besonderes Augenmerk auf die systematische Evaluation von Persönlichkeitsfunktionen gelegt wird. Im Vergleich zum Vorgehen bei der TFP wird ein Schwerpunkt auf die Einbeziehung der Familie und insbesondere der Eltern gelegt. Die Evaluation der Familie ist ein integraler Bestandteil der Untersuchung und des differenzierten diagnostischen Prozesses. Neben der Gewinnung anamnestischer Informationen erlaubt uns ihre Gegenwart auch, die Dynamik innerhalb der Familie zu erkennen sowie deren potentiellen Einfluss auf die Behandlung des Adoleszenten.

Adoleszente leben innerhalb eines Familiensystems. Ein Hauptaspekt der Differentialdiagnose muss deshalb sein zu erkennen, wo die hauptsächliche Störung zu finden ist. Die Probleme des Jugendlichen können eine Manifestation der Familienpathologie sein (z. B. die persönliche Pathologie eines oder beider Elternteile und/oder der Geschwister; die familiären Kommunikationsstrukturen). Andererseits kann aber eine Familie auch durch die Pathologie eines Adoleszenten gestört wirken (d. h. die Pathologie des Einzelnen kontaminiert die Familie). Das Übertragungsgeschehen zwischen Eltern und Therapeut hilft dabei, die Differenzialdiagnose zu stellen.

Folgende Aspekte sollten bei der anfänglichen Diagnostik mit erfasst werden (eine ausführliche Beschreibung findet sich bei Foelsch et al., 2008b):

- *Übertragung der Eltern auf den Therapeuten*: wird er als „Retter“, „Dieb“, oder einfach nur als ein „Schuttabladeplatz“ gesehen, der den ganzen Müll der Familie in sich aufnehmen soll?
- *„locus of power“*: wo in der Familie ist die Macht lokalisiert? Welche Allianzen zwischen den Familienmitgliedern gibt es?
- *Familienregeln*: Normen, die festlegen, wie die Familienmitglieder untereinander und mit der Außenwelt interagieren

- *Familiengeheimnisse*: deuten auf eine schwerwiegendere Pathologie des Familiensystems hin.

Der Status Quo dieser Geheimnisse, Kommunikationsformen, Regeln, Allianzen und Verteilung der Macht kann schon allein durch den Abklärungsprozess zu Beginn der Behandlung verändert werden (was später während der Behandlung immer wieder der Fall sein kann). Es ist wichtig, dass der Therapeut diese Möglichkeit im Auge behält und darauf achtet, wie jede einzelne Person der Familie auf diese Veränderung reagiert, da diese Reaktion prognostische Hinweise liefern kann. Je besser jede einzelne Person und auch die Familie als Ganzes in der Lage ist, diese Veränderung des Status Quo zu tolerieren, desto besser ist die Prognose für die Behandlung.

Unser diagnostisches Interview ist eine Kombination des „Personality Assessment Interview“ (PAI: Selzer et al., 1987; Kernberg et al., 2000) und des Strukturellen Interviews von Kernberg (1977). Beide Interviews beruhen auf der Hypothese, „dass die Interviewsituation die Phantasie des Patienten anspricht und den Stil seiner Interaktion mit dem Interviewer beeinflusst“ (Kernberg et al., 2000, S. 56). Demzufolge eruiert das Interview die Kapazität des Einzelnen, sich zu organisieren und Herausforderungen zu meistern, und hebt besonders das Funktionsniveau der Persönlichkeit hervor. Das Interview erfasst Funktionen der Persönlichkeit in den Bereichen Selbst- und Objektrepräsentation, Kognition, Affekte, Selbstreflexionsfähigkeit (Ich-Beobachtung) und Empathie mit dem Interviewer.

3.2 Festlegung des Behandlungsrahmens

Der erste Kontakt besteht normalerweise zu den Eltern des Adoleszenten, wenn diese den Kontakt zum Therapeuten herstellen. Bei diesem Telefonat werden grundlegende Rahmenbedingungen benannt, z. B. dass die Beratung ein Minimum von drei Terminen umfasst, aber auch, je nach Schwierigkeitsgrad, mehr Termine notwendig sein können. Zum ersten Termin sollten idealerweise beide Eltern zusammen mit dem Adoleszenten kommen, damit ihnen die spezifischen „Regeln des Informationsaustauschs“ in Anwesenheit des Adoleszenten erklärt werden können sowie das weitere Vorgehen in den nächsten Beratungen.

Die Erklärung der „Regeln des Informationsaustauschs“ stellt die erste Einführung der Familie in die Grenzsetzungen der Behandlung dar. Den Eltern wird erklärt, dass alles, was der Adoleszente dem Therapeuten erzählt, vertraulich bleibt, außer im Fall direkter Gefahr für den Adoleszenten selbst oder für andere (z. B. Suizid- oder Morddrohungen). Demgegenüber werden alle Informationen, welche die Eltern dem Therapeuten zur Verfügung stellen, an den Adoleszenten weitergegeben, um ihn beim Prozess der Klärung zu unterstützen.

Die Schweigepflicht wird anhand typischer Beispiele erklärt, um die Grenzlinie festzulegen zwischen der freien Entscheidung des Adoleszenten, wesentliche Themen nicht anzusprechen, und dem Punkt, ab dem der Therapeut eine Gefahr erkennt und

eingreifen muss. Wenn der Adoleszente sich verpflichtet, seine Sicherheit nicht zu gefährden, dann gibt es keinen Anlass, die Eltern oder andere (z. B. die Polizei) einzuschalten. Es kann sein, dass der Adoleszente mit der Zeit die Existenz destruktiver Verhaltensweisen seinen Eltern mitteilt oder es zumindest dem Therapeuten erlaubt davon zu berichten. Wenn der Adoleszente allerdings nicht in der Lage ist, dieses Verhalten zu unterlassen, muss von Seiten des Therapeuten eingegriffen werden.

In dieser Phase der Psychoedukation, in der auch ein Behandlungsvertrag abgeschlossen wird, werden sowohl der Jugendliche als auch seine Familie über die Art seiner Schwierigkeit und die Erwartungen an die Behandlung aufgeklärt. Damit soll das Potential der Familie zur Unterstützung der Behandlung optimiert, der Behandlungserfolg verbessert und die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungsabbruchs reduziert werden.

Der Behandlungsvertrag mit Adoleszenten folgt denselben Grundlinien wie in der TFP für Erwachsene, allerdings mit folgenden Modifikationen: er schließt die Eltern und direkte Interventionen im Umfeld mit ein. Ziel des Behandlungsvertrags ist es, einen klaren Rahmen für die Behandlung zu schaffen, in dem Abweichungen beobachtet, geklärt, konfrontativ bearbeitet und schlussendlich gedeutet werden können.

Der folgende Fall zeigt den Nutzen einer systematischen diagnostischen Herangehensweise, um differenzieren zu können zwischen der individuellen Pathologie des Adoleszenten und einer möglichen Pathologie innerhalb der Familie oder im Familiensystem und um unterscheiden zu können zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion.

3.3 Fallbeispiel

Maria war ein 16 Jahre altes weißes Mädchen aus der 11. Klasse, die in einem wohlhabenden vorstädtischen Viertel von New York City wohnte. Sie lebte seit ihrem 12. Lebensjahr mit ihrer Mutter und deren Freund zusammen, aber erst seit einem Jahr am momentanen Wohnort. Maria hatte sporadischen Kontakt zu ihrem biologischen Vater, der in einem anderen Bundesstaat lebte. Ihre Mutter brachte sie zur Behandlung, da sie bei einem Ladendiebstahl erwischt und die Polizei eingeschaltet worden war. Zusätzlich litt Maria unter Fressattacken mit anschließendem Erbrechen sowie an selbstverletzendem Verhalten und einer „Selbstmedikation“ mit verschreibungspflichtigen Medikamenten, von denen die Mutter wusste, jedoch bislang deswegen keine Hilfe gesucht hatte.

Bei der Therapeutin löste der Freund der Mutter bereits beim ersten Termin mit Marias Eltern (der Mutter und diesem Freund) eine sofortige Reaktion aus. Er schien fast zu nett, war überbesorgt, und schien beunruhigter bezüglich Marias selbstverletzendem Verhalten als die Mutter. Im Gegensatz dazu beschrieb die Mutter die Schwierigkeiten der Tochter in ausufernden Details und in einer Art, die man als eine Mischung aus Distanziertheit und Langmütigkeit bezeichnen könnte. In dieser Situation schien der primäre elterliche Auftrag an die Therapeutin eine Art „Schuttabladeplatz“ zu sein, es fehlte nur noch der Wunsch, die Adoleszente da lassen zu dürfen. Es schien so als ob von der Therapie erwartet wurde, dass diese die Adoleszente eingrenzen und sie der Mutter „aus dem Weg räumen“ solle.

Die Motivation von Seiten der Mutter und der Adoleszenten selbst, sich in Behandlung zu begeben, war niedrig. Die Therapeutin muss in einer solchen Situation abschätzen, ob es irgendeine intrinsische Motivation vonseiten der Adoleszenten gibt, ihre Situation zu verbessern, oder ob die Mutter in der Lage sein könnte ihr Kind darin zu unterstützen, an der Behandlung teilzunehmen. Für solche Fälle haben wir ein Verfahren entwickelt, die Familie darauf vorzubereiten, was sie als Ergebnis der Behandlung erwarten kann, und eine Struktur anzubieten, in der die individuelle Pathologie des Jugendlichen und die Schwierigkeiten in den familiären Funktionen herausgearbeitet werden kann.

Es zeigte sich, dass die anfängliche Einschätzung der elterlichen Übertragung das zentrale Thema in der Behandlung sein würde, und es kam auch in den Therapiestunden der Adoleszenten wiederkehrend zutage (z. B. die Aufdeckung, dass, wenn die Mutter ihre einmal im Monat stattfindende einwöchige Reise machte, sie zwar anrief und mit ihrem Freund, aber nie mit der Tochter sprechen wollte) ebenso wie die Widerstände der Eltern gegen die Veränderungen der Adoleszenten (z. B. dass die Mutter, als die selbstverletzenden Verhaltensweisen von Maria weniger wurden, selbst ausagierendes Verhalten zeigte inklusive eines Zwischenfalls, bei dem sie so betrunken war, dass sie auf der Straße umfiel und Maria und ihren Lebensgefährten dazu brauchte, zurück ins Hotel zu gelangen).

In Marias Familie war der „Ort der Macht“ gestört. Die elterlichen Rollen waren instabil, es gab keine Planung, die Beziehung z. B. durch eine Heirat zu festigen. Obwohl die Mutter und ihr Freund seit vier Jahren ein Paar waren und über ihre gemeinsame Zukunft sprachen, offenbarte Maria in der Therapie, dass die Mutter ihr ihren Wunsch, ihrem Freund eine Heirat vorzuschlagen, mitgeteilt hatte, aber auch, dass sie Angst habe, dass er nicht wolle. Die Mutter parentifizierte Maria somit, indem sie sie in ihr Vertrauen zog und somit die elterlichen Grenzen auflöste.

Intrapsychisch gesehen wurde das Gefühl der Unsicherheit der Mutter auf Maria durch projektive Identifizierung übertragen, was sich darin zeigte, dass Maria mit einem chronischen Gefühl der Instabilität und der Wut zurück blieb. Ein Beispiel der Manifestation dieser Wut war, dass sie Rasierklingen in das Lieblingsmüsli des Freundes der Mutter tat in der Hoffnung, dass er sich damit verletze. Er fand die Rasierklingen, ohne sich zu verletzen, und er glaubte ihrer Erklärung, dass sie sie einfach nur dort versteckt habe (da es regelmäßige Durchsuchungen ihres Zimmers nach Rasierklingen gab, um sie vor Selbstverletzungen zu schützen). Dennoch gestand sie in der Therapie, dass es ihre Intention gewesen sei, dass er „aus Versehen“ die Rasierklingen essen sollte, um sich Schnittwunden im Mundbereich zuzuführen. Durch dieses Eingeständnis wurde es ihr möglich, ihre Wut differenzierter zu sehen. Dieser Zorn, der sich gegen den Freund der Mutter richtete, bezog sich in Wirklichkeit auf das offensichtliche Abwenden der Mutter von ihr zu Gunsten des Freundes.

In Marias Familie gab es eine Reihe von Familiengeheimnissen, die zwischen den verschiedenen Familienangehörigen auftauchten und, wie sich später zeigte, auch zwischen diesen und der Therapeutin. Es stellte sich als unverzichtbar heraus einzuschätzen, welche Funktionen diese Geheimnisse für Maria oder ihre Familie hatten. Maria teilte mit

ihrer Familie das Geheimnis, dass sie nach Europa umziehen würden, weil der Freund der Mutter dort einen Job angeboten bekam. Es wurde vorausgesetzt, dass Maria und ihre Mutter mit ihm umziehen würden. Dies löste Wut und Angst in ihr aus, da sie gerade begonnen hatte sich heimisch zu fühlen und ebenfalls, Freundschaften zu schließen. Dennoch wurde diese Tatsache während der Behandlung nicht mitgeteilt, so dass zu Beginn der Behandlung das Ausmaß der Familiengeheimnisse nicht bekannt war.

Die Behandlung der Eltern offenbarte ein schwieriges familiäres Umfeld mit einer erheblichen Pathologie von Seiten der Mutter, die entscheidend dazu beitrug, dass Maria nicht in der Lage war, sich durch ihre eigenen Phasen der Identitätskrisen zu arbeiten. Die anfänglich wahrgenommenen Anzeichen der unscharfen Grenzen zwischen Mutter und Tochter bestätigten sich später während der Behandlung und zeigten sich in fließenden Übergängen, was das affektive Erleben zwischen beiden anging. Ein erwähnenswertes Beispiel ist bezüglich des Problems von Suizidalität zu nennen.

Während der Behandlung gelang es Maria zunehmend, ihre ursprünglichen Sorgen bezüglich ihrer Mutter, ihrer Schule und Freunde zu benennen, ihre widersprüchlichen Gefühle wahrzunehmen und an ihrer Integration zu arbeiten. Mit der Zeit gab sie ihr impulsives ausagierendes Verhalten (Fressanfälle und Erbrechen, Selbstmedikation und Schneiden), das sie benutzt hatte, um negative Gefühle zu vermeiden und ihre Angst und Wut einzudämmen, auf oder reduzierte es zumindest. Nun wurde ihre Suizidalität sichtbar. Marias Fortschritt bezüglich ihrer Symptomatik, ihres Verhaltens und ihrer Beziehungen hatte einen paradoxen Effekt auf die Mutter. Sie wurde weniger unterstützend in Marias Behandlung. Sie sah die wachsende Fähigkeit ihrer Tochter, ihre Schwierigkeiten in einer Weise, wie es ihr selbst nie gelungen war, zu tolerieren und zu lösen. Dies provozierte eine Reihe von ausagierenden Verhaltensweisen auf Seiten der Mutter wie z. B. mehrfache Zustände schwerer Trunkenheit in Anwesenheit von Maria genauso wie eine Flut von emotional aufgeladenen Informationen über ihre eigene Kindheit, die sie Maria in unangebrachter und traumatisierender Weise mitteilte. Da die Therapeutin die Schwierigkeiten der Mutter bereits in der elterlichen Übertragung erkannt hatte, war sie darauf vorbereitet. Erstens hatte sie mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet, was Veränderungen im Familiensystem an Schwierigkeiten mit sich bringen würden, sodass die Therapeutin dies an die Mutter zurück geben konnte, indem sie es benannte und vorschlug, dass sie selbst eine Behandlung anfangen sollte, um mit ihrem eigenen ungelösten Trauma besser zurecht zu kommen. Und zweitens half diese vorausgegangene Erwartung auch Maria dabei zu verstehen, was vor sich ging, indem ihr durch die Therapeutin ein affektiver und kognitiver „Container“ zur Verfügung gestellt werden konnte für die ängstigenden und überwältigenden Angriffe auf ihren eigenen Fortschritt und warum sie das Gefühl hatte, sich anstrengen zu müssen, ihre eigenen Symptome wieder zu erlangen, damit die der Mutter wieder nachließen. Durch die anfängliche Diagnostik waren sowohl die Therapeutin als auch die Familie darauf vorbereitet, dass zerstörerisches Verhalten auftauchen könnte, und sie trotzdem diese Zeit mit Unterstützung durchstehen könnten.

Marias individuelle Diagnostik bestand aus einem strukturierten psychiatrischen Interview einschließlich einer spezifischen Untersuchung ihrer Identität, fokussiert

auf die Differenzialdiagnose zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion. Zunächst fordern wir die Adoleszenten auf, sich selbst zu beschreiben, damit wir ein Bild davon bekommen wer sie sind. Dann bitten wir sie, ihre(n) beste(n) FreundIn oder eine Person, die ihnen besonders wichtig ist, zu beschreiben. Wir untersuchen ihre Antworten bezüglich spezifischer Aspekte, die sich auf die Identität beziehen, und vergleichen die Beschreibung des eigenen Selbst mit der Beschreibung der Anderen. Wir schauen nach allgemeinen Qualitätsmerkmalen und der Vollständigkeit der Narrative und wie einfach oder schwierig es dem Jugendlichen fiel zu antworten. Wenn wir die Beschreibung des Selbst und bedeutsamer Anderer verglichen, achten wir besonders auf die Differenzierung zwischen beiden.

Inhaltlich achten wir auf Beschreibungen, die Körperwahrnehmung, Geschlecht, ethnische und soziale Zuordnung, subjektives „So-Sein“, Beständigkeit in Einstellungen und Verhalten, zeitliche Kontinuität des Selbst (Vorstellung über die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft), die Integration von positiven und negativen Aspekten von sich Selbst (und von Anderen) ebenso wie ein Gewissen (Gefühl von richtig und falsch) einschließen.

Je weniger Komponenten von Identität vorhanden sind, je weniger integriert und je weniger differenziert von Anderen, desto ausgeprägter ist die Identitätsdiffusion. Adoleszente, die sich wegen emotionaler oder Verhaltensschwierigkeiten in Behandlung begeben, bei denen aber eine integrierte und differenzierte Selbstidentität vorhanden ist, machen eine Identitätskrise durch, die mit üblichen psychotherapeutischen Methoden behandelt werden kann (obwohl sie ebenso von Aspekten von AIT profitieren können). Wenn jedoch Identitätsdiffusion vorhanden ist, ist dies eine klare Indikation für einen systematischen Ansatz, der die Veränderung der zu Grunde liegenden Persönlichkeitspathologie zum Ziel hat.

Als Maria aufgefordert wurde, sich selbst zu beschreiben, gab sie folgendes an: „Ich bin eine exzentrische Außenseiterin. Empfindlich, die Welt bedeutet (mir) was. (Ich) will Menschen helfen und irgendwie (bin ich) nett, manchmal fürsorglich. (Ich) mag Sport nicht wirklich. (Ich) mag Musik und Kunstfotografie. (Ich) bin keine besonders gute Schülerin. (Ich) mag Tiere.“ Ihre Darstellung zeigt bereits Anzeichen einer fehlenden Selbstrepräsentation, indem durchgängig das Wort „Ich“ fehlt. Ebenso fehlt jegliches Gefühl von sich selbst als einer „realen“ oder „verkörperten“ Person. Sie empfindet sich als „außerhalb der Norm“ stehend und dennoch engagiert, Anderen „zu helfen“. Es finden sich einige Differenzierungen zwischen ihren Vorlieben und Abneigungen, aber man hat nicht das Gefühl, dass die unterschiedlichen Bedeutungen davon integriert sind. Außerdem findet man keine Hinweise von ihr, die über den derzeitigen Moment hinausgehen (keine Bezugnahme auf die Vergangenheit oder Zukunft außer in der Formulierung „Ich will helfen“, was eine Bedeutung für die Zukunft impliziert). Es gibt keinen Hinweis auf eine vertrauliche Verbundenheit mit anderen Menschen, was noch auffälliger ist, da sie angibt, dass sie Tiere mag.

Als Maria aufgefordert wurde, eine enge Freundin zu beschreiben, erwiderte sie „exzentrisch, Außenseiterin, aber nicht sonderlich. (Sie hat) eine Menge Freunde, nett,

hübsch, liebt Filme. (Wir) lieben (die) gleiche Musik, sie mag Kunst“. Bemerkenswert ist wie kurz die Beschreibung ist, dass sie eine Menge gleicher Charakteristika benutzt, die sie auch benutzte um sich selbst zu beschreiben und dass die Beschreibung in gleicher Weise begrenzt ist, was die Therapeutin ohne eine klare Vorstellung der Person zurückließ. Dies ist ein kennzeichnender Unterschied zwischen Personen mit einer normalen Identität und solchen mit einer Identitätsdiffusion. Wenn eine Person mit normaler Identität sich selbst oder jemand anderes beschreibt, dann erscheint im geistigen Auge des Therapeuten eine vollständige Vorstellung dieser Person, die einzigartig identifizierbar und differenzierbar von Anderen ist auf Grund von einzigartigen Verbindungen von Eigenschaften. Der Therapeut kann Identitätsdiffusion erkennen, wenn er in der Beschreibung keine integrierte und einzigartige Vorstellung einer Person heraushören kann, sondern sich eher verwirrt von der widersprüchlichen oder verschleierte Beschreibung fühlt.

Bei einer schweren Identitätsdiffusion kann eine strukturiertere Befragung durchgeführt werden, die dabei helfen kann, den Jugendlichen zu ordnen und ihn oder sie dazu zu befähigen, Informationen abzurufen und einfließen zu lassen, was ihm ohne Unterstützung alleine nicht gelungen wäre. Wenn der Adoleszente die Beschreibung Anderer beendet hat, macht der Therapeut Vorschläge, in dem er spezifische Aspekte anspricht, die der Adoleszente nicht berücksichtigt hatte. Dies erfasst das Niveau der Integration und Differenzierung und untersucht die Fähigkeit mit dem Therapeuten zusammen zu arbeiten.

Die Therapeutin verfolgte Marias Beschreibung ihrer Freunde weiter, indem sie direkt fragte „wie sieht sie aus, wie ist sie?“ Marias Antwort war „lange Haare, braune Augen, dünner, trägt schöne Kleider“. Maria antwortete auf diese Frage sehr konkret mit einer körperlichen Beschreibung, während sie nicht abstrahieren konnte. Die Therapeutin ging diesem nach und fragte „was magst du besonders an ihr?“ Dies wird angewandt, um den Adoleszenten darin anzuleiten, einzigartige Aspekte ihres Freundes oder ihrer Freundin zu erkennen und auch, dass diese Aspekte wertvoll sind und unterschiedlich zu ihnen selbst sein können. In diesem Fall war Maria in der Lage sich darauf einzulassen „(sie) verurteilt niemand. Ich kann Dinge sagen, aber (ich) überlege vorher was (ich) sage“.

Dies ist interessant, da Maria damit offenbart, dass sie den Wunsch hat, sich frei äußern zu können, und jemand gesucht hat, von der sie glaubt, ohne Bewertung akzeptiert zu werden, und dennoch fühlt sie sich gehemmt, sich frei zu äußern. Die Therapeutin fragte dann „gibt es irgendetwas an ihr was du nicht magst?“ im Bemühen, Marias Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass es Unterschiede gibt. „(Sie) tratscht über andere Leute“. Es wird hier keinerlei Verbindung hergestellt zwischen Marias Zögern, sich frei zu äußern, und dieser offensichtlich widersprüchlichen Eigenschaft ihrer Freundin als „Klatschtante“. Für die weitere Erfassung des Differenzierungsniveaus und der Fähigkeit, negative Aspekte ihrer Freundin zu akzeptieren, fragte die Therapeutin, „gibt es Dinge die du gerne machst, sie aber nicht?“ „(Ich) mag es spazieren zu gehen und zu laufen“. Beachtenswert ist, dass es keine weitere Ausführung oder Erklärung über diese Unterschiede gibt oder wie dieses in der Beziehung bearbeitet werden.

Wir untersuchen ebenfalls die Identität eines Adoleszenten im Kontext der Qualität der Objektbeziehungen. Wir fragen den Adoleszenten, was ein Freund ist, gefolgt davon, was jemand zum besten Freund macht (im Unterschied zu „ein Freund“) und ebenso was einen Freund oder eine Freundin als romantischen Partner ausmacht.

Maria beschrieb einen Freund als „jemand, dem du Dinge erzählen kannst, trauen kannst, gute Zeiten mit ihm erlebst, der darauf achtet was dich interessiert.“ Sie erklärte was einen „besten Freund“ ausmachte in dem sie sagte „jemand der all diese Dinge tut, den du immer hast und dem du trauen kannst, der dich nicht verurteilt oder nachtragend ist“. Hier sehen wir den ersten Hinweis auf eine Kontinuität über die Zeit, wenn sie sich darauf bezieht, dass ein bester Freund „nicht nachtragend ist“, was die Langlebigkeit der Beziehung beinhaltet. Als sie jedoch über einen romantischen Partner gefragt wurde, antwortete sie „ich weiß nicht, keine Idee“. Marias Unfähigkeit, wenigstens einige Charakteristika von Freunden auf einen romantischen Partner zu übertragen, deutet auf einen deutlichen Mangel an Integrationsfähigkeit hin, kombiniert mit der relativ improvisierten Sicht auf Freunde und sich selbst zeigt dies einen bedeutsamen Grad einer Identitätsdiffusion auf.

Marias Identitätsdiffusion stimmt mit ihrer Darstellung vom ersten Interview überein. Ihre geschilderten Symptome beinhalteten selbstschädigende Verhaltensweisen wie Ritzen (Handgelenk und Innenschenkel), Fressanfälle mit anschließendem Erbrechen, exzessives Rasieren aller Körperhaare (inklusive der Arme), Ängstlichkeit (besonders wenn sie allein war oder im Dunkeln und ihr Herz zu flattern anfang und sie anfang zu zittern) und eine depressive Verfassung, die mehrere Tage anhielt und begleitet war von einem Mangel an Interesse an üblichen Aktivitäten und mit Schlafschwierigkeiten, die sie dann selbst medizierte (mit Schlaftabletten). Sie berichtete, keine Freunde zu haben, was sie den häufigen Umzügen zuschrieb und der Tatsache, dass ihre „Eltern“ (Mutter und Freund) auf ihr schlechtes Benehmen mit Einschränkungen ihrer „Kommunikation“ mit Freunden (z. B. Einschränkung von Telefon und Internet) reagieren würden.

Marias Schulleistungen waren unterschiedlich, normalerweise begann sie das Schuljahr immer mit Fortgeschrittenen-Kursen, aber da ihre Leistungen im Verlauf des Schuljahrs absanken, wurde sie immer wieder in niedrigere Kurse eingestuft. Sie klagte über Schwierigkeiten sich zu konzentrieren und dass sie alles aufschieben würde. Trotzdem berichtete sie, dass die Lehrer sie mochten. Dies deutete auf Stärken bei ihr hin, welche die Prognose verbesserten. Dennoch berichtete sie selbst von der Schwierigkeit, sich mit Freude an Aktivitäten zu beteiligen oder in Freundschaften zu investieren.

Während der üblichen Interviews werden sieben Funktionsbereiche von Identität erfasst: Freundschaft, sexuelle Orientierung, moralische Werte, Gruppenloyalitäten, Karriere, Heirat und Familie und beim Selbst das Erreichen verschiedener Meilensteine in Abhängigkeit der altersgemäßen Entwicklung. Bei ungestörten Adoleszenten ist die Diskrepanz zwischen verschiedenen Funktionsbereichen gering und es existiert ein ähnliches Entwicklungsniveau in allen Bereichen.

Adoleszente sollten wenigstens zwei bis drei gleichaltrige Freunde haben und einen besten Freund, der normalerweise dem gleichen Geschlecht angehört. Der Adoles-

zente erfährt Freunde als jemand, der Kameradschaft und Unterstützung anbietet, mit dem der Adoleszente seine Unternehmungen teilen kann, neue Ideen entwickelt, diskutiert und die Welt entdeckt. Der Adoleszente ist sich bewusst, dass ein Freund kein Besitz ist. Meinungsverschiedenheiten können zwischen Freunden akzeptiert werden und es gibt eine Fähigkeit zu Kompromissbildungen. In Marias Fall war es so, dass sie zwar begreifen konnte, dass Freunde Menschen sind, mit denen man Dinge teilt, aber sie war nicht in der Lage, Vertrauen zu entwickeln, und es gab keine Vorstellung davon, wie man Missverständnisse oder Kompromisse tolerieren könnte.

Auch schon in der frühen Adoleszenz kann man in jemand „vernarrt“ sein oder für jemanden schwärmen (auch wenn es nur ein Pop-Idol ist). In dem der Adoleszente sich weiter entwickelt, wird seine Schwärmerei mehr zum ernsthaften Mitwirken an Beziehungen, was in einer romantische Beziehung sein kann, aber nicht muss, und sexuellen Kontakt einschließt oder auch nicht. Es gibt eine breite Variabilität bedingt durch soziale, moralische und religiöse Einflüsse, was aber einheitlich bleibt ist die Fähigkeit an Beziehungen interessiert zu sein. Der Partner mag gleich- oder gegengeschlechtlich sein, aber die Vorliebe hat eine gleich bleibende Tendenz und fluktuiert nicht. Das mangelnde Interesse oder die ständige Fluktuation in der Wahl der Objekte deutet auf Identitätsprobleme hin. Maria zeigte keinerlei Interesse an romantischen Beziehungen oder was immer sie darunter verstand. Dies änderte sich während der Behandlung.

Adoleszente mit normaler Identität haben Klarheit bezüglich Recht und Unrecht, und diese Meinungen können mit sicherer Überzeugung beibehalten werden. Solche Adoleszente würden diese Überzeugungen nicht über Bord werfen, nur um einen schnellen Gewinn zu erlangen. Maria hatte eine erhebliche Vorgeschichte an Ladendiebstählen, von denen sie berichtete, dass sie es ein- bis zweimal pro Monat tun würde. Sie beschrieb die Dinge, die sie stahl, als „kleine Sachen“ wie Schmuck, Make-up, Kleider oder Shirts. Es gab einige Anhaltspunkte, dass sie selbst einen Freund verraten würde, wenn sie dadurch einen schnellen Gewinn haben würde.

Dies gehört zum Bereich „Gruppenloyalitäten“. Ein Adoleszenter mit normaler Identität würde einen Freund, der Probleme hat, weder verraten noch ihn fallen lassen. Ein weiterer Aspekt von „Gruppenloyalitäten“ ist darin zu finden, in welcher Weise ein Adoleszenter die Werte der Sozialen Gruppe imitiert, wobei dieses eher eine vorübergehende Identifikation betrifft als eine innere Überzeugung. Je mehr sich der Adoleszente in Richtung Erwachsensein entwickelt, desto größer werden seine Fähigkeiten, an Gruppen teilzuhaben, die zwar mit seinen individuellen Überzeugungen und Werten übereinstimmen, aber auch die Differenzen zwischen Individuen innerhalb der Gruppe oder mit ihm oder ihr toleriert. Maria blieb immer nur am Rand von Gruppen, war nie wirklich identifiziert mit ihnen und nie wirklich beteiligt.

Zu den Bereichen Karriere, Heirat und Familie haben bereits Frühadoleszente eine Vorstellung, auch in Bezug auf sich selbst. Die meisten Adoleszenten werden zumindest eine grobe Vorstellung davon entwickelt haben, wie ihre zukünftige Karriere aussehen könnte, und diese Ideen bleiben relativ stabil. Diese Ideen werden ausgefeilter je mehr sich der Adoleszente entwickelt und durch gezielte Betätigungen, die den Kar-

rierewunsch unterstützen, weiter aktualisiert. In der Weise, wie Heirat und Familie geachtet werden, ist der Adoleszente in der Lage, seine Vorstellung zu artikulieren, ob er sich wünscht zu heiraten oder Kinder zu haben. Genauso wie die Karriere-Idee entwickeln sich diese Wünsche kontinuierlich und in einer rationalen Weise im Laufe der Zeit, bis die Vorstellungen dann im Erwachsenenalter verwirklicht werden. Obwohl Maria Interesse an Kunst und Fotografie hatte, war dies vage und in keinem Kontext mit eigenen Zukunftsplanungen. Es gab keine Bekundungen über einen Wunsch nach Beziehungen, weder in der Gegenwart noch in der Zukunft. Sie erklärte, dass sie kein Interesse daran habe Kinder zu haben, offensichtlich begründet in ihrer eigenen Kindheitserfahrung.

Ein Kernbereich der Identität ist die Erfahrung des Selbst. In einer normalen Adoleszenten-Identität mögen die Gefühle und Erscheinungsbilder vom eigenen Selbst sich ändern, aber sie fluktuieren nicht in dramatischer Weise. Es gibt eine Fähigkeit, auf eine Art allein zu sein, die nicht belastend ist. Es gibt einen Sinn für Ziele, Eigenmotivation, Initiative und Kompetenzen. Darüber hinaus braucht der Adoleszente keine dauerhafte Anerkennung durch andere, um ein Gefühl von sich selbst, seiner Existenz oder seinem Wert zu entwickeln. Für Maria war dies unmöglich. Sie hatte extreme Schwierigkeiten, das Alleinsein zu tolerieren, und war nicht in der Lage, Aktivitäten, die zu einem Gefühl von Kompetenz und Zielsetzung führen würden, in Angriff zu nehmen oder aufrecht zu erhalten.

Wie Erikson in seinem Buch „Identität und Lebenszyklus“ konstatierte: „the growing child must derive a vitalizing sense of reality from the awareness that his individual way of mastering experience (his ego synthesis) is a successful variant of a group identity and is in accord with its space-time and life plan“ (1980, S. 21). Dieses „vitalisierende Gefühl der Realität“ ist offensichtlich weder in Marias eigener Erfahrung vorhanden, noch in ihren Aktivitäten (z. B. Schule) oder in ihren Beziehungen. Das Überwiegen von negativen eigenen Merkmalen und das Fehlen von Selbstvertrauen und Wirkung („ich bin nicht gut in der Schule“) zeigen diesen Mangel an Vitalisierung. Indem sie sich als exzentrisch und als Außenseiterin erlebt, beschreibt sie sich als außerhalb und nicht zu ihrer Peer-Group dazugehörig. Zusätzlich besitzt sie kein Konzept von sich selbst in unterschiedlichen Zeiten, wie sie war, ist oder sein wird. Diese Aspekte zusammengenommen weisen auf eine relativ schwerwiegende Identitätsdiffusion hin, aber ebenso gibt es Hinweise auf Stärken, auf deren Grundlage mit Unterstützung eine normale Identität entwickelt werden kann.

Die Anfangsphase der Behandlung konzentrierte sich auf das „Containern“ der destruktiven Verhaltensweisen und Affekte, indem ein „Vertrag“ erstellt wurde zwischen Therapeut und Jugendlicher, der darauf ausgerichtet war, ihr selbstverletzendes Verhalten zu begrenzen und ihre Selbstfürsorge zu verbessern und von ihr forderte, immer die Schule zu besuchen. Auch der „Home-Plan“ setzte an diesen drei Erwartungen an und enthielt die Vergünstigungen, die sie erhalten sollte, wenn sie die Bedingungen einhielt, und die Konsequenzen, wenn sie sie nicht erfüllte. Die Aufgabe der Eltern bestand darin, die Umsetzung des Plans zu unterstützen und Maria zu verschiedenen

Arztterminen zu bringen. Die endgültige Fertigstellung des Home-Plans dauerte bis in die siebente Behandlungswoche.

Die Behandlung fokussierte auf die Identitätsstörung der Jugendlichen, indem immer wieder untersucht wurde, wie sich ihre Schwierigkeiten in der Wahrnehmung ihrer selbst und den sich daraus entwickelnden Schwierigkeiten in den Beziehungen zu anderen auswirkte, was zunächst in der Außenübertragung und dann auch innerhalb der therapeutischen Übertragung bearbeitet wurde.

Im Nachfolgenden wird exemplarisch ein Ausschnitt einer Therapiestunde beschrieben, welcher die mangelnde Selbstfürsorge der Jugendlichen herausstellt: Maria und die Therapeutin diskutierten Aspekte des Home-Plans, der die Aufgabe mit einbezog, dass Maria einige Kontrolltermine beim Arzt einhalten sollte. Maria hatte offenbart, dass sie vor ca. fünf Monaten während eines kurzen Zusammenseins mit einem Jungen penetriert worden sei, wollte aber auf kein Fall zum Gynäkologen. Die Therapeutin versuchte durch die Technik der „Klärung“, diese Unschlüssigkeit Marias zu beleuchten, indem sie ihr anbot, zusammen mit ihr die Schwierigkeit zum Gynäkologen zu gehen zu verstehen. Maria antwortete der Therapeutin „wir hatten ja keinen Sex“. Nachdem eine weitere Klärung erfolgte, was diese Äußerung genau bedeuten würde, griff die Therapeutin zur Technik der „Konfrontation“, indem sie Maria behutsam den Widerspruch zwischen der Aussage penetriert worden zu sein und der Aussage keinen Sex gehabt zu haben aufzeigte. Maria antwortete indem sie sagte: „Sex gehabt zu haben würde mich zur Nutte machen“. In dieser Äußerung kam ihre negative Selbst-Repräsentation zutage. Maria war in erster Linie damit beschäftigt, dass sie ihrer Mutter unmöglich erzählen konnte, dass sie Sex hatte, weil sie solche Angst hatte, dass diese sie sonst „verurteilen“ würde. Sie sagte, sie könnte ihre Mutter nicht fragen, ob sie sie zum Gynäkologen bringen würde, da dies ein Eingeständnis wäre, dass sie Sex gehabt habe. Dies brachte einen Aspekt von Marias Identitätsdiffusion zutage: Ihre negative Selbst-Repräsentation war verbunden mit der internalisierten Repräsentation ihrer Mutter als wertend. Sie bekräftigte dies indem sie sagte, dass ihre Mutter denken würde, sie sei eine Hure.

Um Maria dabei zu helfen, eine normale Identität zu entwickeln, war es nötig, die mangelnden Grenzen zwischen ihrer Selbstrepräsentation und der Internalisierung der Sicht der Anderen auf sie immer wieder zu klären. Die Wahrnehmung des Selbst als „Hure“ verbunden mit der Wertung der Anderen durch das Gefühl „schlecht“ zu sein wurde deutlich. Mit der Unterstützung der Therapeutin begann Maria ihre Gefühle besser beschreiben und präzisieren zu können. Sie sagte „Aber meine schlechten Gefühle würden meine Mutter enttäuschen“. Die Therapeutin forderte sie auf, mehr über diese Gefühle zu erzählen, und was Maria dann schlussendlich formulierte war das grundlegende Gefühl, dass ihre Mutter ihre Präsenz nicht wahrnehmen würde. „Es ist, als ob ich ein Geist wäre.“

Die Therapeutin bewegte sich von der Oberfläche in die Tiefe, indem sie am Modell der inneren Welt von Marias Objekt-Repräsentation arbeitete, um in Maria ein Bewusstsein für die offensichtlichen Widersprüche zwischen verschiedenen Selbstaspekten zu schaffen und eine Verbindungen zwischen diesen und ihrem Verhalten herzustellen.

In diesem Beispiel bewegte sich die Therapeutin vom Aushandeln des konkreten Therapievertrags (z. B. Selbstfürsorge und was dazu gehörte) zu den grundlegenden widersprüchlichen Gefühlen von Maria, was sie selbst und ihre Mutter anging. Die Therapeutin konnte dann Maria einen Zusammenhang zwischen ihrem selbstverletzenden Verhalten und ihrer Wut, von ihrer Mutter „nicht gesehen zu werden“ aufzeigen. Die systematische Exploration der internalisierten Repräsentationen von sich selbst und anderen, in Verbindung mit Affekten und Verhalten, half Maria dabei, mehr zu differenzieren und ihre Identitätsdiffusion zu mindern. Das erhöhte Bewusstsein dafür ermöglichte es Maria, ihr selbstverletzendes Verhalten zu reduzieren und ihre Fähigkeit für sich selbst zu sorgen zu erhöhen, indem sie zum Beispiel von ihrer Mutter forderte, mit ihr zum Gynäkologen zu gehen.

Maria erfüllte die Kriterien für unsere Therapie-Studie. Sie erhielt sechs Monate AIT, was zu einer signifikanten Reduzierung der Symptome und einer Verbesserung des Funktionsniveaus führte. Dieses Fallbeispiel soll veranschaulichen, wie hilfreich es ist, Identitätskrise von Identitätsdiffusion zu unterscheiden, und ebenso, die Familie in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen, da dadurch zwischen der Psychopathologie des Adoleszenten und der des Familiensystems differenziert werden kann.

Literatur

- Akhtar, S., Samuel, S. (1996). The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 254-267.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. Auflage. Washington DC: APA.
- Becker, D., Grilo, C., Edell, W., McGlashan, T. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2046.
- Bernstein, D., Cohen, P., Velez, C., Schwab-Stone, M., Siever, L., Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Besser, A., Blatt, S. J. (2007). Identity consolidation and internalizing and externalizing problem behaviors in early adolescence. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 126-149.
- Borenstein, R. (1992). The dependent personality: Development of social and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 3-23.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 847-849.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1959). The theory of infantile sexuality. In *Childhood and Society* (S. 42-92). New York: W. W. Norton.

- Foelsch, P. A., Odom, A., Kernberg, O. F. (2008a) Treatment of Adolescents with Identity Diffusion: A Modification of Transference Focused Psychotherapy, *Santé mentale au Québec*, 33, 37-60.
- Foelsch, P. A., Odom, A. E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Kernberg, O. F. (2008b). Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion. Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 12, 153-162
- Hurt, S., Clarkin, J., Munroe-Blum, H., Marziali, R. (1992). Borderline behavioral clusters and different treatment approaches. In J. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Hrsg.), *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives* (S. 199-219). New York: Guilford Press.
- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In M.P. Hartocollis (Hrsg.), *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: I.U.P.
- Kernberg, O. (1978). The diagnosis of borderline conditions in adolescence. In S. Feinstein, P. Giovacchini (Hrsg.), *Adolescent Psychiatry* (S. 298-319). Chicago: University of Chicago Press.
- Kernberg, O. F., Krischer, M. K., Foelsch, P. A. (2008). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche: Der vorläufige Stand. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 662-692.
- Kernberg, P. (1994). Psychological interventions for the suicidal adolescent. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 52-63.
- Kernberg, P. F., Koenigsberg, H. (1999). *The Extensive Identity Diffusion: On a Particular Form of Identity Diffusion in borderline patients extending the limits of treatability*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Orbach, I. (2007). From abandonment to symbiosis: A developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 150-166.
- Pinto, A., Grapentine, L., Francis, G., Picariello, C. (1996). Borderline personality disorder in adolescents: Affective and cognitive features. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1338-1343.
- Selzer, M. A., Kernberg, P. F., Fibel, B., Cerbuliez, T., Mortati, S. (1987). The personality assessment interview: Preliminary review. *Psychiatry*, 50, 142-153.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Susanne Schlüter-Müller, Institut für Sozialpädagogik, Schwerpunkt Psychiatriebezogene Sozialpädagogik, Leuphana Universität Lüneburg, Scharnhorststr. 1, 21335 Lüneburg; E-Mail: schlueter-mueller@leuphana.de

Pamela A. Foelsch, Personality Disorder Institut NY, Weil Medical College of Cornell University, USA; *Maya K. Krischer*, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln; *Susanne Schlüter-Müller*, Leuphana Universität Lüneburg; *Klaus Schmeck*, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz.