

Streeck-Fischer, Annette und Streeck, Ulrich

Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 6, S. 435-452

urn:nbn:de:bsz-psydok-50029

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/

Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen

Annette Streeck-Fischer und Ulrich Streeck

Summary

Psychoanalytic-Interactional Psychotherapy of Severely Disturbed Adolescents

Due to specific developmental conditions of adolescence like deficient self reflective capacities or reduced potential to articulate, the psychotherapy of adolescents is faced with special problems. In adolescents with severe Ego-structural disorders like Borderline (Development) Disorders these problems are increased exponentially. Patients replicate their negative and often traumatic relational experiences in everyday life as well as in therapy. The therapeutic treatment of relational entanglements often results in malignant repetitions. Here the Psychoanalytic-interactional Method (PiM) is suitable as intervention where the therapist approaches the patient as a person who influences the development positively and strives for Ego-structural advancement within the therapeutic relation. The Psychoanalytic-interactional Method allows for the adolescence-specific conditions of limited mentalization and particularly for the problem of Ego-structural disorders in adolescence. The method is demonstrated by treatment sequences of the therapy of a juvenile female patient with Borderline (Development) Disorder.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 435-452

Keywords

adolescence – ego-structural disorders – mentalisation disorder – Psychoanalytic-Interactional Psychotherapy

Zusammenfassung

Die Psychotherapie von jugendlichen Patienten steht angesichts der spezifischen Entwicklungsbedingungen der Jugendlichen wie mangelnder selbstreflexiver Fähigkeiten oder eingeschränkter Möglichkeiten, sich in Worten mitzuteilen, vor besonderen Problemen. Bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen wie Borderline(entwicklungs)störungen potenzieren sich diese Probleme noch. Die Patienten wiederholen ihre negativen und oft traumatischen Beziehungserfahrungen sowohl in ihrem alltäglichen Lebensumfeld als auch in der Therapie. Die therapeutische Arbeit an den Beziehungsverstrickungen mündet leicht in maligne Wiederholungen. Hier bietet sich die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PiM) als Therapieform an, bei der der Therapeut dem Patienten als eine andere, entwicklungsförderliche Person gegenübertritt und in der therapeutischen Beziehung auf strukturellen Aufbau eingestellt ist. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode trägt den alterstypischen Be-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 435 – 452 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

dingungen eingeschränkter Mentalisierung Rechnung, vor allem aber auch der Problematik struktureller Störungen in der Adoleszenz. Am Beispiel von Behandlungssequenzen aus der Therapie einer jugendlichen Patientin mit einer Borderline(entwicklungs)störung wird das Vorgehen dargestellt.

Schlagwörter

Adoleszenz – strukturelle Störungen – Mentalisierungsstörung – psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie

1 Hintergrund

Bei der Psychotherapie von strukturell gestörten Jugendlichen sind mehrere Besonderheiten zu berücksichtigen. Allein die alterstypische Umstrukturierung der Persönlichkeit in dieser Entwicklungsphase, die weitreichenden affektiven und kognitiven Veränderungen oder das ständige Pendeln zwischen Autonomie- und Versorgungswünschen, machen eine psychotherapeutische Behandlung im Jugendalter zu einem schwierigen und anspruchsvollen Unternehmen. Dies gilt umso mehr bei seelisch schwer gestörten Jugendlichen. Das Behandlungsangebot muss sich sowohl auf die Komplexität von Entwicklungsbedürfnissen und Entwicklungsnotwendigkeiten als auch auf die krisenhaften und psychopathologischen Zustände des Jugendlichen ausrichten. In psychoanalytischen Arbeiten wurde wiederholt betont, wie wichtig die reale Beziehung ist, die der Therapeut dem jungen Patienten anbietet, ebenso wie die Arbeitsbeziehung, die beide miteinander gestalten und etablieren. Im Hinblick auf den allgemeinen Charakter der psychotherapeutischen Arbeit spricht man heute von einer interaktionell ausgerichteten Entwicklungspsychotherapie (Hurry, 2002; Streeck-Fischer, 2006), die sich auf das Hier und Jetzt bezieht, entwicklungsfördernd ist und dem Jugendlichen mit dem Therapeuten eine Person anbietet, die sich von den aktuellen Eltern und deren inneren Bildern abhebt und in diesem Sinne neu und anders ist. Dies ist besonders wichtig bei Jugendlichen, die in ihren frühen und späteren Beziehungen traumatisierende Erfahrungen gemacht haben. Die seit vielen Jahren in der klinischen Versorgung schwer gestörter Patienten bewährte psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) kommt den Anforderungen an eine entwicklungsfördernde Adoleszenzpsychotherapie in besonderem Maße entgegen.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode wurde in der Klinik Tiefenbrunn ursprünglich von Heigl-Evers und Heigl (1983), Ott und Streeck für die Gruppenbehandlung von strukturell gestörten Erwachsenen entwickelt, wird seit etwa zwei Jahrzehnten aber auch in der Einzeltherapie seelisch schwer gestörter Patienten erfolgreich eingesetzt. Mittlerweile liegt die Methode in manualisierter Form vor (Streeck u. Leichsenring, 2009). Klinische Verläufe und Wirksamkeitsstudien sprechen für ihre hohe Effektivität insbesondere bei strukturellen Störungen (Streeck, 2007). In

mehreren randomisierten kontrollierten Therapiestudien wird sie hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Erste Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie von Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen im stationären Setting belegen eine sehr hohe Wirksamkeit (Cropp et al., 2010).

2 Mangelnde Compliance in der Adoleszenz

Bei Jugendlichen ist in der Regel mit günstigen Behandlungsvoraussetzungen nicht zu rechnen. Häufig sind es Eltern oder Lehrer, die darauf drängen, dass etwas geschehen müsse. Bei dem Jugendlichen selber ist, wenn überhaupt, allenfalls mit einer labilen und brüchigen Motivation zu rechnen, therapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Der Jugendliche will seine Probleme lieber selber lösen und sucht deshalb nach Selbsthilfemaßnahmen und -praktiken wie bspw. Drogen oder Alkohol, die seine Probleme dann häufig noch verschärfen. Hinzu kommt, dass Jugendliche ihre Problematik nicht in die Vergangenheit, sondern in der Gegenwart lokalisieren. Schließlich weigern sich Jugendliche gewöhnlich, sich selbst als Person zu sehen, die aufgrund bestimmter Umstände so geworden ist wie sie ist.

Für eine in Aussicht genommene psychotherapeutische Behandlung von Patienten in der Adoleszenz sind fünf Aspekte der Psychologie des Jugendlichen bedeutsam (Fontaine, zit. nach Zauner, 1980), die auch durch neuere epidemiologische und neurobiologische Studien (vgl. Carey et al., 2008; Dahl, 2001) gestützt werden. Sie lassen erkennen, dass im Zentrum der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen ihre strukturellen Beeinträchtigungen stehen sollten. Dabei handelt es sich um

- die spezielle Intensität und Unbeständigkeit der Gefühle,
- das Bedürfnis nach häufiger und unmittelbarer Befriedigung,
- die selektive Beeinträchtigung der Realitätsprüfung,
- Schwierigkeiten in der Selbstkritik und
- eine im Vergleich zum Erwachsenen unterschiedliche Wahrnehmung der Umwelt.

Bereits vor vielen Jahren hat darüber hinaus Bloss (1964/65) darauf hingewiesen, dass der Jugendliche sich gleichsam physiologisch mehr per Handeln als mit Worten mitteilt, ein Verhalten ähnlich dem, das im Erwachsenenalter das Verhalten von strukturell gestörten Patienten kennzeichnet. Bloss sah bei Jugendlichen darin ein Agieren im Dienste des Ichs und seiner Entwicklung. Deshalb bedarf es in der Therapie von Jugendlichen – anders als bei Erwachsenen – einer grundsätzlich anderen Einstellung zu ihrem Handeln. Der Therapeut muss bereit sein, das Agieren des Jugendlichen als progressives, für die Entwicklung relevantes, im Dienste des Ich stehendes Phänomen anzunehmen, zu verstehen und in geeigneter Form in der Therapie damit umzugehen. Dass Agieren in Selbsterkenntnis des Jugendlichen mündet, ist allerdings selten und allenfalls bei Jugendlichen mit einer fortgeschrittenen, reifen Persönlichkeitsentwicklung, also bei gesunden Jugendlichen anzutreffen.

fen. Im Kontrast dazu steht bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen oftmals blindes Agieren ohne Entwicklungsperspektive im Vordergrund (Streeck-Fischer, 2006). Angesichts derartiger Bedingungen sind besondere therapeutisch-technische Einstellungen und Handlungsweisen unabdingbar.

3 Zur Diagnostik

Bei sogenannten störungsspezifischen therapeutischen Ansätzen wird die jeweils vorherrschende Symptomatik in den Vordergrund gestellt. Für die Behandlung von jugendlichen Patienten reicht eine auf die Störung fokussierende therapeutische Perspektive nicht nur nicht aus, sondern geht an den besonderen Bedingungen der Adoleszenz auch leicht vorbei. Darum wird die Symptomatik in der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie zwar aufmerksam gesehen, spielt für die Einschätzung des Störungsbildes aber eine nachgeordnete Rolle. Wichtiger als das vordergründige Störungsbild sind der jeweilige Entwicklungsstand des Jugendlichen, der Schweregrad und die Komplexität seiner strukturellen Beeinträchtigungen; sie müssen auch den therapeutisch-technischen Umgang mit dem jugendlichen Patienten bestimmen. Um das zu gewährleisten, bedarf es eingehender diagnostischer Untersuchungen, die über eine nur beschreibend ausgerichtete diagnostische Klassifikation wie in der ICD-10 hinausgehen müssen.

Eine umfassende psychodynamische Diagnostik von neurotischen und psychosomatischen Störungen sowie von Entwicklungsstörungen im Jugendalter verlangt die Verwendung mehrerer sich ergänzender Entwicklungs- und Verstehensmodelle. Weil im Jugendalter immer auch Entwicklungsaspekte eine Rolle spielen, kann neben einer genauen phänomenologischen Erfassung nur eine strukturelle Diagnostik das Krankheitsbild ganz erfassen. Erst daraus können dann fundierte Aussagen über die Indikation zur Behandlung, über die geeignete therapeutische Technik und die Gestaltung des Behandlungsrahmens sowie des therapeutischen Prozesses abgeleitet werden. So wissen wir heute beispielsweise, dass Symptome wie Zwänge, Essstörungen, Einnässen oder Einkoten bei ganz unterschiedlichen Schweregraden der psychischen Störung und auf ganz unterschiedlichen Entwicklungsniveaus des jungen Patienten vorkommen und ganz verschiedene Bedeutung haben können. Nur wenn das strukturelle Niveau des Jugendlichen bekannt ist, die vorherrschenden Objektbeziehungen, die Ich-Struktur, der Stand der Entwicklung des Selbst, die jeweilige Triebproblematik und die Art und Weise, wie der Jugendliche in der Lage ist, am Zusammensein mit Anderen teilzunehmen und Beziehungen zu gestalten, lassen sich auch fundierte Aussagen darüber treffen, ob eine neurotische Störung, eine Störung auf mäßig integriertem, niedrigem oder desintegriertem Niveau (gemäß OPD, 2006; OPD-KJ, 2003) vorliegt. Das wiederum zieht unterschiedliche und teilweise weit reichende therapeutische Konsequenzen nach sich.

Je polysymptomatischer das Störungsbild ist, desto ausgeprägter sind gewöhnlich die strukturellen Einschränkungen, die beispielsweise mangelnde Impulskontrolle

mit süchtigem und triebhaftem Agieren erkennen lassen, geringe Spannungs- und Affekttoleranz oder Einschränkungen der Realitätsprüfung. Je tiefgreifender die Beziehungsstörung des Jugendlichen ist, desto ungünstiger ist die Prognose für eine Psychotherapie. Solche schweren Störungen erfordern ein therapeutisches Vorgehen, das die Beziehungserfahrungen und die Art und Weise, wie der Jugendliche sich im Zusammensein mit Anderen verhält, ins Zentrum der Bearbeitung rückt. Das steht bei der psychoanalytisch-interaktionellen Methode im Zentrum der therapeutischen Arbeit. Je nach Schweregrad gilt es zudem immer zu prüfen, ob der Jugendliche unter ambulanten Bedingungen ausreichend behandelbar ist.

Auch im Hinblick auf die Elternarbeit sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Das Verhältnis zu den Eltern ist in der Adoleszenz von großer und oftmals unterschätzter Bedeutung. In die diagnostischen Abklärungen sollte deshalb auch die etwaige Problematik der Eltern einbezogen und möglichst genau erfasst werden. Auffällige Entwicklungen der Eltern, Verwahrlosung, Sucht, Kriminalität oder auch soziale Notlagen machen die Prognose hinsichtlich der Psychotherapie des Jugendlichen zusätzlich ungünstig. Mit besonderen Problemen im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen ist schließlich in Verbindung mit Teil- oder Ersatzfamilien zu rechnen oder wenn Trennungskonflikte geschiedener Eltern, etwa bei Sorgerechts- und Verkehrsregelungen, im Hintergrund persistieren. Hier muss sorgsam geprüft werden, ob und wie die Eltern in die Behandlung einbezogen werden sollten. Dies gilt insbesondere bei Eltern mit Gewalt- oder Missbrauchsneigungen.

Eine Psychotherapie von jugendlichen Patienten mit schweren strukturellen Störungen, deren Beeinträchtigungen sich insbesondere in den für die Entwicklung zentral wichtigen Beziehungen zu Anderen zeigen, muss dem Erleben und der Gestaltung von Beziehungen besondere Aufmerksamkeit schenken. So bedarf es unter anderem der Klärung

- *der Beziehungsfähigkeit*: wie der Jugendliche sich mit seinen Mitmenschen verbunden fühlt, ob er sich etwa autistisch von anderen Menschen zurückzieht, die Beziehungen vor allem der Selbstregulierung dienen oder aber auf Wechselseitigkeit gründen,
- *der Selbstreflexivität*: ob der Jugendliche Andere als eigenständige Personen wahrnehmen kann oder aber als Extensionen seiner selbst erlebt,
- *der Fähigkeit zur Wahrnehmung von sich selbst und Anderen*: wie genau und differenziert das Bild ist, das sich der Jugendliche von anderen Menschen und von sich selbst macht,
- *der Beziehungskonstanz*: ob der Jugendliche in der Lage ist, auch die Abwesenheit für ihn wichtiger anderer Personen, Frustration, Konflikte und Angst innerhalb der Beziehung auszuhalten oder aber dazu neigt, sich blande zurückzuziehen oder die andere Person fallen zu lassen, wenn sie sich nicht erwartungsgemäß verhält,
- *der Affektwahrnehmung und Selbstwirksamkeit*: ob er Gefühle, Impulse, Wünsche und innere Verbote insbesondere auch im Umgang mit Anderen wahrnehmen kann und in der Lage ist, im Zusammensein mit Anderen sich selbst als Akteur zu sehen und sein eigenes Verhalten und dessen Wirkung zu erkennen und zu reflektieren,

- *der Regulationsfähigkeiten*: wie der Jugendliche sich selbst in interpersonellen Beziehungen regulieren kann, ob auch Abhängigkeit von Anderen akzeptiert und ertragen werden kann und wie der Jugendliche Grenzen zwischen sich und Anderen ziehen und aufrechterhalten kann.

4 Zur Psychotherapie im engeren Sinn

4.1 Altersbezogene Probleme der Behandlung von Jugendlichen

Weil die Persönlichkeit des Jugendlichen mitten in einem vehementen Entwicklungsprozess steckt, sind für die psychotherapeutische Behandlung spezifische Bedingungen zu beachten, sowohl im Hinblick auf das therapeutische Setting wie für das Behandlungsvorgehen. So ist bei Jugendlichen zumeist mit einem primären Misstrauen gegenüber Erwachsenen zu rechnen, zumal gegenüber Personen, die sich professionell mit ihren Problemen befassen wollen. Sie benötigen ein spezifisches „facilitating environment“ (Winnicott, 1974), das dem Entwicklungsstand und den Bedürfnissen des jungen Patienten entgegenkommt. Das kann beispielsweise die aktive Beziehungsaufnahme seitens des Therapeuten beinhalten, Angebote für kreatives Gestalten oder ein gezieltes Entgegenkommen bei der zeitlichen Planung von Behandlungsstunden.

Während der „Austausch von Worten“ (Freud, 1916/17) in der Behandlung von Kindern eine nachgeordnete Rolle spielt, steht das Gespräch bei Jugendlichen im Mittelpunkt der Therapie – umso mehr, je älter sie sind. Gleichzeitig sind sie jedoch oftmals noch unzureichend dafür ausgerüstet, sich mit sprachlich-symbolischen Mitteln zu verständigen. Ihre Mitteilungen sind oft vage, ausweichend oder vorläufig, und die Tragweite ihrer Problematik bleibt häufig eigenartig ungewiss.

Im Kontakt mit Erwachsenen wiederholen Jugendliche gewöhnlich ihre aktuellen und wiederbelebten Beziehungserfahrungen mit den Eltern. Deshalb gerät der Therapeut initial leicht in problematische Elternübertragungen, ohne dass der Jugendliche – anders als dies bei Übertragungen in der Therapie von Erwachsenen mit neurotischen Störungen meist möglich ist – vor dem Hintergrund einer therapeutischen Ich-Spaltung dazu in Distanz treten könnte. Häufig stören spontane Übertragungen eines bösen, bedrohlichen, abwertenden, vernichtenden, eindringenden, vereinnahmenden oder Eigenständigkeit verhindernden Objekts die Herstellung einer als hilfreich erlebten therapeutischen Beziehung.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Behandlung von Jugendlichen erforderlich, deutlich zu machen, dass neben der zwangsläufig sich einstellenden Übertragung von Elternobjekten der Therapeut eine Person ist, die anders ist als es den übertragenen Elternbildern entspricht. Dieser Umgang mit nicht-entwicklungsförderlichen Übertragungen ist bei der psychoanalytisch-interaktionellen Methode auch in der Behandlung von strukturell gestörten erwachsenen Patienten üblich. Das bedeutet nicht nur, dass der Therapeut sich als eine andere Person zu erkennen gibt, sondern gegebenen-

falls auch mit dem Jugendlichen Aktivitäten unternimmt, die ihn als anderes und hilfreiches, wohlwollendes Objekt wahrnehmbar machen (vgl. dazu Eissler, 1966). Indem sich der Therapeut aktiv und gezielt als anderes Objekt zu erkennen gibt, weist er die initiale negative Elternübertragung des Jugendlichen zurück.

Ihrem Alter gemäß pendeln Jugendliche zwischen regressiven Wünschen und Wünschen nach Autonomie hin und her. Dieses doppelte Bestreben durchzieht die Therapie in der Regel wie ein roter Faden. Allumfassende Versorgungswünsche und Versorgungsansprüche der jugendlichen Patienten wechseln in der Behandlung mit abrupter Ablehnung, indem der Jugendliche von allen Schwierigkeiten plötzlich nichts mehr wissen und die Behandlung abbrechen will. Dieses Nebeneinander von regressiven Wünschen und Wünschen nach Autonomie kann sich in einem irritierenden Hin und Her niederschlagen. Das macht es in besonderem Maße wichtig, auf der einen Seite die Selbstbestimmung und Autonomie des Jugendlichen zu unterstützen und auf der anderen Seite Versorgungswünsche anzuerkennen, jedoch nicht zu befriedigen. Den Autonomiewünschen des Jugendlichen muss oft auch Rechnung damit getragen werden, dass sich der Therapeut mit begrenzten Therapieergebnissen zufrieden gibt. Das bringt es mit sich, dass sich der therapeutische Prozess einerseits zwischen dem Bemühen um Aufarbeitung von Erfahrungen bewegt, eine Orientierung, die meist auf Seiten des Therapeuten von größerer Bedeutung ist, und dem Experimentieren bei der Suche nach Autonomie und Identität auf der anderen Seite, was meist die Orientierung des Jugendlichen stärker bestimmt. Je mehr es dem Jugendlichen gelingt, sich seiner Problematik zu stellen und eine reflexive Einstellung dazu zu gewinnen, desto weniger muss er auf Handeln, auf selbst- und fremddestrukatives Agieren und auf „gehandelte Mitteilungen“ zurückgreifen.

Die Haltung des Therapeuten in der Behandlung von Jugendlichen und sein zentrales Beziehungsangebot sollten sich in einer Einstellung ausdrücken, mit der dem Jugendlichen eine Lotsenfunktion angeboten, zugleich aber seine Autonomie akzeptiert und sinngemäß betont wird. „Hier bin ich mit meinen Vorstellungen und Konzepten, und hier geht es weiter, aber du bestimmst darüber, ob es tatsächlich weitergeht und wie es weitergeht, du musst deinen eigenen Weg finden“ könnte eine derartige Einstellung des Therapeuten lauten. Der Therapeut bietet sich damit dem Jugendlichen als präsenten Objekt im Gegenüber an, an dem der Jugendliche sich reiben und an dem er wachsen kann (Streeck-Fischer, 2006).

4.2 Besonderheiten bei strukturellen Störungen

Strukturelle Störungen sind eine Folge von Entwicklungsbeeinträchtigungen vor dem Hintergrund notwendiger Anpassung an frühe, oft vernachlässigende und chronisch traumatisierende Bedingungen. Wie Patienten im Erwachsenenalter mit strukturellen Störungen der Persönlichkeit benötigen auch strukturell gestörte Jugendliche die Personen in ihrer Umgebung für ihre Selbstregulierung, etwa um ihre Selbstwertregulierung aufrecht erhalten zu können. Wenn andere Personen dafür nicht oder plötzlich nicht mehr zur Verfügung stehen oder in dieser Funktion ver-

sagen, müssen die Patienten oftmals auf selbstschädigende Mittel zurückgreifen, die die Selbstregulierung unterstützen sollen, auf Alkohol, Drogen, übermäßiges Essen, selbstverletzendes Verhalten, zwanghaftes Spielen oder auf andere intensive Reize, beispielsweise stundenlanges Internetsurfen. Über die altersentsprechenden Labilisierungen hinaus sind die Beziehungen strukturell gestörter Jugendlicher instabil, und Beziehungsabbrüche und daraus resultierende Suizidalität sind häufig.

Bei Jugendlichen mit strukturellen Störungen sind die Möglichkeiten, sich im Reden mit einem Gegenüber und im Sich-Selbst-Betrachten zu erkennen, oftmals nicht nur erheblich eingeschränkt, sondern die Jugendlichen können mit Worten oft gar nicht ausdrücken, wie ihre Probleme eigentlich aussehen und was für sie insbesondere im Zusammensein mit Anderen schwierig ist. Oft fühlen sie sich mit ihren Gefühlen, ihrem Körper und ihren Körpersensationen nicht verbunden und können auch für ihre Zustände keine Sprache finden, geschweige denn, sie als eigene Zustände reflektieren. Sie zeigen gravierende Mentalisierungsstörungen.

Insbesondere die oft schwerwiegenden pathologischen Beziehungserfahrungen strukturell gestörter Jugendlicher, die ihre gegenwärtigen Beziehungen zu Anderen bestimmen und meist außerordentlich problematisch machen, sind der Selbstbetrachtung und dem sprachlichen Ausdruck nicht zugänglich. Oftmals fühlen sie sich als Opfer von misshandelnden Anderen, ohne ihre eigene Beteiligung zu erkennen. Wie die Jugendlichen sich im Zusammensein mit Anderen verhalten, wird überwiegend von ihren Erfahrungen mit den vernachlässigenden und chronisch traumatisierenden Beziehungen der Vergangenheit bestimmt. Diese Erfahrungen sind Teil ihres impliziten interaktiven Wissens; sie bringen allenfalls Bruchstücke davon mit Worten zum Ausdruck. Implizites Beziehungswissen wird gezeigt, jedoch kaum mit Worten dargestellt (vgl. auch Boston Change Process Study Group, 2007). Was in Beziehungen in welcher Weise problematisch ist, zeigt der Jugendliche im Zusammensein mit Anderen in seinem Verhalten. Dieses im beschreibenden Sinn unbewusste Beziehungswissen der strukturell gestörten Jugendlichen begegnet uns deshalb nicht in ihren Mitteilungen, sondern in ihrem Verhalten im Verhältnis zu Anderen einschließlich der therapeutischen Beziehung. So kann es beispielsweise sein, dass der Therapeut plötzlich zu einer misshandelnden Person wird, weil er die vereinbarte Zeit für die Therapie nutzen möchte, während der Jugendliche gerade beschlossen hat, einkaufen zu gehen.

4.3 Zum therapeutischen Vorgehen

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode ist darauf ausgerichtet, dem Patienten dazu zu verhelfen, wichtige Entwicklungsschritte nachzuholen. Charakteristisch für die therapeutische Technik der psychoanalytisch-interaktionellen Methode ist der *antwortende therapeutische Modus*. Antwortender Modus meint, dass der Therapeut sich dem Patienten als andere Person „in ihrem eigenen Recht“ erkennbar macht, eine Haltung, die für die Therapie von Jugendlichen besonders geeignet ist. Der Therapeut nimmt an dem Geschehen mit dem Jugendlichen nicht in der Rolle eines neutralen Experten teil,

der mit dem dritten Ohr zuhört und auf unbewusste Bedeutungen hinzeigt, die er in den Mitteilungen des Patienten vermutet, sondern er gibt sich in Antwort auf das Verhalten des Patienten in der gegenwärtigen Situation als teilnehmendes Subjekt zu erkennen, mit eigenem Erleben, eigenen Handlungsbereitschaften und eigenen Gefühlen. Das geschieht gezielt und therapeutisch reflektiert und immer unter der Maßgabe, dass davon eine die Entwicklung fördernde Wirkung für den Patienten zu erwarten ist. Das schließt das Bemühen, unbewusstes Geschehen zu erfassen, nicht aus. Gegenübertragung wird hier partiell, gezielt und unter Beachtung von Belastungsgrenzen des Patienten offen gelegt, während der Psychoanalytiker seine Gegenübertragung in der analytischen Therapie üblicherweise strikt für sich behält. Dabei geht es nicht um Selbstenthüllung als Selbstzweck, wie dies gelegentlich behauptet wird, und auch der Hinweis von psychoanalytischer Seite, dass Borderline-Patienten auf solche Selbstenthüllung geradezu drängen (Bateman u. Fonagy, 2008), greift hier nicht. Nicht einem irgendwie gearteten Drängen wird dabei nachgegeben, sondern dem jugendlichen Patienten wird ermöglicht, Einblick in die soziale, interpersonelle Welt zu gewinnen, der er sich ansonsten in blinder und immer wiederholter Aktualisierung seines ungreifbaren, sich im Zusammensein mit Anderen ein ums andere Mal durchsetzenden impliziten Beziehungswissens ausgeliefert sieht. Dabei ist der Therapeut mehr Mitspieler als neutraler Experte, ein reales erreichbares Gegenüber, zugewandte, berührbare, aber auch eigenständige, von dem Patienten getrennte Person im Austausch. Indem der Therapeut als anderes Subjekt in Erscheinung tritt, als eigenständige andere Person, entzieht er sich zugleich den Übertragungen früher destruktiver Beziehungserfahrungen des Jugendlichen, die zwar verstanden, aber durch emotional antwortende Interventionen immer auch in einer nicht-traumatisierenden Weise frustriert werden. Dass der Therapeut mit Interventionen im antwortenden Modus eigenes Erleben weder beliebig zum Ausdruck bringt, noch eine Beziehung mit dem Jugendlichen begründet, die besonders vertrauensvolle Züge trägt, versteht sich von selbst.

Auf diese Weise werden die sich reproduzierenden Beziehungserfahrungen und die daraus folgenden weitreichenden Probleme in ihrer alltäglichen sozialen Lebenswelt für den Jugendlichen durchschaubar und verstehbar. Der antwortende Modus lässt den Patienten erkennen, wie er selbst daran beteiligt ist, dass seine sich wiederholenden Beziehungserfahrungen und seine soziale Welt immer wieder ähnlichen Mustern folgen (Streeck, 2007; Streeck u. Leichsenring, 2009).

Darüber hinaus zentriert die psychoanalytisch-interaktionelle Arbeitsweise auf die Instabilität der Affekte des Jugendlichen, auf die eingeschränkte Wahrnehmung seiner selbst und von Anderen, die mangelnde Fähigkeit zum Aufschub von Befriedigungen, die eingeschränkte Selbstregulation, die äußerst begrenzten selbstreflexiven Fähigkeiten und die vielfältigen Probleme im Zusammensein mit Anderen. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit stehen jedoch die Beziehungserfahrungen und die Art und Weise, wie der Jugendliche an gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungen teilnimmt und sie gestaltet; das schließt die therapeutische Beziehung ein. Der Therapeut konzentriert sich dementsprechend vorrangig auf den Bereich des Zwischen, auf die

Mittel und Methoden des Jugendlichen, interpersonelle Verhältnisse einschließlich der therapeutischen Beziehung zu gestalten. Von diesen oftmals frühen und traumatischen Beziehungserfahrungen berichtet der jugendliche Patient nicht, sondern er zeigt sie im Vollzug seiner Interaktion mit Anderen. Sie sind als „embodied knowledge“ Teil des impliziten Gedächtnisses, körperliches Wissen, das sich im Zusammensein mit Anderen, im Verhältnis zu einem Gegenüber, zur Geltung bringt. Solches implizite Beziehungswissen wird *als interaktives Wissen im Verhältnis zwischen* Personen aktuell und zeigt sich im Zusammensein der Jugendlichen mit Anderen, in den Verhältnissen, die sie mit Anderen gestalten. Darum liegt es nahe, dass der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit auf dem „Wie“ der Gestaltung interpersoneller Beziehungen gelegt wird.

Die Art und Weise, wie der Jugendliche soziale Situationen erlebt und an zwischenmenschlichen Beziehungen teilnimmt, kommt in der Behandlung in mehrfacher Weise zur Darstellung: Einmal sprechen die Patienten oftmals von Beziehungen, an denen sie selber gar nicht beteiligt gewesen sind und schildern beispielsweise, wie sie Andere und deren Verhalten wahrgenommen und erlebt haben und wie sie deren Beziehung sehen. Darin geben sie eigene Einstellungen, Beeinträchtigungen, Wünsche und Ängste in Verbindung mit interpersonellen Beziehungen zu erkennen. Häufiger noch berichten die jugendlichen Patienten in der Behandlung von Erfahrungen mit Beziehungen, an denen sie selber beteiligt waren. Sie berichten beispielsweise davon, wie sie das Verhalten einer anderen Person ihnen gegenüber wahrgenommen, erlebt und verstanden haben und wie sie sich ihrerseits verhalten haben oder am liebsten gehandelt hätten usw. Schließlich zeigen die Patienten ein bestimmtes Verhalten in der Beziehung zum Therapeuten, der sich seinerseits ihnen gegenüber in bestimmter Weise verhält. Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen, aber auch Kompetenzen und Stärken des Jugendlichen, wie sie auch außerhalb der therapeutischen Situation viele seiner Beziehungen und Beziehungserfahrungen bestimmen, werden so in der therapeutischen Beziehung in vielfältiger und besonders dichter Weise lebendig. Damit das möglich wird, ist eine geeignete „antwortende“ Haltung des Therapeuten vorausgesetzt (vgl. Streeck, 2004).

Der Therapeut „liest“ das Verhalten des Jugendlichen somit vorrangig unter pragmatischen, die jeweilige Beziehung konstituierenden Gesichtspunkten. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte das zu dem falschen Eindruck führen, bei der psychoanalytisch-interaktionellen Methode ginge es nur um sozialpsychologische Aspekte von Verhalten. Tatsächlich handelt es sich um einen Behandlungsansatz, für den ein klinisch-psychodynamisches Verständnis unverzichtbar ist. Weil aber implizites Beziehungswissen, auf das die strukturellen Einschränkungen zurückzuführen sind, sich im „Wie“ von Interaktion zeigt, als „embodied communication“, kaum jedoch in den Inhalten des „Austausches von Worten“, würden dem Therapeuten zentrale Aspekte der Beeinträchtigungen strukturell gestörter Patienten entgehen, wenn er seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf das subjektive *Erleben* richten und dem sichtbaren und hörbaren Verhalten im interaktiven Austausch nicht ausreichend Beachtung schenken würde. Manche Jugendliche präsentieren dem Therapeuten breit ausgearbeitete „Hypothesen“ zu ihrem Befinden, in die sie ihn zu verwickeln versuchen verwickeln, während sie davon abgespalten ihre massiven

Ängste vor Beschämung, die verhindern, dass sie eine Beziehung zu sich selbst und zu Anderen herstellen können, unerkant zu halten versuchen.

5 Phasen der Behandlung

5.1 Der Behandlungsbeginn

Zu Beginn der Behandlung muss das Bemühen Vorrang haben, als Grundlage für die gemeinsame Arbeit zu einer halbwegs stabilen, verlässlichen und sicheren Beziehung mit dem jugendlichen Patienten zu kommen. Der Umstand, dass der Jugendliche den Sinn der Therapie und die therapeutische Beziehung dennoch immer wieder in Frage stellt, darf nicht daran hindern, die Voraussetzungen für die gemeinsame therapeutische Arbeit ein ums andere Mal zu erneuern, zu betonen und sicher zu stellen. Auf Seiten des Jugendlichen ist eine wichtige Voraussetzung, dass er regelmäßig zur vereinbarten Behandlung kommt, dass er sich in der Therapie aktiv beteiligt und dass er sich darum bemüht, ihm wichtige Themen zur Sprache zu bringen. Dabei wird der Jugendliche die vereinbarten Rahmenbedingungen immer wieder außer Kraft zu setzen versuchen, überschreiten wollen oder Verabredungen vergessen. Dafür Sorge zu tragen, dass der Rahmen unverbrüchlich bleibt und die erforderlichen Bedingungen für die Behandlung weiterhin gelten und eingehalten werden, ist immer Aufgabe des Therapeuten.

5.2 Paktabsprachen

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Behandlung besteht darin, dass der jugendliche Patient weiß, wie die Behandlung vor sich geht und unter welchen Bedingungen die gemeinsame therapeutische Arbeit wirksam werden kann. Darum erläutert der Therapeut dem Jugendlichen ausführlich genug, wie er dessen Problematik versteht und die Beeinträchtigungen mit seiner bisherigen Lebensgeschichte verknüpft sind. Der Jugendliche sollte, wenn irgend möglich, ein eigenes Ziel formulieren können oder sich zumindest den Überlegungen und Vorschlägen des Therapeuten zum Ziel der Therapie anschließen können. Eine Therapie, der sich der Jugendliche nur passiv überlässt, in der er wichtige Bereiche seiner Erfahrungen und seines Lebens ausspart oder in der er lügt, bleibt unwirksam.

Weiter wird mit dem Jugendlichen ausführlich darüber gesprochen, was im Falle von drängender Suizidalität zu geschehen hat, wie mit selbstverletzendem Verhalten umzugehen ist¹ oder was erforderlich ist, wenn sich plötzlich der Wunsch breit macht, die Behandlung abzubrechen. Auch das geschieht mit dem Ziel, Bedingungen

¹ Hier können Trainings und Hilfsmittel wie sie im Rahmen der CBT ausgearbeitet wurden hilfreich sein.

zu schaffen, die verhindern, dass der Jugendliche nur wiederholend agiert, was ihn in die Therapie gebracht hat.

Soweit das im Einzelfall erforderlich ist, werden Absprachen auch hinsichtlich der Gestaltung des Tagesablaufes, zum Umgang mit Drogen und zu subkulturellen Aktivitäten getroffen. Je nach den Voraussetzungen im Einzelnen werden Vereinbarungen getroffen, die schulische bzw. berufliche Perspektiven – im Sinne des Ausbaus von Interessen und Ressourcen – berühren. Dabei gilt es jeweils zu überprüfen, inwieweit der Jugendliche diese Bereiche als Orte der Auseinandersetzung für sich nutzen kann oder aber aus damit verbundenen Konflikten „auszusteigen“ droht.

Andere Absprachen müssen den jeweils individuellen Bedingungen angepasst werden. So können bei Jugendlichen, die noch nicht über ein eigenes Einkommen verfügen, bei ambulanter Behandlung Vereinbarungen zur Bezahlung versäumter Stunden aus eigener Tasche kaum eingehalten werden und sind deshalb auch nicht sinnvoll und zweckmäßig. Hier sollten – abgestimmt auf die individuellen Umstände des einzelnen Jugendlichen – Bedingungen ausgehandelt werden, die tragbar sind; so mag es in einem solchen Fall beispielsweise sinnvoll sein, dass ein kleinerer Geldbetrag vom Taschengeld abgezogen wird. Mit seinen Urlaubszeiten muss sich der Therapeut in der Regel sehr weitgehend an den Schulferien orientieren. Bei entsprechend gefährdeten Jugendlichen ist es weiter wichtig, Vereinbarungen für Krisensituationen zu treffen. Dazu gehört auch die Klärung der Frage, ob, unter welchen Umständen und wann der Therapeut außerhalb der vereinbarten Therapiezeiten für den Jugendlichen erreichbar ist oder wenn das nicht möglich oder gewollt ist, wohin sich der Jugendliche wenden kann. Schließlich sollte vor Beginn der Therapie im gegebenen Fall auch darüber gesprochen werden, dass eine zeitweilige Medikation zur Aufrechterhaltung oder Gewährleistung von Therapiefähigkeit erforderlich werden kann.

5.3 Die ersten Stunden

Der erste und wichtigste Schritt ist, dass der jugendliche Patient in der Therapie „ankommt“. Erst die Erfahrung, „dieser Therapeut könnte mich vielleicht verstehen“ oder „der scheint als Person ganz in Ordnung zu sein“, die das Ergebnis eines Tests ist, dem der Jugendliche den Therapeuten unterzieht, motiviert zur Therapie. „Ankommen“ bedeutet auch, dass der Jugendliche sich vorstellen kann, eine Beziehung zu einer Person zu entwickeln, von der er den Eindruck gewinnt, dass sie anders mit seinen Problemen umgehen wird, als er das bis dahin erlebt hat. In der Regel wird es zu einem Behandlungsauftrag erst kommen, wenn das gewährleistet ist. Die Erfahrung, in dem Therapeuten einem neuen, anderen Objekt zu begegnen, ist keineswegs selbstverständlich, denn der Jugendliche sucht geradezu danach, das Altbekannte – das gewohnte Übertragungsobjekt, gewöhnlich die Eltern – erneut vorzufinden, auch dann, wenn dem seine ganze Ablehnung gilt.

5.4 Zur Behandlungstechnik

Mit dem antwortenden Modus zeigt sich der Therapeut dem Jugendlichen selektiv als die Person, die er tatsächlich ist, nicht als unbeschriebene Übertragungsfigur, sondern als andere Person „in ihrem eigenen Recht“ (vgl. Abb. 1). Er gibt sich im Gespräch in Antwort auf das Verhalten des Jugendlichen mit eigenem Erleben, eigenen Handlungsbereitschaften und eigenen Gefühlen zu erkennen. Damit bietet er sich dem Jugendlichen als reales erreichbares Gegenüber im Austausch an, zugleich eigenständig und als von dem Patienten getrennte andere Person.

Indem der Therapeut dem jugendlichen Patienten im antwortenden Modus gegenübertritt, kann der Jugendliche erkennen, wie er selbst wesentlich dazu beiträgt, dass seine Beziehungen zu Anderen immer wieder ähnlich ablaufen. Im antwortenden Modus weist der Therapeut nicht von einer dritten Position auf den Jugendlichen und seine Beziehungen zu Anderen hin und interpretiert nicht, sondern verhält sich als Mitspieler, der Implikationen des Verhaltens in der gegenwärtigen Beziehung für den Jugendlichen transparent werden lässt.

Prinzip Antwort

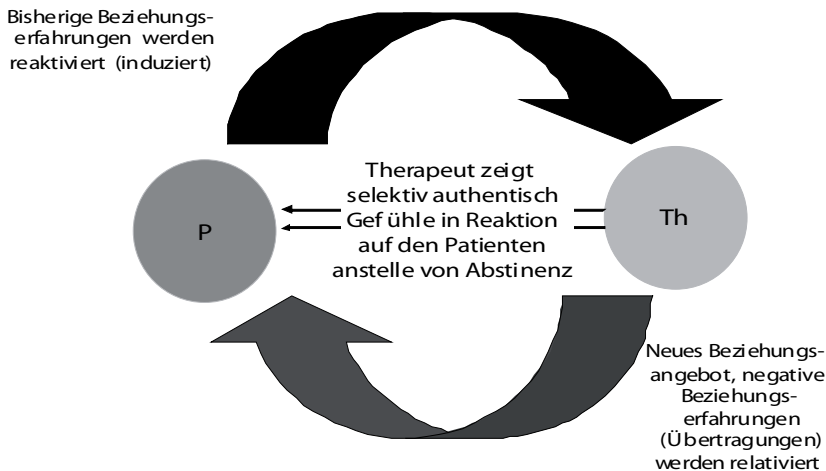


Abbildung 1: Angebot einer entwicklungsförderlichen Beziehung

Mit dem antwortenden Modus geht implizit die Anregung an den Jugendlichen einher, seinen Blick nicht ausschließlich auf sich selbst und sein Erleben, sondern auch auf das jeweilige Gegenüber zu richten. Der Patient sieht sich gleichsam dazu aufgefordert, sich nicht ausschließlich von eigenen Absichten und Handlungsimpulsen leiten zu lassen,

sondern auch die Implikationen zu sehen, die sein eigenes Verhalten im Zusammensein mit Anderen hat oder voraussichtlich haben wird. Dabei trägt der antwortende Modus der eingeschränkten Mentalisierungsfunktion jugendlicher Patienten insofern Rechnung, als der Jugendliche das Verhalten des Therapeuten als ein motiviertes Verhalten im Kontext seines eigenen Verhaltens erkennen kann, das in dessen subjektiver, von seiner eigenen verschiedenen psychischen Realität gründet. Darüber hinaus eignet sich der antwortende Modus dazu, den Jugendlichen für Verhaltensmöglichkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen zu sensibilisieren, die ihm aktuell nicht verfügbar sind, aber für reziproke interpersonelle Beziehungen hilfreich und nützlich sind.

5.5 Affekte und Gefühle im antwortenden Modus

Interventionen im antwortenden Modus werden häufig mit dem Ausdruck von Gefühlen verbunden, die sich auf Seiten des Therapeuten in Reaktion auf den Jugendlichen einstellen. Auch darin vermag der Jugendliche potentiell zu erkennen, dass er wesentlichen Einfluss auf die nächsten Schritte im Fortgang der Interaktion mit dem Therapeuten hat. So kann er ein emotionales Wissen von seinem eigenen Akteursstatus – seiner Wirkmächtigkeit – in dem interpersonellen Geschehen in der therapeutischen Situation gewinnen.

Jugendlichen mit strukturellen Beeinträchtigungen ist es oftmals kaum möglich, Gefühle und verschiedene Gefühlsqualitäten wahrzunehmen. Um sich vor schmerzlichen und demütigenden Erfahrungen zu schützen, die ihnen in ihrer Entwicklung zugemutet wurden, haben sie sich nach innen hin taub gemacht. In der Folge empfinden sie Behagen oder Missbehagen, sind „gut drauf“ oder „schlecht drauf“, fühlen sich „gut“ oder „scheiße“, können differenziertere Gefühlsqualitäten aber nicht wahrnehmen. Dabei haben „schlechte Gefühle“ oder andere Formen von Unwohlsein oftmals die Qualität eines körpernahen, physisch-psychischen Missbehagens, das dem Erleben diffusen Schmerzes ähnlich ist (Bellak et al., 1968). Für manche Jugendliche sind Gefühle generell bedrohlich, weil sie befürchten, die Kontrolle über das eigene Verhalten zu verlieren.

Was für Jugendliche in der Regel zutrifft, nämlich dass sie die Gefühle anderer Menschen nicht verstehen und sich in andere Menschen nur schwer einfühlen können, trifft umso mehr für strukturell gestörte Jugendliche zu. Sie gehen – einem psychischen Äquivalenzmodus korrespondierend (Fonagy et al., 2004) – davon aus, dass Andere sie genau so verächtlich behandeln, wie sie es erwarten und missdeuten deshalb affektive Signale. So weit sie Gefühle überhaupt wahrnehmen, überwiegen Gefühle wie Kränkung, Scham oder Wut, die in die Regulierung des Selbstsystems eingebunden sind, während sie Gefühle wie Sorge, Trauer oder Zuneigung, die voraussetzen, dass das Gegenüber als andere, eigenständige Person erlebt werden kann, nicht kennen. So kann die Erfahrung, die ihnen mit dem antwortenden Modus in der Therapie begegnet, dass die andere Person in Wirklichkeit nicht die Gefühle hat, die sie auf ihn projizieren, für Jugendliche ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Differenzierung von Selbst und Objekt sein hin zu Beziehungen, bei denen die andere Person – einer depressiven Position entsprechend – als eigenständiges Subjekt in ihrem eigenen Recht wahrgenommen werden kann.

Die Folgen struktureller Beeinträchtigungen affektiven Erlebens manifestieren sich häufig auch darin, dass mehr oder weniger diffus empfundene Gefühle mit einem schwer aushaltbaren Spannungszustand einhergehen und leicht in imperative Handlungszwänge münden. Kränkungswut droht in der nächsten Sekunde in gewalttätiges Verhalten zu münden, Scham weckt den heftigen Impuls, sich selbst per Suizid zum Verschwinden zu bringen. Jugendliche mit antisozialen und mit narzisstischen Störungen, aber auch jugendliche Borderline-Patienten können erhebliche Probleme damit haben, Affekte auszuhalten; entsprechend sind sie immer wieder dicht davor, sie entweder mit selbstschädigenden Gegenmaßnahmen unter Kontrolle zu bringen oder Gefühle agierend in impulsivem Verhalten – auch im Behandlungsabbruch – abzureagieren.

Wenn der Therapeut antwortend auf das affektbestimmte Verhalten des Jugendlichen reagiert, konfrontiert er ihn unter anderem mit Folgen, die dieses Verhalten für die aktuelle Beziehung, in diesem Fall die therapeutische Beziehung hat. Der Jugendliche erfährt über die gezielt eingesetzten Antworten des Therapeuten, dass er mit dem Ausdruck seiner Gefühle Wirkungen auf sein Gegenüber haben kann und welche Wirkungen das in diesem Falle sind, ohne hier – anders als unter Alltagsbedingungen – mit schwerer wiegenden Folgen seines affektiv bestimmten Verhaltens rechnen zu müssen.

6 Ausschnitte aus der Behandlung einer Jugendlichen

Ausschnitte aus einer Therapie mit einer 18-jährigen Patientin mit einer Borderline-Entwicklungsstörung mögen einen zumindest ersten Eindruck von dem therapeutischen Vorgehen vermitteln. Anhand von wenigen Sequenzen wird ansatzweise erkennbar, wie die strukturelle Reifung unterstützt wird, indem auf die Gestaltung von Beziehung und Interaktion zentriert wird. Bei der Jugendlichen finden sich u. a. typische Muster emotionaler Instabilität, mangelnder Impulsregulierung und mangelnder Beziehungskonstanz; außerdem hat sie mehrere Jahre lang verschiedene Drogen konsumiert.

In den ersten Stunden spricht die jugendliche Patientin gleichförmig, monoton, „ohne Punkt und Komma“ und kommt dabei von einem Thema zum anderen. Sie scheint sich mehr ent-äußern zu müssen, als sich der Therapeutin mitteilen zu wollen, und sich in keiner Weise dafür zu interessieren, ob und wie die Therapeutin ihre Äußerungen aufnimmt. Die Therapeutin sieht lange Zeit keine Gelegenheit, der Jugendlichen zu antworten, hat aber auch den Eindruck, dass es der Patientin nicht wichtig ist. Sie – die Therapeutin – scheint als individuelle Person keine Rolle zu spielen, dennoch scheint ihre Anwesenheit der Jugendlichen wichtig zu sein. Schließlich bietet sich für die Therapeutin eine Gelegenheit zu sagen: „Ich höre Ihnen zu. Ich würde auch gerne etwas dazu sagen, aber ich weiß nicht ob Sie, wenn Sie reden, sich eigentlich an mich richten und ob es Ihnen wichtig ist, dass ich mit Ihnen teile, womit Sie sich beschäftigen?“ In der Folge wird die Jugendliche ruhiger, als käme sie zu sich und fragt immer wieder: Verstehen Sie, was ich meine?

Wie die Jugendliche Beziehungen erlebt und mitgestaltet, stellt sich in der Therapie aber auch darin dar, wie sie *über* Beziehungen berichtet. Mit den Schilderungen dieser Beziehungen zeigt sie, wie sie in Beziehungen mit anderen immer wieder leer ausgeht und sich erschöpft. Indem die Therapeutin sich selektiv als eigene Person zu erkennen gibt, die Interesse an ihr zeigt, holt sie sie aus dem Zustand von Verlorenheit heraus.

Die Therapeutin sagt der Jugendlichen, die in den ersten Monaten sehr unregelmäßig zu den Stunden kam, dass es ihr wichtig sei, mit ihr zu arbeiten und den Kontakt mit ihr zu halten, aber irgendwie ginge sie immer wieder verloren.

Die Therapeutin bietet sich als Objekt an, das Verbindungen zieht zwischen den Stunden, vermittelt, verlässlich ist und Konstanz anbietet. Sie sagt: „Ich denke manchmal auch über Sie nach, wenn Sie nicht hier sind“ und bezieht sich damit auf die geringe Objekt- bzw. Beziehungskonstanz der Jugendlichen mit der Folge, dass die Patientin bald regelmäßig und verlässlich zu den Stunden kommt. Vor der Sommerpause, als damit gerechnet werden musste, dass die Jugendliche den Kontakt innerlich aufkündigen würde, gab die Therapeutin ihr die DVD mit dem Film „Good Will Hunting“. Als die Jugendliche nach den Ferien wieder zur Therapie kommt, scheint es keine Pause gegeben zu haben. Der Film und die Verbindung mit ihrem eigenen Schicksal, so stellt sich heraus, hatten sie sehr bewegt.

Immer wieder ist die Jugendliche Beziehungserfahrungen ausgesetzt, die sie zum Abbrechen ihrer Beziehungen und ihrer Aktivitäten führen, ohne dass sie sich ihr Verhalten und das der Anderen klar machen könnte. So erzählt sie in der Behandlung von ihrer Lehrerin, die sie unter Druck setze, indem sie ihr verbiete, noch einmal in der Unterrichtsstunde zu fehlen, ansonsten bekomme sie eine sechse. Dabei erscheint die Patientin zunehmend resigniert.

An dieser Stelle „identifiziert“ sich die Therapeutin mit der Jugendlichen und setzt sich mit ihrer Intervention virtuell an ihre Position, der des Akteurs:

Th: „Schlimm, immer wieder Zwang und Zwangsmaßnahmen. Was mag die Lehrerin nur dazu gebracht haben, so mit Ihnen umzugehen?“

In der Folge wird deutlich, wie wichtig es der Jugendlichen ist, durch unberechenbares Verhalten selbst zu bestimmen und zu kontrollieren, was geschieht. Dies ist vor dem Hintergrund ihrer frühen Erfahrungen mit gewaltsamen Überwältigungen verständlich.

Solange die Jugendliche Andere so wahrnimmt, dass sie auf Ihrer Seite sind, lässt sie sich viel gefallen und kann sich nicht wehren. Akzeptiert man ihre Grenzen nicht, neigt sie zu selbstverletzendem Verhalten. Ihr Freund, der sich oft impulsiv und gelegentlich unkontrolliert verhält und oftmals nicht akzeptieren kann, wenn sie alleine sein möchte, dringt mit Gewalt in ihr Zimmer ein. Sie reagiert wie erstarrt.

Die Therapeutin „identifiziert“ sich in ihrer Intervention mit der Patientin und übernimmt virtuell ihre Position:

Th.: „Vielleicht ist es manchmal besser zu erstarren als vor unbändiger Wut nicht mehr ein noch aus zu wissen oder sich sogar selbst etwas anzutun.“

Die Erstarrung war ein erster, zwar kleiner, aber doch ein progressiver Schritt im Umgang mit ihrer mangelnden Selbstregulation. Im Weiteren distanziert sich die Jugendliche von ihrem Freund mehr und mehr, weil immer deutlicher wird, dass er sie als eigene Person nicht sehen und anerkennen kann. Immer wieder war es in der Therapie erforderlich, virtuell die Rolle der Jugendlichen zu übernehmen, um ihr zu vermitteln, wie sie ihre Bedürfnisse vor Anderen geltend machen konnte. Dabei wurde sie zunehmend stärker und konnte ihre Belange zunehmend klarer vertreten.

7 Ausblick

Indem der jugendliche Patient den Therapeuten als neues Entwicklungsobjekt verwenden kann, wird strukturelle Entwicklung und Weiterentwicklung möglich. Um sich entwickeln zu können, braucht der Jugendliche das Beziehungsangebot eines von seinen bisherigen Erfahrungen verschiedenen realen Anderen. Dabei geht es nicht um korrigierende emotionale Erfahrungen (Alexander u. French, 1946), sondern um eine empathische und komplementäre Anerkennung unbefriedigt gebliebener und arretierter Entwicklungsbedürfnisse (Hurry, 2002) – durch einen wichtigen realen Anderen einerseits und durch den Auf- und Ausbau einer sozialen Lebenswelt ohne Traumata andererseits. Die ambulante und stationäre Behandlung von Jugendlichen mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode weist hohe klinische Evidenz auf.

Literatur

- Alexander, F., French, P. (Hrsg.) (1946). Psychoanalytic Psychotherapy. New York: Roland Press.
- Arbeitskreis OPD 2 (Hrsg.) (2006). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD). Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003). Operationalisierte Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Bern: Huber.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial.
- Becker, H., Senf, W. (1988). Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Blos, P. (1964/65). Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozeß. Psyche, 18, 120-138.
- Blos, P. (1973). Adoleszenz. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boston Change Process Study Group (2005). The „something more“ than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. J. Amer. Psychoanal. Ass., 53, 693-729.
- Carey, B. J., Jones, R. M., Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. Am NY Acad Sci, 1124, 111-126.

- Cropp, C., Leichsenring, F., Streeck-Fischer, A. (2010). Vortrag (unveröffentlicht) auf der Psychotherapieforschungstagung der DKJP in Berlin 2010.
- Dahl, R. E. (2001). Effect Regulation, Brain Development, and Behavioral/Emotional Health in Adolescence. *CNS Spectrums*, 6, 60-72.
- Eissler, K. R. (1966). Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. *Psyche*, 20, 837-852.
- Erikson, E. H. (1976). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, A. (1968). *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (1936). Frankfurt: Suhrkamp.
- Freud, S. (1905/69). Bruchstück einer Hysterieanalyse. *GW V* (S. 161-286). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1916/17). Studienausgabe: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Band I. Frankfurt: Fischer.
- Hurry, A. (2002). Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In A. Hurry (Hrsg.), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 43-89). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zschr. Psychosom. Med.*, 29, 1-14.
- Ott, J. (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie – ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 51-58.
- Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Streeck, U. (2002). Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *PTT - Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 6, 109-125.
- Streeck, U. (2004). Auf den ersten Blick. *Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U., Leichsenring, F. (2009). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (2002). Stationäre Psychotherapie von Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 353-361.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierung und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Schattauer: Stuttgart.
- Streeck-Fischer, A., Streeck, U. (2009). Psychodynamische Psychotherapie. In J. Fegert, A. Streeck-Fischer, H. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie*. Schattauer: Stuttgart.
- Zauner, J. (2002). Entwicklung der Therapie Jugendlicher in Deutschland. Johann Zauner im Gespräch mit Annette Streeck-Fischer. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 379-383.
- Zauner, J. (1980). Erziehung und Psychotherapie beim Jugendlichen in psychoanalytischer Sicht. In *Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band XII. Konsequenzen für die Pädagogik (S. 801-822). München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1984). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Asklepios Fachklinik Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf; E-Mail: a.streeck-fischer@asklepios.com