

Persönlichkeitsentwicklung

Persönlichkeitsgrundlagen (bis ca. 5./6. Lj.)

selbst - fremd

Anlehnung - Abgrenzung

Individualität

Geschlechtsidentität

Latenz (ca. 5./6. Lj. bis ca. 9./12. Lj.)

Erwerb und Erprobung sozialer Kompetenz

Adoleszenz (ca. 9./12. Lj. bis ca. 22./27. Lj.)

Entwicklung von der kindlichen

zur erwachsenen Persönlichkeit

Adoleszenz

Präadoleszenz (ca. 10 - 11 Jahre)

Frühadoleszenz (ca. 11 - 13 Jahre)

eigentliche Adoleszenz (ca. 13 - 17 Jahre)

Spätadoleszenz (ca. 17 - 22 Jahre)

Postadoleszenz (ca. 22 - 25 Jahre)

Präadoleszenz (ca. 10 - 11 Jahre)

Zunahme von sexuellem und aggressiv-expansivem
Triebdruck

Insuffizienz der Triebabwehr - Somatisierungen

Jungen: Abgrenzung von Mädchen; Sammeln

Mädchen: Kokettieren; Pferde

Frühadoleszenz (ca. 11 - 13 Jahre)

Ablösung von den Elternobjekten
- Streiten, Trotzen; Leeregefühle

Mädchen: Schwärmereien, Mädchenfreundschaften,
unbewusste bisexuelle Prägung

Jungen: enge Jungenfreundschaften,
massive Abwehr homosexueller Tendenzen

Eigentliche Adoleszenz

(ca. 13 - 17 Jahre)

Stabilere Geschlechtsidentität

Idealisierte heterosexuelle Beziehungen ohne manifeste Sexualität

Tagebücher - Phantasien - Probehandeln - Übergangsphänomene

Intellektualisierung als Abwehr gegen Affektschwankungen

Größenphantasien

Spätadoleszenz (ca. 17 - 22 Jahre)

Relative Reife und Autonomie durch bessere Triebbewältigung
und durch Zuwachs an Stabilität und Handlungsfähigkeit

Krise der Adoleszenz: physiologische und pathologische
Persönlichkeitsmerkmale werden ich-synton

Engültige sexuelle Prägung

Postadoleszenz (ca. 22 - 25 Jahre)

Harmonisierung und Konsolidierung der Persönlichkeit

Erproben und Etablieren der Erwachsenenrolle

Wiederannäherung an die Eltern

Eigene Elternrolle

Familiäre Aspekte der Adoleszenz

Identitätskrise der Eltern parallel zu der der Kinder:
Zirkulärer Prozess von Bindung und Ablösung

Bindung und Ablösung des Adoleszenten durch
Infragestellen familiärer und gesellschaftlicher Werte,
Ausleben unbewusster und ungelebter elterlicher
Bedürfnisse (Delegation)

Psychische Störungen in der Adoleszenz

Psychische oder psychosomatische Symptome primär unter **Entwicklungsaspekten** zu sehen

Bei gleicher adoleszenter Störung unterschiedliche Symptomatiken möglich

Therapeutischer Fokus mehr die gestörte Entwicklung, weniger das Symptom (Ausnahme: lebensbedrohliche Zustände)

Ähnliche psychische Störungen wie im Erwachsenenalter
Unterschied: Bei wieder normalisierter Entwicklung können sie wieder verschwinden, bei Erwachsenen sind sie oft nur zu lindern oder zu reduzieren

Psychische Störungen in der Adoleszenz

Psychiatrische Diagnostik ist heutzutage primär deskriptiv-phänomenologisch:

Die Diagnose beschreibt differenziert das Krankheitsbild, aber nicht die Gesamtheit der Persönlichkeit des Patienten.

Ebenfalls spielt die Selbstwahrnehmung des Untersuchers für die Diagnosestellung hierbei keine Rolle.

Die Wahrnehmung interaktioneller Aspekte der Untersuchungs- und Therapiesituation dagegen macht die Befunderhebung vollständiger und die Störung besser behandelbar

Psychische Störungen in der Adoleszenz

Psychische Störungen:

Ängste, Depressionen, Suizidalität, Zwänge, regressive Verhaltensweisen, Schulängste, Schulverweigern, Dissozialität und Delinquenz, Promiskuität, Störungen des Sexualempfindens und -verhaltens

Psychogene somatische Störungen: Anorexie, Bulimarexie, Bulimie, Colitis, Psychalgien, Neurodermitis, Lähmungen

Abhängigkeitsprobleme:

Drogen-, Medikamenten-, Alkoholabhängigkeit

Psychoseähnliche Symptombilder:

Derealisation, Depersonalisation, affektive Störungen

Jugendlichentherapie₁

persönlichkeits-, beziehungs- und entwicklungsorientiert

tiefenpsychologische und systemische Vorgehens- und Betrachtungsweise

symptomorientierte Methoden, wenn chronifizierte oder chronifizierende Symptomatik

Motivation sehr unterschiedlich

Jugendlichkeitherapie₂

Meistens **Einzelsetting**

Familientherapie, wenn familiäre Verwicklungen

Gruppentherapie seltener als bei Erwachsenen
vergleichbare Lebenssituation der Teilnehmer
mehr Initiative des Therapeuten
mehr Abwehr

Jugendlichentherapie₃

Ich-Schwäche, narzisstische Kränkbarkeit,
Rückzugsneigung, Beziehungsunsicherheit,
Misstrauen, Gefühlslabilität

Korrektive emotionale Erfahrung

Winnicott "concern"

Therapeut als eine wirkliche Person zur
Realitätswahrnehmung und Realitätskontrolle

richtige Distanz

Jugendlichkeit₄

Gespräch beiläufig

"Sprache als Aktion"

Sprache als Widerstand

Deutungen:

Anschein, Therapeut wisse vom Jugendlichen mehr als er selbst

Bevormundung

„Gedankenlesen“