

Leitlinien

Dietmar Borowski/Hans Hopf/Thomas Hüller/
Theo von der Marwitz/Helmut Schäberle
Psychoanalytische Grundbegriffe¹
Leitlinie des Arbeitskreises Leitlinien VAKJP

1. Vorwort: Aufgabe und Zielgruppe der Leitlinie

Die Leitlinien zur analytischen sowie zur tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden entwickelt, um Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hilfestellung bei Diagnostik, Indikation, Erstellung des Behandlungsplans sowie bei Durchführung der Therapie zu leisten. Sie wurden so verfasst, dass sie auch von Kolleginnen und Kollegen – etwa der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Pädiatrie – hilfreich genutzt werden können.

Die Psychoanalyse wurde – zunächst ausschließlich als Krankenbehandlung – zum Ende des 19. Jahrhunderts von Sigmund Freud geschaffen. Sie hat sich bis heute in vielerlei Richtungen weiterentwickelt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert wurden spezifische Behandlungstechniken für Kinder und Jugendliche entwickelt. In den verschiedenen Leitlinien zu den jeweiligen Krankheitsbildern werden bestimmte Begriffe erwähnt, die wir im folgenden Kapitel kurz zu beschreiben versuchen. Da es keine unumstrittene und vor allem keine einheitliche, stringente Theorie der Psychoanalyse gibt, sondern vielerlei Strömungen, haben wir uns auf zentrale Grundbegriffe und jene Essentials der Kinderpsychoanalyse konzentriert, die aus unserer Sicht zumindest ein gemeinsames Fundament darstellen.

Das Motiv für einen Patienten, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, ist das Leiden, das Krankheitssymptom. Psychische, somatoforme und psychosoma-

¹ Wir haben durchgängig lediglich die männliche Form gewählt, um gut lesbar zu bleiben. Wir stellen jedoch fest, dass wir damit immer sowohl die männliche als auch die weibliche Form, also Patientin und Patient, Therapeutin und Therapeut etc., meinen.

tische Symptome werden sehr sorgfältig in verschiedenen Manualen beschrieben. Entscheidend für den psychoanalytischen Ansatz ist jedoch die Frage, wie ein Symptom entsteht und von welchen Konflikten es aufrecht erhalten wird. Gleiche Symptome und Syndrome können völlig unterschiedliche Ursachen haben, gleiche Ursachen können unterschiedliche Symptome und Syndrome zur Folge haben. Bei Kindern und Jugendlichen können auch Angehörige der Familie mitleiden, werden soziale Störungen beispielsweise auch in Institutionen getragen. Dies macht bereits deutlich, warum auch Bezugspersonen einbezogen werden müssen.

Im ersten Abschnitt werden die theoretischen Grundlagen, ihr heutiges Verstehen und die Anwendungsbereiche diskutiert. Im zweiten Teil sprechen wir über die Diagnostik. Im Zentrum steht dabei das von Hermann Argelander und Alfred Lorenzer geschaffene szenische Verstehen. Im dritten Teil werden die notwendigen Voraussetzungen für Psychotherapie diskutiert, Behandlungsplanung und Behandlungstechniken. In diesem Zusammenhang wird auch erörtert, wie eine Psychotherapie vernetzt ist. Dies ist vor allem bei den Verhaltensstörungen wichtig, weil diese in allen Bezügen stören können. Abschließend wird noch die Zusammenarbeit mit Ärzten und die begleitende Pharmakotherapie dargestellt.

2. Theoretische Einleitung

2.1 Das Unbewusste

Die Überzeugung von der Existenz des Unbewussten gehört zu den Grundannahmen der Psychoanalyse. Dabei ist die Konzeption eines dynamischen und individuellen Unbewussten als die genuin psychoanalytische Entdeckung Freuds zu betrachten. (vgl. Freud, 1915, S. 145ff) In seiner Arbeit mit Hysterikerinnen beschrieb Freud das Unbewusste als jenen inneren Ort, dessen Kern aus Triebrepräsenzen besteht, »die ihre Besetzung abführen wollen«, also aus Wunschregungen, »die, aus frühester Kindheit stammend, eigensinnig und unverändert fortbestehen, aber, vom Bewusstsein nicht akzeptiert, von diesem ferngehalten und verdrängt werden müssen«. In seinem ersten topischen Modell des psychischen Apparates traf er eine Unterscheidung zwischen unbewusst, vorbewusst und bewusst. Man könne das Unbewusste als einen »seelischen Ort« annehmen, den man sich nicht wie ein zweites Bewusstsein, sondern als ein System von Inhalten, Mechanismen und vielleicht mit einer spezifischen »Energie« vorstellen müsse. Ein psychischer Akt müsse nach Freud zwei Zustandsphasen durchlaufen,

zwischen welcher eine Art Prüfung (Zensur) eingeschaltet ist. In der ersten Phase ist er unbewusst, d. h. gehört dem System Unbewusst an. Wird er bei der Prüfung von der Zensur abgewiesen, so ist ihm der Übergang ins Vorbewusste versagt, er wird verdrängt. Dieser seelische Ort des Unbewussten funktioniert auf seine ganz eigene Art: In diesem System gibt es keine Negation, keinen Zweifel, keine Grade von Sicherheit. Gegensätze können, ohne in Widerspruch zu geraten, unvermittelt nebeneinander bestehen.

Die Vorgänge dieses Systems sind nicht zeitlich geordnet und werden auch durch die verlaufende Zeit nicht abgeändert, sie haben keine Beziehung zur Zeit, noch zu räumlichen Ordnungen oder Begrenzungen. Unbewusste Vorgänge kennen also keine Rücksicht auf die Realität, sie sind dem Lustprinzip unterworfen, ihr Schicksal hängt lediglich davon ab, wie stark sie libidinös besetzt sind. Hierbei können Energiequanten von einer Vorstellung auf eine andere verschoben bzw. an einem Punkt verdichtet werden. Die Verknüpfung mit den entsprechenden Wortvorstellungen entsteht im sekundärprozesshaften Bereich des Vorbewussten. Unbewusste Vorgänge werden unter den Bedingungen des Träumens sowie in den Neurosen erkennbar, sie enthüllen sich in den Kompromissbildungen von Versehen oder Versprechen, also den so genannten »Fehlleistungen«, sie blitzen auf im Witz, treten offen primärprozesshaft zutage in der psychotischen Dekompensation.

Diese verstörende freudsche Erkenntnis, dass das »Ich« nicht Herr im eigenen Haus ist, dass ein Großteil unseres psychischen Lebens unbewusst bleibt, dieser Teil jedoch einen ungeheuren Einfluss auf unsere Wahrnehmung und unser Handeln ausübt, hat weit über die Anwendungen der Psychoanalyse im Bereich seelischer Erkrankungen hinaus eine tiefe Spur in Kunst und Literatur, in den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften nach ihm hinterlassen. »Seit Mitte des 20. Jahrhunderts hat (auch) die Neurowissenschaft eine Fülle an unabhängigem Material erbracht, das diese einst umstrittene These beweist.« (vgl. Solms, 2006).

2.2 *Triebtheorie*

Freud hat die Triblehre als den wichtigsten Teil der Psychoanalyse gesehen. Er hat die Triebe als letzte Ursache aller Aktivitäten (Freud, 1940a, S. 67) beschrieben. Die Quelle eines Triebes ist ein körperlicher Reiz. Die Triebe sind neuropsychologischer Natur, die Affekte sind ihr psychologischer Ausdruck. Ziel ist die Aufhebung des an der Triebquelle herrschenden Spannungszustandes. Der Trieb erreicht sein Ziel schließlich am Objekt. Die Triebentwicklung wurde entlang der erogenen Körperzonen konzipiert.

Das erste Triebmodell von Freud war dualistisch und beschrieb die Libido als Sexualtrieb und die so genannten Ich-Triebe als Selbsterhaltungstrieb. In seiner Arbeit *Jenseits des Lustprinzips* (Freud, 1920g) geht Freud schließlich von einem Triebdualismus aus. Der Lebenstrieb (Libido) umfasst die Sexualtriebe und die Selbsterhaltungstribe. Der Todestrieb beinhaltet den Aggressionstrieb. An dieser Stelle entzündete sich eine bis heute anhaltende Diskussion: konstruktive Aggression versus desintegriertes, destruktives Erleben und Verhalten (Mentzos, 1984).

Die Triebtheorie hat einen Wandel hin zu einem differenzierten Motivations-system, das sich am Affektausdruck orientiert, vollzogen. Nach wie vor behält die Triebtheorie eine entscheidende Bedeutung bezogen auf Motivationen und Bedürfnisse, die einen Drang zur Verwirklichung haben und immer wieder neu ihre Befriedigung suchen. Das entspricht dem drängenden Konzept der Triebtheorie von Freud.

Im zweiten topischen Modell, dem Drei-Instanzenmodell, wird das Es, das Ich und das Über-Ich beschrieben. Das Es steht für den Triebpol. Das Ich ist ein System von Funktionen, die der Anpassung an die Umwelt dienen. Es ist aber auch eine Instanz, die die Interessen der Gesamtpersönlichkeit repräsentiert. Das Über-Ich ist jene Instanz, die sich an einem Ich-Ideal orientiert, die richtet und kritisiert, die auch der Selbstbeobachtung dient; die auf innere und äußere Grenzen achtet, und die Selfcare-Funktion in Abhängigkeit von haltenden Erfahrungen übernimmt (Wurmser, 1959).

In diesem zweiten topischen Modell ist das Es ganz vom Unbewussten bestimmt. Das Ich entwickelt sich unter dem Einfluss der Außenwelt aus dem Es. Damit werden einige Inhalte des Es in das Ich aufgenommen, während andere unbewusste Inhalte als schwer zugänglicher Kern im Es verbleiben. Das Ich hat jedoch die Aufgabe, »anstößige« Teile der bereits aufgenommenen Inhalte aus dem Es wieder in den ehemals unbewussten Zustand zurückzusetzen. Diese Teile hinterlassen im Es jedoch Spuren und entsprechen dem »Verdrängen«.

Die Konfliktbeschreibungen orientieren sich an der Triebentwicklung entlang der erogenen Zonen oral, anal, phallisch, ödipal als Metapher der entsprechenden Entwicklungsaufgaben. Der zentrale Konflikt ist der ödipale Konflikt, die zentrale Angst die Kastrationsangst.

Zentrales Ziel jeder Behandlung ist, dass das Unbewusste wieder bewusst werden soll: »Wo Es war, soll Ich werden.« Der Königsweg ist die freie Assoziation des Patienten und die Traumarbeit. Die verbale Deutung des Psychoanalytikers lässt Primärprozesshaftes wieder sekundärprozesshaft werden. (Der Primär- und Sekundärprozess wird im Abschnitt »Unbewusstes« beschrieben.)

2.3 *Psychologie von Ich und Selbst*

Im zweiten topischen Modell steht das Ich für ein System von Funktionen, die der Anpassung an die Umwelt dienen. Andererseits bezeichnet der Begriff »Ich« auch die Gesamtperson. Um diese Doppeldeutigkeit aufzuheben, führte Hartmann den Terminus »Selbst« ein, gleichsam als eine Summe der inneren Bilder von sich selbst. Das Ich beschreibt sich von jetzt an als Funktionsweise im Sinne eines Wahrnehmungs- und Anpassungsorgans (Hartmann, 1972).

In der Ich-Psychologie ist Unbewusstes nicht mehr die alleinige Qualität des Es, sondern auch des Ichs und des Über-Ichs. Die Ich-Psychologie nimmt an, dass das Ich »die Zügel in der Hand behält«. Eine größere Autonomie des Ichs vom Es wird betont. Die Bedeutung des Unbewussten rückt aus dem zentralen Blickpunkt. Im Mittelpunkt stehen die Funktionsweisen des Ichs.

Autonome Funktionen wie Intention, Reiz, Motorik, Wahrnehmung, Denken und Sprache, beschreiben Entwicklungsbereitschaften, die sich bei einer Umwelt, die gut genug ist, entfalten können (Hartmann, 1972). Das Ich hat die Aufgabe der Selbsterhaltung, der Realitätsbewältigung, der Anpassung im Sinne einer Veränderung der Umwelt (Akkommodation). Wenn diese nicht möglich ist, wird die innere psychische Struktur verändert (Assimilation).

Während sich die autonomen Funktionen primär in der konfliktfreien Sphäre entwickeln, ist die Aneignung des Abwehrmechanismus (Freud, A., 1965) Ergebnis einer nicht gelungenen Konfliktbewältigung. Die Abwehrmechanismen sind unbewusst und dennoch dem Ich zugeordnet. Autonome Funktionen können sekundär im Sinne der Abwehr genutzt oder gehemmt werden. Die Betonung des Denkens kann, z. B. als Intellektualisierung, Abwehrcharakter bekommen. Die Denkhemmung soll die Beschäftigung mit dem Anstößigen verhindern. Die Leistungen des Ichs angesichts der Konflikte sind wichtig und damit die Entwicklung und Beschreibung der Abwehrmechanismen.

Die Ich-Psychologie betont in der analytischen Behandlung mit Kindern und Jugendlichen die Berücksichtigung der Anpassungsprozesse, Förderung des Ich-Wachstums, der Abwehrmechanismen, der Entwicklungslinien und der Autonomieentwicklung. Rahmenbedingungen und Arbeitsbündnis beziehen sich auf das Ich mit seinen Fähigkeiten.

Das Selbst entspricht aus psychoanalytischer Sicht der integrierten Gesamtheit der affektiv besetzten Selbst- und Objektrepräsentanzen. Kohut beschreibt in seiner Selbstpsychologie die Entwicklung der psychischen Struktur des Selbst (Kohut, 1971). Dafür ist eine gesunde Selbstobjekt-Erfahrung notwendig. Das Selbstobjekt ist ein Objekt, ohne das die Selbstregulierung nicht aufrechterhalten werden kann. Es soll verfügbar sein, wird wie ein Teil des Selbst erlebt und bleibt als Person unwichtig.

Parallele Vorstellungen zur Selbstobjekt-Erfahrung sind z. B. das Bedürfnis, sichere Beziehungen zu Objekten herzustellen, das Bedürfnis nach Bindung (Bowlby, 1983), die Vorstellung von einer hinreichend guten Mutter (Winnicott, 1971), das Konzept des Containments (Bion, 1962). Das idealisierte Selbstobjekt geht in eine reife Bewunderung anderer und in die Fähigkeit zur Begeisterung über. Das Größenselbst entwickelt sich zur reifen positiven Selbstachtung und zum Selbstvertrauen.

Bei einer gestörten Selbstobjekt-Erfahrung bleibt das Kind an ein idealisiertes Selbstobjekt und idealisiertes allmächtiges Objekt gebunden und/oder aktiviert ein Größenselbst. In einer vertikalen Spaltung steht auf der einen Seite die Ich-Vorstellung mit geringen Selbstwertgefühlen und Schamkonflikten, auf der anderen Seite ein kompensatorisch zur Schau gestelltes infantiles Größenselbst. Beide Wahrnehmungen bleiben bewusst.

Kohut begreift das Selbst als eine übergeordnete intrapsychische Organisation. Das Drei-Instanzen-Modell und das Unbewusste bleiben für ihn zweitrangig. Das Selbst ist die zentrale Quelle aller Antriebe.

In der Selbstpsychologie besteht der Konflikt in dem Risiko, das Selbstobjekt zu verlieren. Die bestimmende Angst ist die Angst vor der Verletzung der Selbstachtung.

Das Ziel der Behandlung ist die Stärkung des Selbst über eine korrigierende Erfahrung in einer Selbstobjekt-Übertragung. Deutungen haben den Sinn, Selbsterfahrungen zu benennen.

In der Behandlung werden idealisierte Selbstobjekt-Vorstellungen und Vorstellungen eines infantilen Größenselbst reaktiviert. In der Spiegelübertragung wird das Gegenüber nur als spiegelndes Objekt wahrgenommen. In einer weiteren Regression auf unreife Übertragungsformen steht die Alter-Ego- oder Zwillingsübertragung. Hier wird das narzisstisch besetzte Objekt dem Größenselbst gleich oder zumindest ähnlich erlebt und in einer weiteren Regression nur noch als Erweiterung des Größenselbst wahrgenommen.

In der Säuglingsforschung wird die Entwicklung des Selbst weiter differenziert (Stern, D., 1992). Dem Säugling wird eine große Eigenfähigkeit zur inneren Balance von Selbstzuständen zugesprochen und eine früh beginnende Differenzierung von Selbst und Objekt. Die Veränderung des Selbst ist das Ergebnis von Erfahrungen innerhalb von Objektbeziehungen. Damit sind Selbstaspekte eng auf die Erfahrungen mit den Objekten bezogen.

2.4 Objektbeziehungstheorie

Die Fortschritte der psychoanalytischen Behandlungstechnik rückten die Beziehungen der Patienten stärker in den Mittelpunkt. Die Beobachtung des kindlichen Spiels verhalf Melanie Klein zu der Erkenntnis, dass Kinder mit ihren Spielsachen ihre innere Beziehungswelt in Szene setzen. Sie und ihre Nachfolger haben das Konzept der »unbewussten Phantasie« formuliert. Das Unbewusste sei wie eine kleine Gesellschaft strukturiert. Das heißt, es stelle ein Geflecht aus Beziehungen zwischen Objekten dar. Eine unbewusste Phantasie ist demnach ein Zustand, in dem eine oder mehrere »inneren« Objektbeziehungen aktiv sind.

Weitere wichtige Begriffe zur Erklärung unbewusster Vorgänge im Kleinkind sind in der kleinianischen Schule die paranoid-schizoide und die depressive Position. In der paranoid-schizoiden Position (PS) der ersten Lebensmonate kann der Säugling seine Mutter noch nicht als ganzes Objekt wahrnehmen. Vielmehr erlebt er Teilobjekte, gegen die er, etwa in Versagungs- oder Entbehrungssituationen, eigene aggressive Phantasien richtet. Dies führt zu Spaltungsprozessen, Teile des Selbst werden ins Objekt projiziert, mit dem Ziel, dieses zu kontrollieren (projektive Identifizierung). Dabei kann der Säugling von Vergeltungs- und Verfolgungsängsten überwältigt werden, das »Crescendo von Aggression und Angst« (Hinshelwood, 1990, S. 540) kann in psychotisches Erleben einmünden. Die Verschmelzung von Liebe und Hass, die zur Beziehung zum ganzen Objekt führt, beginnt mit etwa sechs Monaten. Erst mit Erreichen der depressiven Position (D) ist Trauer und Besorgnis um das Objekt möglich, an die Stelle der projektiven Identifizierung tritt die Introjektion, die zentrale Angst in dieser Phase ist die vor Verlust oder Beschädigung des Objektes.

Der Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung wurde durch W. R. Bion mit seinem Container-/Contained-Modell erweitert; neben pathologischen Formen betrachtete er sie als grundlegende Art der Kommunikation, wie sie sich früh zwischen Mutter und Kind entwickelt. Dieses ist anfangs auf die Mutter als Container angewiesen, welche für es unerträgliche Zustände in sich aufnimmt, verdaut und in entgifteter Form zurückgibt. Indem es dies an sich erlebt, entwickelt das Kind selbst die Fähigkeit zum Containment, was bedeutet, dass es rohe Sinnesdaten in sich aufzunehmen, ihnen Bedeutung zu verleihen und sie zum Denken zu nutzen vermag. Bion ging davon aus, dass das Denken neuer Gedanken die Umgestaltung des Containers erfordert, sozusagen den kritischen Moment eines »In-Stücke-Fallens, ... eine (Rück)Bewegung hin zur paranoid-schizoiden Position. ... (Für ihn kann) die kreative Leistung deshalb als Prozess von Vor- und Zurückbewegungen zwischen den beiden Positionen (Ps-D) betrachtet werden.« (Hinshelwood, 1990, S. 570)

Auch für D. W. Winnicott ist der Säugling nicht ohne die Mutter zu denken. Wird

das Kind zu früh zur Anpassung an die Welt der Erwachsenen und deren Bedürfnisse gezwungen, kann die Mutter die spontane Geste des Kindes nicht verstehen und aufnehmen, wird es zum Schutz seines »wahren Selbst« die Abwehrformation eines »falsches Selbst« entwickeln. Winnicott (1971, S. 124) spricht vom potentiellen Raum als dem Spannungsfeld zwischen Mutter und Kind, »dem Ort, an dem sich kreatives Spiel und Kulturerfahrung ... ereignen« und der die Voraussetzung dafür darstellt, dass das Kind die Trennung von Objektwelt und Selbst vollziehen kann.

Alle Objektbeziehungstheorien befassen sich damit, wie das Selbst frühere Beziehungserfahrungen verinnerlicht hat. Jede neue Begegnung mit einem anderen ist geprägt von inneren Objektrepräsentanzen, auf dem Hintergrund erfahrener Beziehungen.

2.5 *Symbolisierung, Mentalisierung und Bindung*

Sichere Bindung ist grundlegend für den Aufbau einer stabilen psychischen Struktur. Die Beziehungs- und Konfliktfähigkeit der Bezugspersonen ermöglicht, dass kindliche Affekte aufgenommen, eine Sprache (Bedeutung) bekommen und in adäquater Weise beantwortet werden. Damit kann das Kind seinen inneren Regungen und seinen äußeren Erfahrungen einen Sinn, eine Bedeutung geben, was zur Fähigkeit der Symbolisierung führt.

Bion geht in seiner Theorie des Denkens davon aus, dass unbekannte und ängstigende Affekte, welche das Kind überwältigen, von diesem in die Mutter projiziert werden. Sie ist der Container für die unerträglichen Erfahrungen. Durch ihr träumerisches Ahnungsvermögen ist die Mutter in der Lage, diese Empfindungen des Kindes aufzunehmen, sie mit Bedeutung zu versehen und ihm dann in erträglicher Form zurückzugeben. Diese mit Sinn versehenen Empfindungen können so im Kind symbolisiert und repräsentiert werden; weiter werden sie dann zu Symbolen, Gedanken, Traumgedanken und Phantasien.

Traumatische Erlebnisse, wie Trennungen von der Mutter, können erst über die Möglichkeit der Symbolisierung ausgehalten werden. Allerdings kann die Fähigkeit des Symbolisierens bereits während der Entwicklung gestört werden und damit defizitär bleiben. Hanna Segal (1990) hat einen zentralen Gedanken zum Verstehen von Symbolisierungsstörungen beigetragen. Sie beschreibt zwei Arten von Symbolbildung und Funktionen von Symbolen. Die eine nennt sie symbolische Gleichsetzung: Das Symbol wird mit dem symbolisierten Objekt gleichgesetzt, so dass die beiden als identisch erlebt werden. Die andere nennt sie echte Symbolbildung oder symbolische Darstellung. Das Symbol *repräsentiert* hier das Objekt, aber es wird nicht mit ihm *gleichgesetzt*. Hanna Segal erklärt

das Zustandekommen von symbolischer Gleichsetzung so, dass Teile des Ichs und innere Objekte in ein Objekt projiziert und mit diesem identifiziert werden. Damit bleibt eine Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt verdeckt. Weil auf diese Weise ein Teil des Ichs mit dem Objekt vertauscht ist, wird das Symbol mit dem symbolisierten Objekt verwechselt. Bei traumatischen Trennungen in der frühen Kindheit kann Symbolisierungsfähigkeit immer wieder einbrechen. Wer nicht symbolisieren kann und symbolisch gleichsetzt, für den wird Aggression zur Destruktivität und Trennung bedeutet Tod. Er kann darum nicht aggressiv sein, weil das bedeuten würde, das Objekt zu töten.

Der Weg der Symbolisierung führt von der symbolischen Gleichsetzung zum Übergangsobjekt und schließlich zur reifen Symbolisierung. Das Kind macht beim Gebrauch eines Übergangsobjektes die Erfahrung von einem Objekt, das ganz und gar ihm gehört, aber es macht auch die Erfahrung von sich selbst als Besitzer. Mit dem Übergangsobjekt verwendet das Kind ein Objekt, das nicht Teil des kindlichen Körpers ist, jedoch auch nicht völlig zur Außenwelt gehört. Winnicott beschreibt damit einen Zwischenbereich der Erfahrung zwischen der reinen narzisstischen Illusion, dass alles zu einem selbst gehören würde, und dem Bewusstsein von Getrenntheit, in welchem reifes Symbolisieren möglich ist. Der Weg verläuft also auch von einem Zustand illusorischen Besitzes hin zu einem Zustand von Entwöhnung und Ertragen von Verlusten (vgl. auch Alvarez, 2001, S. 221). Aber dieser Weg ist beschwerlich und stör anfällig. Insofern dient das Übergangsobjekt als wichtiger Begleiter eines Kindes, welcher Ängste mildern kann. Das Übergangsobjekt stellt eine der ersten Symbolbildungen dar, mit deren Hilfe das Kind Angst und Spannungen, die beim Alleinsein entstehen, mildern kann.

Zeitlich vor dem Prozess der Symbolisierung liegt die Entwicklung der Mentalisierung, welche quasi das Fundament für die Symbolisierung bildet. Unter Mentalisierung wird die Herausbildung der Fähigkeit verstanden, sich selbst als ein Wesen zu begreifen, dessen Verhalten von Wünschen, Überzeugungen, Gefühlen und Intentionen getragen ist und dem Anderen ebenso Gefühle, Intentionen und Überzeugungen zu unterstellen. Mentalisierung kann sich nur entwickeln in einer und durch eine sichere Bindung. Die Entwicklung hin zur Mentalisierung gelingt einem Kind am leichtesten, wenn es – im Sinne der Bindungstheorie – sicher gebunden ist. Das sicher gebundene Kind kann sozusagen gefahrlos seiner Mutter mentale Zustände zuschreiben, um dann darüber Sicherheit über die eigene Befindlichkeit zu gewinnen, die in und über diesen Prozess zunehmend symbolische Qualität gewinnt (vgl. auch Brisch, 2009).

Das vermeidend gebundene Kind hat nicht die sichere Erfahrung einer feinfühlig und einfühlsamen Betreuung als Hintergrund, es scheut vor der psychischen Verfassung der Mutter eher zurück. Auch das ambivalent gebundene Kind wird

sich auf Grund seiner Bindungserfahrungen nicht intensiv auf die Erforschung der inneren Zustände der Mutter einlassen. Eine spezielle Kategorie bilden desorientiert gebundene Kleinkinder. Diese sind, bedingt durch große Verfolgungsängste, mit großer Aufmerksamkeit dabei, Vorhersagen über das Verhalten der Mutter treffen zu können. Auch sie entwickeln in hohem Maß die Fähigkeit, sozusagen Gedanken lesen zu können, also mentale Zustände in der Psyche der Mutter zu erforschen, aber sie können ihre Erkenntnisse nicht im selben Maße wie sicher gebundene Kinder für die Organisation ihres Selbst nutzen. Vielmehr bleiben diese Kinder in einer frühen Beziehung zur Mutter gefangen, projektive Identifizierung überwiegt, das symbolische Denken misslingt.

Zu Beginn der Entwicklung hin zur Mentalisierung bestehen im Kind zwei psychische Modi. Im Modus der psychischen Äquivalenz wird Innen und Außen gleichgesetzt. Das kleine Kind geht davon aus, dass seine Gedanken und Gefühle auch in der Außenwelt vorhanden sind und dass das, was in der Außenwelt ist, auch zwangsläufig in seinem Geist vorhanden ist. Dieser Modus der psychischen Äquivalenz kann zu panischer Angst führen, wenn Fantasien auf die Außenwelt projiziert werden. Deshalb ist der Als-ob-Modus von immenser Bedeutung. Er entsteht in der Interaktion des Säuglings mit der Mutter. Seine emotionalen Äußerungen sind zunächst unbewusst. Die sensible Mutter »weiß«, was die Emotion bedeutet, sie spiegelt den affektiven Gehalt in ihrer Mimik und in ihrem Tonfall wider. Allerdings spiegelt sie nicht deckungsgleich, sondern sie übertreibt. Diese Übertreibung bezeichnen die Autoren als Markierung. Durch die Markierung wird der Zusammenhang zwischen dem Emotionsausdruck und dem entsprechenden Zustand dessen, der den Ausdruck produziert, aufgehoben. Fonagy et al. (2002) sprechen von referenzieller Entkoppelung. Das bedeutet also, dass der Säugling im Laufe der Zeit Emotionsausdrücke anderer Personen auf zwei unterschiedliche Arten wahrnehmen: in ihrer realistischen und in ihrer markierten Version. Die markierte Version unterliegt sozusagen der Kontrolle des Kindes, weil sie als Reaktion auf den entsprechenden Emotionsausdruck des Säuglings auftaucht. Die realistische Version ist mit viel größerer Wahrscheinlichkeit mit einem äußeren Vorgang in Zusammenhang oder von einem inneren Stimulus der Mutter ausgelöst, als dass er durch ein emotionsexpressives Verhalten des Säuglings kontrolliert wird. Die markierte Version wird als sekundäre Repräsentanz seines Gefühls im Selbst des Kindes abgelegt. So ist das entsprechende Gefühl symbolisiert, das Symbol ermöglicht innere Affektregulierung, welche zuvor von der Bezugsperson und deren Spiegelung geleistet wurde. Durch die Repräsentation dieser »markierten« Ausdrücke und der dazugehörigen Selbstzustände entsteht ein neuer Modus des Kommunizierens über Affektzustände und damit auch eine neue Möglichkeit darüber nachzudenken: ein »Als-ob«-Modus. Dieser Als-ob-Modus ermöglicht ein Spielen mit der Realität. Im Laufe der

normalen Entwicklung integriert das Kind beide Modi und erreicht damit einen Reflexionsmodus. In diesem Modus kann das Kind erkennen, dass sich Innen und Außen in mancherlei Hinsicht unterscheiden, es aber auch Zusammenhänge zwischen innerer und äußerer Realität gibt. Die beiden Realitäten müssen nicht mehr entweder gleichgesetzt oder aber von einander getrennt werden.

Die Entwicklung mentalisierender Prozesse und weiter der Symbolisierung bedarf des Wechsels von Bedürfnisbefriedigung und Frustration. Noch eine zweite Voraussetzung stimuliert die Entwicklung besonders. Mutter und Vater sollten in der Lage sein, triadische Beziehungen intrapsychisch und interpersonal zu gestalten. Von Klitzing (2002) macht deutlich, dass eine lebendig gelebte Triade der Eltern der Entwicklung besonders förderlich ist. Hier kann das Kind die Abwesenheit in Anwesenheit eines Anderen erleben, ebenso die Unterschiede zwischen den wichtigen Bezugspersonen. Damit ist die Entwicklung einer stabilen Triangulierung grundgelegt und die drohende Verschmelzung mit der Mutter abgewehrt.

2.6 Theoretische Aspekte in der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse

Es wurde mit den bisherigen Ausführungen deutlich, dass es zwischen den Theorien der Psychoanalyse des Kinder- und Jugendalters und denen des Erwachsenenalters eine enge Verzahnung gibt. So grundlegende Forscher wie Sigmund Freud, Anna Freud und Melanie Klein stehen historisch hierfür. In der analytischen Theoriebildung spielt die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Schlussfolgerungen stets eine besonders innovative Rolle. Für die Kinder- und Jugendlichentherapeuten sind neben diesen allgemein analytischen Erkenntnissen ergänzend jene Autoren von Bedeutung, die sich mit den spezifisch technischen Aspekten der therapeutischen Tätigkeit mit Kinder- und Jugendlichen beschäftigen. In den Leitlinien wird deshalb immer wieder auf sie verwiesen werden.

Die Dynamik und Interpendenz unterschiedlicher Reifungsgrade von Aspekten der kindlichen und juvenilen Psyche und eine reale Abhängigkeit der Patienten von erwachsenen Bezugspersonen wirken sich dabei in besonderer Weise auf das Setting, die Technik und die Introspektionsfähigkeit des Therapeuten aus. Diese auf die spezifische Situation von Heranwachsenden bezogenen Überlegungen aller Forscher haben – wie bei jeder Diagnostik und Therapie – zweierlei Aspekte mit einzubeziehen:

Einerseits ist dies die Einbettung eines bestimmten Symptoms oder einer Störung in die individuelle psychische Entwicklungsphase und Lebenssituation des einen Patienten. So können beispielsweise psychotisch anmutende Verarbeitungsmechanismen bei Jugendlichen eine andere Bedeutung haben, als sie dies

bei erwachsenen Patienten hätten. Auf der anderen Seite können mehr externalisierende Verarbeitungen (Jungen) eine ähnliche Konfliktbedeutung haben wie mehr internalisierende, somatoforme (Mädchen).

Zum anderen zeigen sich in den Pathologien von Kindern und Jugendlichen häufig künftige Pathologien der Gesellschaft, in die diese Patienten hineinwachsen. So wird verständlich, dass in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie der soziologischen und kulturtheoretischen Forschung der Psychoanalyse eine direkte klinische Bedeutung zukommt. An konstatierten Syndromen wie beispielsweise MCD oder ADHS wurde und wird deutlich, dass der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut gut unterscheiden muss, was einerseits Teil einer gesellschaftlich motivierten Debatte ist und was andererseits wirklich auf die individuelle psychische Befindlichkeit seines Patienten zutrifft.

3. Diagnostik

3.1 Psychodynamische Diagnoseerstellung

Eine Diagnose hat die Aufgabe, ein genaues Erkennen und Abgrenzen einer Krankheit zu Erstellung einer Indikation zu ermöglichen. Als Diagnostik wird dabei das Wechselspiel der Erhebung objektiver, subjektiver sowie lebensgeschichtlicher Daten verstanden. Dies ist innerhalb der psychotherapeutischen Diagnoseerhebung von besonderer Bedeutung, weil psychische und psychosomatische Störungen nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind, sondern durch verschiedenartige Entstehungsbedingungen verursacht werden. Bei der Diagnostik der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist zudem darauf zu achten, in welcher individuellen psychischen Entwicklungsphase die Störungen auftreten und wie weit Divergenzen in den unterschiedlichen Entwicklungslinien (A. Freud, 1971) auffallen. Da Kinder und Jugendliche Patienten sind, die in realen Abhängigkeitsverhältnissen leben, ist es außerdem notwendig, die aktuellen Lebensräume der Patienten in Familie (»Sündenbockrolle«) und Gesellschaft (»Modepathologien«) mit in die diagnostischen Überlegungen einzubeziehen.

Die psychoanalytische Diagnostik bezieht einerseits die Symptomdiagnostik ein, indem sie sich an den in der Medizin üblichen Klassifikationsschemata, wie etwa dem DSM IV, der ICD-10 und der OPD-KJ orientiert. Andererseits erfasst sie zugrunde liegende unbewusste Konflikte, welche das Störungsbild verursachen und aufrechterhalten. Die sich aus dieser psychodynamischen Diagnose ergebende Zuordnung der Störung zu einem psychischen Konflikt, einer Entwick-

lungsstörung oder einer entwicklungsgemäßen Auffälligkeit entscheidet sowohl über die Indikation als auch die anzuwendende sinnvolle Behandlungstechnik. Sowohl die symptomorientierte wie auch die psychodynamische Diagnose wird in sogenannten probatorischen Sitzungen mit dem Kind oder Jugendlichen erstellt. Bei Kindern sind regelmäßig, bei Jugendlichen teilweise zusätzlich getrennte Sitzungen mit den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten vorgesehen. Die Patienten oder ihre Eltern kommen in der Regel aufgrund eines Leidensdruckes, der durch das Auftreten von Symptomen verursacht wird. Die psychodynamische Diagnostik versucht, Symptome in einen Sinnzusammenhang zu stellen, indem sie davon ausgeht, dass ihnen ein innerer Konflikt des Patienten oder eine Störung der innerfamiliären Dynamik zugrunde liegt. Die Störung symbolisiert dabei ein Zerreißen dieses Sinnzusammenhanges und sein Versinken im Unbewussten. Eine dynamische Diagnostik ordnet somit einem bestimmten Symptom einen diesem Patienten und seiner Psyche betreffenden Sinn zu.

Um solche Zusammenhänge zu erkennen, werden die Patienten gebeten, möglichst frei und unzensiert in Worte fassen, was sie zu dem Besuch bewegt. Der Versuch, das auszusprechen, was einem gerade durch den Kopf geht, was man denkt und fühlt, ist das analytische Gebot der freien Assoziation. Jungen Patienten (Kindern, jungen Jugendlichen) wird zusätzlich angeboten, die im Behandlungsraum sparsam vorhandenen Spiel- und Einrichtungsgegenstände frei zu nutzen. Bei der Diagnoseerstellung von Säuglingen und Kleinstkindern besteht insofern ein verändertes Setting, als die Eltern und ihr Kind zusammengesehen und erlebt werden.

In der Begegnungssituation des Erstinterviews entfaltet sich eine Szene, in der der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut die vorhandenen persönlichen Ressourcen, unbewusste Konflikte und die psychischen Verarbeitungsmechanismen (Struktur) des Patienten und seiner Bezugspersonen an sich selbst erlebt. Indem er sich verwickeln lässt, vermag er mittels des szenischen Verstehens über die objektiven Informationen hinaus die Bedeutsamkeit der subjektiven Informationen des Patienten wahrzunehmen, bei der »entscheidend ... ausschließlich die Bedeutung ist, die der Patient ihr verleiht«. In diesen szenischen Informationen dominiere »das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen – auch wenn der Patient schweigt« (Argelander, 1989, S.13f).

Die bewussten und unbewussten Anteile der Persönlichkeit des Patienten, vermittelt durch diese Stimmungen, Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufe, geben dem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten diagnostische Hinweise auf Ausprägung und Ausmaß des Konfliktes oder der Störung. Sie geben ihm außerdem Einblicke in die kreativen Ich-Fähigkeiten des Patienten zur szenischen Gestaltung eines Konfliktes oder einer Störung, welche für Indikation und Therapiekonzeption aussagekräftig sind.

Auf dieser Grundlage kann der Therapeut dem Kind oder Jugendlichen erste Probedeutungen geben, die ihm weitere Erkenntnisse über die Psyche des Patienten, seine Therapiefähigkeit und die Chancen eines Arbeitsbündnisses geben. Auf der anderen Seite ermöglicht er dem Patienten einen ersten Einblick in die analytische Arbeitsweise, den besonderen Gebrauch der Sprache und die Eröffnung eines therapeutischen Raumes.

Um zu einer diagnostischen Einschätzung zu gelangen, ist schließlich die Integrationsarbeit aller entwicklungs- und krankheitsgeschichtlichen Daten mit dem Verstehen der unbewusst gestalteten Szene zu leisten, welche mittels biographischen Sitzungen ermittelt und dokumentiert werden. Im Einzelfall wird der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zudem Ergebnisse einer speziellen Testdiagnostik hinzuziehen.

3.2 Symptom, Konflikt und Struktur

Das Symptom kann als »Begegnungsbegriff« verstanden werden. Für den Patienten steht es stellvertretend für sein subjektives Krankheitserleben, das ihn veranlasst, Hilfe zu suchen. Im interdisziplinären Austausch ist das Symptom gemeinsame Verständigungsgrundlage. Die ICD-10 beschreibt Störungen aufgrund von Symptommustern und vermeidet weitgehend ätiologische Annahmen. Das psychoanalytische Modell versteht das Symptom als eine Kompromissbildung zwischen unakzeptablen Vorstellungen des Ichs und deren Verdrängung. Es ist Ausdruck unbewusster Konflikte. Gleichzeitig ist das Symptom überdeterminiert. Es verweist in seiner Verursachung auf verschiedene Konflikte. Während das Symptom eine Ersatzbildung ist, ist die Hemmung eine Einschränkung der Ich-Fähigkeit, um nicht in Konflikt mit dem Unbewussten zu geraten. Die Überdeterminiertheit des Symptoms, also die fehlende Symptomspezifität bezogen auf innere Konfliktvorstellungen, macht es notwendig, der störungsspezifischen Klassifikation, wie sie in der ICD-10 vorgegeben ist, eine Klassifikation bezogen auf den inneren Konflikt, der Struktur und der Umwelt zuzuordnen. Dies ist der Versuch der OPD-KJ.

Der Konflikt ist Folge einer Überforderung oder eines Stressereignisses. Der innere, unbewusste Konflikt entsteht aus dem Zusammenstoß entgegengerichteter Motivationsbündel, Strebungen oder Verhaltenstendenzen und führt zu überdauernden Erlebnis- und Handlungsmustern, von einem Leitaffekt begleitet, die in entsprechenden Situationen aktualisiert werden. Daraus entstehen letztendlich komplexe Beziehungsmuster und Beziehungsschemata. Der neurotische Konflikt enthält die misslungenen Konfliktlösungsversuche des Ichs und findet in der neurotischen Symptombildung oder/und in Hemmungen der Ich-Leistungen Ausdruck.

Im klassischen psychoanalytischen Konfliktmodell, dem Drei-Instanzenmodell, bezieht sich das Motivationsmuster auf intersystemische Konfliktvorstellungen zwischen Es, Ich und Über-Ich. Der zentrale Konflikt entspricht dem Ödipuskonflikt. Anna Freud erweiterte dieses Verständnis um den Aspekt der Entwicklung. Entwicklungslinien, die von äußeren und dann später verinnerlichten Konflikten modifiziert werden, sind beispielsweise Ängste vor Vernichtung, vor Liebesverlust, vor Kritik und Strafe und Kastrationsangst (Freud, A., 1965).

Erikson hat die Konfliktthemen um den sozialen Aspekt ergänzt wie: Urvertrauen gegen Misstrauen; Autonomie gegen Scham und Zweifel; Initiative gegen Schuldgefühl; Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl; Identität gegen Rollenkonfusion und Intimität gegen Isolierung (Erikson, 1963).

Mentzos sieht Variationen des Grundkonflikts »Auflösung von Bindung und Ermöglichen neuer Bindungen« durch die Lebensentwicklung hindurch. Ein wesentliches Konfliktthema ist der Konflikt Abhängigkeit gegen Autonomie. Mentzos ergänzte das Konfliktverstehen ganz wesentlich durch die Aspekte »Konflikte von Handlungen« und »Selbstpathologie« und berücksichtigte die Struktur als Hintergrund für den Konflikt (Mentzos, 1984).

Gegenüber dem frühen Konfliktbegriff rückten damit der Entwicklungsaspekt und der Beziehungsaspekt, insbesondere wie er in der Objektbeziehungstheorie verstanden wird, in den Vordergrund. Motivationssysteme beschreiben die Konfliktthemen um Bedürfnisse an Objekte oft in einem Entweder-oder-Dilemma.

Die psychische Struktur entspricht einem Repertoire an Erlebnissen und Handlungsbereitschaften. Die Handlungsbereitschaften basieren auf angeborenen Möglichkeiten, die unter neurobiologischen und psychosozialen Einflüssen entwickelt und verändert werden. Die Struktur begründet den Zeit überdauernden persönlichen Stil, ist einerseits immer vorläufig und unabgeschlossen und andererseits dennoch Zeit überdauernd stabil.

Das Drei-Instanzenmodell »Es/Ich/Über-Ich« ordnet dem »Es« den Triebaspekt, erweitert durch die Affekttheorien, zu. Die Vorstellungen über das »Ich« werden in der Ich-Psychologie ausdifferenziert. Das »Über-Ich« definiert sich nicht nur durch das Ich-Ideal, die Fähigkeit zur Selbstkritik und Selbstbestrafung, sondern auch durch die Fähigkeit zur Stimmungs- und Affektstabilisierung, zur Selbstbeobachtung und in der »Self-care-Funktion«.

Mentzos ergänzte das Strukturmodell von Freud durch den Begriff des Selbst als Summe der Selbstrepräsentanzen. Internalisierungsprozesse führen zur Differenzierung zwischen Selbst und Objekt. Selbst- und Objektrepräsentanzen werden zu wesentlichen Strukturelementen im Zusammenspiel von Disposition, Objektbeziehungserfahrung und Konflikt (Mentzos, 1984).

Auf dem Hintergrund der Entwicklung des Strukturbegriffes beschreibt die OPD-KJ, in Abhängigkeit von Altersstufen, strukturelle Beurteilungsdimensionen wie

Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung; Steuerung (und Abwehr); kommunikative Fähigkeiten, verbunden mit der Einschätzung des jeweiligen Integrationsniveaus. Gute, mäßige, geringe Integration und Desintegration. Die Ich-Psychologie findet ihren Niederschlag in der Achse »Struktur« der OPD-KJ.

Der Strukturbegriff und das Konfliktmodell sind Pole einer Ergänzungsreihe. Die Fokussierung auf einen Konflikt und die Konfliktbewältigung hängen von der Struktur ab und der damit verbundenen Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, einen bestimmten Typus von Konfliktaufgaben zu lösen. Dysfunktionale Konfliktlösungsversuche führen wiederum zu strukturellen Veränderungen und Einschränkungen. Es besteht ein wechselseitiges Beziehungsverhältnis zwischen Struktur und Konflikt im Sinne von Hintergrund, der Struktur, und Vordergrund, dem Konflikt. In der Nähe eines Konflikterlebens können sich erhebliche funktionelle Einschränkungen in allen strukturellen Dimensionen, auf verschiedenstem Integrationsniveau, zeigen. Auf dem Hintergrund einer strukturellen Störung mit niedrigem Integrationsniveau kann wiederum ein abgrenzbares Konfliktthema fehlen, stattdessen treten Konfliktschemata im Zusammenhang mit einer schweren Selbstpathologie in den Vordergrund. Immer bleibt die Wahrnehmung des Patienten unvollständig, wenn man nur auf den Vordergrund, den Konflikt oder nur auf den Hintergrund, die Struktur, fokussiert.

3.3 *Abwehr und Widerstand*

Signalangst löst Abwehr aus. Sigmund Freud beschreibt in »Hemmung, Symptom und Angst« (Freud, S., 1926): Die Verdrängung mache es möglich, inneren Reizen, inneren Triebansprüchen bei drohender, innerer Gefahr die Besetzung zu entziehen. Dabei flüchtet das Ich vor der Wahrnehmung der Gefahr. In der Entwicklung der Abwehrmechanismen spiegeln sich die angeborenen Ich-Verschiedenheiten, die biografischen sowie kulturspezifischen und familienspezifischen Bewältigungsformen wider.

Anna Freud betont die Entwicklung der Abwehrmechanismen in Abhängigkeit von der strukturellen Reife des Ichs (Freud, A., 1965). Sie beschreibt Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und als Sonderfall die Sublimierung. Diese Reihe wird von anderen Autoren ergänzt. Aus der Kleinschen Theorie sind die Abwehrmechanismen projektive Identifikation und die Spaltung von besonderer Bedeutung (Hinshelwood, 1993). Die Selbstpsychologie beschreibt die vertikale Spaltung als defensive Operation (Kohut, 1971). Loch betont die Entwicklung der Abwehrmechanismen in Abhängigkeit von den primären erlebten Objektbeziehungen in

den frühen Entwicklungsstadien (Loch, 1982). Strukturelle Defizite sind meist in komplexe defensive Strategien eingewoben.

Der Widerstand ist der analoge Begriff zur Abwehr in der Theorie der Behandlungstechnik. Kächele und Thomä beschreiben den Widerstand gegen das Bewusstwerden der Übertragung, den Widerstand gegen die erotisierte oder aggressive Übertragung und den Widerstand gegen die Auflösung der Übertragung. Sie verstehen letztendlich den Widerstand in seiner beziehungsregulierenden Funktion in der Behandlung zur Angstregulierung und Angstabwehr (Kächele, H./Thomä, H., 1985).

3.4 Differenzialdiagnose, Indikation, Therapieziele, Prognose

Die Differenzialdiagnose von Störungen, die der ICD-10 zugeordnet werden, sind ausführlich in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF dargestellt. Gleichermaßen wichtig ist die differentialdiagnostische Berücksichtigung des Konflikts, der Struktur und der Umwelt, wie sie in der OPD-KJ beschrieben werden. Für die Indikation zur psychoanalytischen und tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie im Kindes- und Jugendlichenalter sind die Beziehungsaspekte zwischen Patient und Therapeut wesentlich.

Auf Seiten des Patienten sind seine subjektive Krankheitshypothese, sein Leidensdruck und seine Veränderungsmotivation, aber auch seine gegebenen Ressourcen zu erwähnen. Beim Kind ist seine Abhängigkeit von den Eltern, deren Fähigkeit, die Umwelt dem Kind angemessen zu vermitteln, zu berücksichtigen. Die frühe Entwicklung und Reifung im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter wie auch strukturelle Störungen finden Beachtung. Das Verhältnis Konflikt und Struktur wurde oben dargestellt.

Auf Seiten des Therapeuten bekommen dessen Eigenschaften zunehmend Bedeutung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem affektiven Sich-Einlassen des Analytikers auf die Welt des Patienten. So verschiebt sich der analytische Ansatz hin zur Betonung der emotionalen Erfahrung (moments of meeting). Letztendlich geht es um die Herstellung einer analytischen Atmosphäre, die eine analytischen Erfahrung ermöglicht, z. B. die Erfahrung über die Wirksamkeit der Übertragung und die Möglichkeiten der Übertragungsanalyse, bei authentischer Vertretung der persönlichen therapeutischen Konzeption.

Die Differenzialindikation bezieht sich dann auf eine intersubjektive Vereinbarung über die Behandlungsvorstellung des Kindes, des Jugendlichen, der Eltern und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine begrenzte Behandlungsvorstellung im Sinne tiefenpsychologisch-fundierter Arbeit ergibt sich, wenn eine

aktuelle Lebenskrise überwunden werden muss und wieder zur alltäglichen Lebensbewältigung zurückgefunden werden soll. Die gleiche Lebenskrise kann sich jedoch auch als sich immer wiederholendes Konflikterleben darstellen und dann als Chance begriffen werden, aus dem Kreislauf der Wiederholung durch eine psychoanalytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie herauszutreten.

Diese intersubjektive Indikationsstellung ist durch eine analytische Konzeptvorstellung für das jeweilige Verfahren zu ergänzen. So wird sich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut daran orientieren, ob sich eine Szene gestaltet und wenn, wie sie sich gestaltet. Bei einer möglichen bunten Konfliktfacette achtet er darauf, welcher Konflikt jetzt im Vordergrund steht. Er orientiert sich daran, ob eine Fokusvorstellung möglich wird und ein Fokus sich mehr auf einen äußeren Konflikt bezieht oder sich als analytischer Fokus, bezogen auf einen inneren Konflikt, formulieren lässt. Einschätzungen, entsprechend der Achse »Beziehung«, »psychische Struktur« und »Behandlungsvoraussetzungen«, bestimmen wesentlich die Behandlungsvorstellungen. Je jünger ein Kind ist, umso mehr werden altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten und reale Veränderungsmöglichkeiten der Rollenverteilung in der Familie Bedeutung bekommen.

Die Behandlungsziele liegen in der Fortführung des Entwicklungsprozesses des Kindes und des Jugendlichen, verbunden mit einer altersgerechten kritischen Realitätsprüfung, einer verbesserten Objektbeziehung und beim Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Fähigkeit zur Selbstanalyse über das Ende der Psychotherapie hinaus. Damit verbindet sich eine Beruhigung in der aktuellen Lebenskrise, eine Möglichkeit der Klärung und Orientierung, der emotionalen Differenzierung, der Förderung der Bewältigung phasentypischer Konflikte, der Verbesserung der psychosozialen Möglichkeiten, der inneren Neuorientierung, Umstellung und strukturellen Verbesserung. Letztendlich ist das Ziel auch eine Symptomreduzierung und Aufhebung der Hemmung.

Die Prognose als Ausdruck einer wahrscheinlichen Behandlungserwartung ist immer eine relative. Die Einschätzung eines Erfolges der Behandlung hängt davon ab, an welchem Ziel der Erfolg gemessen wird und von welcher aktuellen Ausgangssituation dieses Ziel erreicht werden soll. So hängt die prognostische Einschätzung davon ab, inwieweit diagnostisch die aktuelle Realität des Kindes, des Jugendlichen und der Familie richtig erfasst wurde, ob Ressourcen berücksichtigt wurden und sich aus einer ersten Beziehungsgestaltung mit dem Kind, dem Jugendlichen und den Eltern angemessene Behandlungsvorstellungen vereinbaren ließen, die Teilziele mit einbeziehen. Eine kritische Reflexion der Prognose, die im Behandlungsverlauf mehr Unsicherheit einräumt, entspricht eher der Behandlungsrealität.

Wird sich das Kind oder der Jugendliche auf die Psychotherapie einlassen können und dürfen und davon profitieren? Wird es zu einer psychoanalytischen

Begegnung zwischen dem Kind oder dem Jugendlichen und dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne eines Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens kommen? Selbst wenn das Kind oder der Jugendliche in der Behandlung viel bewegen mochte, kann es leider doch sein, dass die bestehende pathologische Familienstruktur die beginnende Entwicklung bedroht, die Abwehr der Eltern unüberbrückbar ist und die Behandlung früher beendet wird, als der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erhofft hatte.

4. Psychotherapie

4.1 Besonderheiten in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in wichtigen Aspekten von der Psychotherapie mit erwachsenen Patienten. Die kindlichen und jugendlichen Patienten wachsen in juristischer und psychischer Abhängigkeit von erwachsenen Bezugspersonen auf und sie durchlaufen markante Entwicklungsphasen mit spezifischen Besonderheiten. Ohne Berücksichtigung dieser Parameter wird keine Psychotherapie erfolgreich sein. Sie stellen besonders an den tiefenpsychologisch und analytisch praktizierenden Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten hohe Ansprüche.

So bedingt die Abhängigkeit von Kindern, dass es der Therapeut mit Patienten zu tun hat, denen zu Beginn der Behandlung in der Regel eine Krankheitseinsicht fehlt. Obwohl, wie wir an anderer Stelle ausführen, hierbei der therapeutischen Arbeit mit den Bezugspersonen ein ausschlaggebender Wert beigemessen werden kann, muss sich der Therapeut trotzdem stets vor Augen halten, dass er Therapeut seines Patienten, des Kindes oder des Jugendlichen, ist. Seiner Empathie obliegt es, ob das Kind beispielsweise aus dem anfänglichen Glauben, die Therapie sei Strafe für non-konformes Verhalten in ein eigenes Interesse über die Wirksamkeit von unbewussten Prozessen überführen kann. Bei Jugendlichen kann diese Abhängigkeit dazu führen, dass der Therapeut – obwohl aus eigenem Antrieb aufgesucht – zum Verbündeten jener Erwachsenen gemacht wird, aus deren Abhängigkeit die eigene Autonomieentwicklung führen soll. So kann die Frage des Umgangs mit ausgefallenen Stunden zu einem wesentlichen Forschungsfeld für die Frage werden, ob der Patient sich als eigenständig und unabhängig erfahren kann oder ob seine Ambivalenz den Einbezug der Bezugspersonen durch Rechnungen herausfordert. Auch die Schweigepflicht und ihre Auslegung innerhalb familiärer Strukturen spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Die Psychotherapie mit Patienten in spezifischen Entwicklungsphasen der Kindheit und Adoleszenz stellt besondere Ansprüche an das Setting und die Abstinenz. So kann das kindliche Drängen nach Wunscherfüllung sowohl in Bezug auf die Gestaltung der Stunde als auch auf die Übertragung (s. Anwendungsbereiche) den Therapeuten dazu zwingen, sich auch als ein reales Objekt zu verhalten und mit einer passiven Weigerung oder eigenem aktiven »Nein« dort Einhalt zu gebieten, wo Interpretationen und Deutungen nicht zu einer Begrenzung des Kindes ausreichen. Da Spiel und interaktive Szene in der Kinderpsychotherapie ebenso zentrale Mittel sind wie beispielsweise die mimetische und gestische Kommunikation, ist es eine immer wieder zu leistende Herausforderung für den Therapeuten, aus dieser Verquickung mit dem Patienten in eine die Beziehungsszene beobachtende und deutende Stellung (Triangulierung) zu wechseln. Auch jugendliche Patienten ziehen den Therapeuten in ihre reale Lebenssituation mit ein und bringen hierbei, ähnlich wie Kinder im Spiel, oft konkrete Wünsche nach Hilfe und Verständnis zum Ausdruck. Auch wenn der Therapeut hierbei sein deutendes und abstinentes Ziel im Blick behält, so wird ihm seine Empathie die Grenze anzeigen, an der er beispielsweise sich genötigt sieht, auch seine reale Sorge und sein praktisches Verständnis zu vermitteln. Diese Beispiele, die in anderen Bereichen der Leitlinien spezifischer ausgeführt werden, mögen hier als Einleitung genügen, um die besonderen Anforderungen innerhalb der tiefenpsychologischen und analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie zu demonstrieren.

4.2 Anwendungsbereiche und Therapieformen

Die analytische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter bezieht sich auf die Herstellung und Gestaltung eines analytischen Prozesses, rückt die Bearbeitung der Übertragungsneurose in den Vordergrund und verbindet damit die Möglichkeit der Veränderung der neurotischen Struktur.

Der therapeutische Raum berücksichtigt die altersspezifischen Rahmenbedingungen, das Spiel in der Kinderbehandlung und die Bedeutung der Elternarbeit, die diese in der Arbeit mit dem Kind und dem Jugendlichen hat.

Anna Freud verweist darauf, dass das Kind Schwierigkeiten hat, eine neue Auflage einer Liebesbeziehung einzugehen, da die alte ja noch bestehe. Hinzu kommt, dass das Kind negative Gefühle per se zu externalisieren neigt und dass das Kind den Therapeuten nicht nur als Übertragungsobjekt, sondern als neues Objekt sieht. Anna Freud betont die Doppelfunktion des analytischen Kindertherapeuten als eine primär analytische und als eine entwicklungsfördernde.

Melanie Klein hebt hervor, dass das freie Spiel des Kindes eine analoge Möglich-

keit zur freien Assoziation ist, und betont, dass eine Analyse in der Kindertherapie wie bei der Analyse mit Erwachsenen möglich ist und die Übertragung eine entsprechende Bedeutung bekommt (Holder, 2002).

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter beachtet wohl Übertragung und Gegenübertragung und fühlt sich, bezogen auf die psychoanalytische Haltung, an die Herstellung einer analytischen Atmosphäre und analytischen Erfahrung gebunden (s. u.), verzichtet aber auf die Entfaltung der Bearbeitung der Übertragungsneurose unter Einschränkung regressiver Prozesse. Die Herstellung und Gestaltung eines analytischen Prozesses sind nicht beabsichtigt. Der Kern der neurotischen Konfliktlösung des Patienten wird in der Übertragungsreaktion des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wahrgenommen. Diese Erfahrung im Innenfeld »Patient-Therapeut« wird genutzt, um sein Verhalten außen zu verstehen. Die Übertragungsdeutung bezieht sich nicht auf das Hier und Jetzt, sondern auf das Dort und Damals.

Das Behandlungsziel ist nicht eine Veränderung der neurotischen Struktur, sondern die Wiederherstellung des Gleichgewichts in der Selbstregulierung und Beziehungsgestaltung. Damit fokussiert sich die Wahrnehmung des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf die Ebene psychosozialer Konfliktkonstellationen in der kindlichen Welt und der Welt des Jugendlichen.

In der Regel ist die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung niederfrequent, zeitlich begrenzt und bezieht sich auf eine betont begrenzte Behandlungsvorstellung.

Eine Sonderstellung nimmt die analytische Fokalthherapie (Klüwer, 2000; Lachauer, 1992) ein. Einerseits ist sie zeitlich begrenzt, niederfrequent, bezieht sich auf einen begrenzten Behandlungsfokus, andererseits beschreibt der Behandlungsfokus in der analytischen Fokalthherapie ein aktuelles Hauptproblem entsprechend der erlebten Dringlichkeit des Patienten und verbindet dies mit einer zentralen unbewussten Dynamik, wie sie sich in der Übertragungsbeziehung inszeniert. Die Übertragungsdeutung bezieht sich hier nicht, wie vorher benannt, auf das Dort und Damals, sondern ebenfalls auf das Hier und Jetzt.

Die Möglichkeit einer analytischen Fokalthherapie orientiert sich an einem aktuellen dringlichen Hauptproblem, das sich stimmig in einem Fokalsatz für den Therapeuten formulieren lässt. In der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übernimmt der Fokalsatz für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auf dem Hintergrund einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit in der Behandlung, Orientierung gebende Funktion. Der Fokalsatz wird meist nicht mit dem Kind und dem jüngeren Jugendlichen unmittelbar ausgehandelt. Durch die für das Kind und den Jugendlichen, für die Eltern und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzte begrenzte Zeit kann die Wahrnehmung

des Endes der Behandlung eine zusätzliche Orientierung gebende Zielsetzung bekommen.

Das Gemeinsame aller psychoanalytischen Verfahren ist, unter Annahme eines unbewussten Konfliktes, die Bezugnahme auf die freie Assoziation wie die gleichschwebende Aufmerksamkeit und die Bezugnahme auf Übertragung und Gegenübertragung. Die Psychoanalyse und die psychoanalytische Psychotherapie betonen darüber hinaus die Herstellung und Gestaltung eines analytischen Prozesses und die Analyse des Widerstandes.

Ebenfalls gemeinsam ist psychoanalytischen Verfahren die psychoanalytische Haltung: In einer analytischen Atmosphäre, die auch eine Frage der authentischen Vertretung der persönlichen therapeutischen Konzeption ist, entsteht eine Verschränkung von Wissen und Miterfahrung in subjektiv bedeutsamen Erlebnisprozessen. Diese sind einzigartig, keine gleicht der anderen und jede erfordert eine andere Reaktion.

In der Kinderanalyse ist der Ort des Spielens ein potentieller Raum (Winnicott, 1971) für die psychoanalytische Arbeit. Dabei ist Spielen Handeln, aus dem sich ein Handlungsdialog zwischen Kind und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entwickelt. Bei Jugendlichen und Erwachsenen wird dieser potenzielle Raum wesentlich durch die freie Assoziation und den Handlungsdialog gestaltet. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist »Mitspieler«, nicht manipulativ handelnd, bemüht um eine gleichschwebende Aufmerksamkeit. Die handelnden Antworten des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können den Charakter von Deutungen haben. Die sicher geglaubte Unterscheidung von Handeln und Sprechen gerät ins Wanken (Klüwer, 2000).

Durch die sich ergebende Vielfalt entsteht keine theoretische Beliebigkeit, sondern im Gegenteil, eine undogmatische Offenheit für das spezifische Verstehen der aktuellen subjektiven Dringlichkeit in der jeweiligen analytischen Situation. Daraus ergibt sich die Herstellung einer analytischen Erfahrung, die u. a. eine Erfahrung über die Wirksamkeit der Übertragung und Gegenübertragung ist, die zu jedem Zeitpunkt und in jedem Setting der analytischen Arbeit möglich ist. Die Fokussierung auf die Entfaltung und Bearbeitung des Konflikterlebens des Patienten in der Übertragung und Gegenübertragung verändert das Konflikterleben im Übertragungs- und Gegenübertragungserleben und ermöglicht so einen kontinuierlichen analytischen Prozess.

4.3 Rahmen und Vereinbarungen in der Behandlung

Die für die psychoanalytische Arbeit zentrale Erkenntnis des Unbewussten kann sich allein in der Atmosphäre eines durch wenige, aber konsequente Parame-

ter bestimmten Rahmens entfalten. Unter seinem Schutz und in der deutenden Arbeit seiner steten Wiederherstellung vollzieht sich die psychotherapeutische Arbeit.

Unter dem Begriff Rahmen werden die zu Beginn einer Therapie sprachlich und/oder schriftlich vereinbarten Bedingungen verstanden. Dazu gehören Anzahl und Zeit von regelmäßigen Behandlungsstunden (Frequenz), der Einbezug der Eltern oder ihrer Vertreter (Therapie der Bezugspersonen), die Antragstellung bei einer Krankenkasse oder private Liquidation (Finanzierung) und der Umgang mit nicht stattgefundenen Behandlungsstunden (Ausfallhonorar). Außerdem ist zu klären, wie mit dem Recht der Patienten (oder ihrer gesetzlichen Vertreter) auf Akteneinsicht umzugehen ist. Inge Berns (2007, S. 99) meint, dass dieses Recht dort beschränkt sei, »wo die Einsichtnahme erheblichen Schaden für den Patienten selbst bedeuten würde und wo Rechte Dritter auf Datenschutz verletzt würden.« Dies könne gerade bei der Psychotherapie von Kindern, an der auch ihre Bezugspersonen beteiligt sind, der Fall sein.

Zum Aufbau eines Behandlungsbündnisses gehört in der Psychotherapie Jugendlicher und junger Erwachsener die Vereinbarung über die freie Assoziation. Hierunter versteht man die Aufforderung des Therapeuten an den Patienten, alle Gedanken möglichst unkontrolliert und unzensiert auszusprechen. Mit dem Patienten Kind wird zusätzlich vereinbart, dass es die Stunde nach freiem Willen selbst gestaltet und die sparsam im Behandlungsraum vorhanden Dinge (Möbel, Spielzeuge, Papier und Stifte) nutzen kann. Dies dient der Einführung des für die Kinderpsychotherapie spezifischen Spieles zur Darstellung unbewusster Konflikte und Beziehungsaspekte.

Bei der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sitzen sich Patient und Therapeut in der Regel an einem Tisch gegenüber, so dass im Gegensatz zur Behandlung Erwachsener, die in der Regel für den Patienten liegend stattfindet, die nonverbale Kommunikation ebenso wie reale Handlungen einen höheren technischen Stellenwert besitzen.

Die Beendigung einer psychoanalytischen Therapie wird mit dem Patienten und den an der Therapie teilnehmenden Bezugspersonen langfristig vorbereitet. Dazu ist wichtig, dass sowohl Patienten, Bezugspersonen als auch der Therapeut die Behandlung von Beginn an als endlich erleben und verstehen. Die Beendigung ist außerdem nicht nur eine Abmachung zwischen Analytiker, Patient und seinen Eltern, die Endlichkeit einer Behandlung wird auch durch die Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien mit bestimmt. Somit ist es ratsam, frühzeitig Abschlusstermine festzulegen und an diese während der laufenden Behandlung zu erinnern und sich darüber zu verständigen, was noch durchgearbeitet werden sollte. Denn das Ende einer Therapie kann beim Patienten, bei seinen Eltern und beim Therapeuten infantile Trennungs- und Verlassenheitsängste mobilisieren.

Solche Ängste können in unterschiedlicher Weise verleugnet werden: Vorzeitiger Abbruch kann gewünscht werden, häufig zeigen sie sich zum Ende einer Therapie auch in wieder aufflammenden Symptomen. Auch der Therapeut kann unbewusst versuchen, Endlichkeit zu verleugnen. Er kann immer neue Verlängerungen einer Therapie beantragen. Er kann Beendigungen vor Ferien legen, um Trennung nicht wahrzuhaben, und er kann die Frequenz immer mehr verdünnen, um einen klaren Schnitt zu vermeiden und die Trennung hinauszuzögern.

Gerade in der therapeutischen Arbeit mit affektnahen Kindern, komplexen Familienstrukturen und/oder in der Autonomieentwicklung befindlichen Jugendlichen sind diese sicheren, wiederkehrenden und damit Vertrauen schaffenden Rahmenbedingungen eine grundlegende Voraussetzung für eine psychoanalytische Arbeit am Unbewussten. Nonverbale und verbale Deutungen des Psychotherapeuten zu Verstößen oder den Wünschen nach Veränderungen gegenüber diesem Setting sind ein genuiner Bestandteil der psychoanalytischen Arbeit. Denn: »Der Rahmen ist also eine unwandelbare Konstante und kann auch Trennung und Triangulierung repräsentieren.« (Heinemann/Hopf, 2008, S. 68f.)

4.4 *Abstinenz, Schweigepflicht und Neutralität*

Unter Abstinenzregel wird in der Psychoanalyse die geringstmögliche Ersatzbefriedigung anstelle der Symptome des Patienten verstanden. Diese Regel stellt in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen an den Psychotherapeuten hohe Ansprüche. Sein besonders Augenmerk gilt einer immer wieder herzustellenden Spannung zwischen den Übertragungswünschen des Patienten an den Therapeuten und dessen abstinent deutende statt Wünsche erfüllenden Reaktion darauf. Dies gilt im Besonderen für das Spiel, zu dem der Therapeut nicht auffordert, es jedoch zulässt und durch wenige Materialien im Behandlungsraum auch ermöglicht. Hierbei stellt die schnelle Bereitschaft des Kindes für körperlichen Kontakt und seine spontane Affektäußerungen eine besondere Herausforderung dar. Auch Jugendliche können sehr schnell bereit sein, den Therapeuten mit Besonderheiten ihrer Lebenswelt real zu konfrontieren. Eine besondere Empathie des Therapeuten verhindert eine über die beabsichtigte Verzichtleistung hinausgehende Kränkung für die im Erleben des Kindes und des Jugendlichen widersprüchliche Situation.

Die rechtlich geschützte Schweigepflicht (§ 203 StGB) ist eine Grundvoraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit und kann nur über eine schriftliche Befreiung eines volljährigen Patienten oder von Sorgeberechtigten aufgehoben werden. Bei Kindern und bei jungen Jugendlichen (Pubertät) sind die Eltern über eine eigene begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen mit in die Be-

handlung involviert. Ob und welche Informationen oder Stimmungen vom Therapeuten zwischen den Stunden mit dem Kind und den Stunden mit den Eltern transportiert werden, ist eine behandlungstechnische Frage (Familiendynamik) und eine Einschätzung der Verantwortung (Selbstgefährdung). Von dieser nicht prinzipiell zu lösenden und in der jeweiligen Behandlungssituation immer wieder neu zu überlegenden und zu besprechenden Wechseldynamik hängt viel für den Erfolg der gesamten Psychotherapie ab.

Gerade in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen werden häufig Wünsche nach fachlichen Kontakten des Therapeuten mit Ärzten, Therapeuten, Erzieherinnen, Lehrern oder Sozialarbeitern aus der äußeren Lebenswelt des Patienten geäußert. Der psychoanalytische Therapeut wird sehr genau abwägen, ob er trotz einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht selbst diese Kontakte eingeht. In der Regel wird er die psychoanalytische Arbeitsweise am Unbewussten auch hier durch Abstinenz schützen. Stattdessen wird er sich bemühen, die Eltern des Kindes oder die Jugendlichen selbst in die Lage zu versetzen, mit den genannten Fachkräften zu reden. Diese, von anderen Fachkräften leicht misszuverstehende Neutralität ist notwendig, um für den Patienten als von außen unbeeinflusstes Übertragungsobjekt zur Verfügung stehen zu können. Für einen gewünschten Erfolg der Therapie darf der analytische Psychotherapeut nur als im alleinigen Dienst des Patienten-Ichs erlebt werden.

4.5 Freie Assoziation, Traum und das Spiel in der Psychoanalyse

Die freie Assoziation bei gleichschwebender Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers wird auch als die Grundregel der Psychoanalyse bezeichnet. Es gibt zwischen Erwachsenenanalyse und psychoanalytischen Behandlungen von Kindern zwar mehr Gemeinsamkeiten als Trennendes. Der Aufforderung, frei und ungehindert ihren Einfällen, Gedanken und Phantasien zu folgen und sie zu äußern, können Kinder jedoch nur bedingt nachkommen. Ihre eingeschränkten Möglichkeiten, Träume zu berichten und vor allem zu deren Inhalte zu assoziieren, verlangten darum die Einführung eines zusätzlichen Parameters, des Spiels. Es eröffnet einen intermediären Raum, um unbewusste Konflikte und Beziehungen darzustellen, die der Analytiker mit seinen Patienten erleben und verstehen kann. Dies bedeutet jedoch nicht, dass auf Träume verzichtet werden kann, sie eröffnen – auch bei Kindern – einen Königsweg zum Unbewussten.

Beobachtungen des Spiels bei Kindern haben die psychoanalytische Theoriebildung ungemein beeinflusst. Dennoch existiert innerhalb der Kinderpsychoanalyse keine ausgearbeitete kohärente Entwicklungspsychologie des Spielens, lediglich Ansätze hierzu. Am bekanntesten ist wohl das Konzept psychoanaly-

tischer Entwicklungslinien von Anna Freud. Sie hat dort den Weg von der Autoerotik über das Übergangsobjekt zum Spiel und vom Spiel zur Arbeit ausführlich dargestellt. Das Spiel wird in der Kinderpsychoanalyse vor allem genutzt, um Beziehungen einzugehen, sie aufrechtzuerhalten und unbewusste Konflikte zu verstehen und gelegentlich zu deuten: Das Kind bringt über das Spiel seine unbewussten Phantasien zum Ausdruck und teilt in Wort und Handlung auch die Verarbeitung seiner Erfahrungen mit. Das symbolisch Dargestellte wird in seiner Bedeutung erst mit Hilfe eines einführenden Mitgehens und einer interpretierenden Sprache verstehbar. Das Spiel wird somit innerhalb der Kinderpsychoanalyse in erster Linie innerhalb seiner verschiedenen Anwendungen betrachtet. Es gibt Kinder, die nicht spielen können und bei denen dieses Medium zunächst nicht einfach anwendbar ist, etwa bei schwer traumatisierten Patienten. Winnicott ist der Überzeugung, dass Psychotherapie immer mit zwei Menschen zu tun hat, welche miteinander spielen. Hieraus folgt seiner Meinung nach, dass die zentrale Arbeit des Therapeuten dort, wo Spiel nicht möglich ist, darauf ausgerichtet sein muss, den Patienten aus einem Zustand, in dem er nicht spielen kann, wieder in einen Zustand zu bringen, in dem er zu spielen imstande ist.

So wie es nieder- und höher-strukturierte Träume gibt, gibt es ein konkretistisches und ein symbolisches Spielen. Beeinträchtigungen in der Symbolbildung werden immer an einer veränderten Verknüpfung von Spiel und Realität zu erkennen sein. Das neurotische Kind ist schließlich – trotz Neurose und Konflikt – zur reifen Symbolisierung fähig. Beim depressiven Kind kommt es zu Ich- und Spiel-Hemmungen, es liegen jedoch bereits Symbolisierungsmöglichkeiten vor. Bei früh gestörten und traumatisierten Kindern, wie etwa jenen mit einem Borderline-Risiko, kann das Spiel real werden, dann blitzschnell aus der Kontrolle geraten. Hier braucht es Spiele, welche eine Weiterentwicklung von Symbolisierung und Spielen fördern. Aber auch beim sinnlosen Spiel oder bei scheinbar sinnentleertem Verhalten kann versucht werden zu verstehen, was das Kind durch projektive Identifizierung über seine innere Verfassung mitteilt.

4.6 Therapeutischer Raum, Übertragung, Gegenübertragung, Deutung

In der Entwicklung des psychoanalytischen Denkens bekam der Begriff der Übertragung im Hinblick auf die Beziehung zwischen Analytiker und Analysand schon rasch eine zentrale Bedeutung: Vorwiegend unbewusste Gefühle und Wünsche, die sich auf die zentralen Bezugspersonen der Kindheit richten bzw. gerichtet haben, werden auf den Psychoanalytiker übertragen. In diesen Übertragungsgefühlen finden sich die verschiedensten Affekte (wie Liebe, Angst, Neid ...) in allen Schattierungen und Mischungsverhältnissen, unabhängig davon, ob

sie in der bewussten Wahrnehmung vom Patienten als akzeptabel oder zutiefst verpönt angesehen werden. Damit werden die Übertragung und das Verstehen des Übertragungsgeschehens zu einem wichtigen Arbeitsmittel in der Kinderanalyse. Zwar stehen hier die Eltern anders als in der Psychoanalyse als reale Objekte zur Verfügung, dennoch zeigen Kinder eine spontane Bereitschaft zur Ausbildung von positiven wie auch negativen Übertragungen. Insbesondere zu Beginn der Behandlung bilden positive Übertragungsgefühle die Grundlage für ein funktionierendes Arbeitsbündnis, im Laufe der Behandlung ist das Aufnehmen, Halten und Deuten von negativen Übertragungsgefühlen für den Behandlungsverlauf ebenfalls von zentraler Bedeutung.

Bei der analytischen Arbeit mit adoleszenten Patienten ist es wichtig, die Möglichkeit von heftigem Übertragungsagieren in Betracht zu ziehen: »Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass der Therapeut abwechselnd zu einer guten oder bösen, geschätzten und gehassten Figur gemacht und mit magischer Geschwindigkeit durch ein gewaltiges intrapsychisches Terrain befördert wird. Die scheinbare Promiskuität dieser Jugendlichen ist darauf zurückzuführen, dass sie ständig auf der Suche nach weiteren Figuren sind, in denen sie das (ihnen) fremde Selbst unterbringen können.« (Fonagy, 2004, S. 342)

Fonagy meint, dass die Behandlungstechnik das berücksichtigen muss, dass es wichtig ist, die Projektion anzunehmen. Zu Beginn sollte in diesen Fällen auf Deutungen eher verzichtet werden. Übertragungsphänomene könnten für den Patienten unerträglich werden, wenn der Analytiker sie zu früh anspricht und es könnte zum dramatischen Bruch des Arbeitsbündnisses kommen.

Der Begriff der Gegenübertragung, der die unbewussten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden, insbesondere auf dessen Übertragung, umfasst, wurde in seiner Bedeutung für die Behandlungstechnik viel später erkannt. Den Entwicklungsschritt, Gegenübertragungsreaktionen auf den Patienten nicht nur nicht als störend, sondern als nützliches Werkzeug für die analytische Arbeit zu sehen, hat erst Paula Heimann in den 1950er Jahren vollzogen: Ihre Grundannahme ist, dass das Unbewusste des Analytikers das des Patienten versteht. Diese Kontaktaufnahme in den tiefen Schichten kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Analytiker als Reaktion auf den Patienten, als seine »Gegenübertragung« bemerkt. Heimann vertritt die Ansicht, der Analytiker müsse seine gefühlsmäßige Reaktion auf den Patienten, seine Gegenübertragung als Schlüssel zum Verständnis gebrauchen. Der heutige Gebrauch des Begriffes der Gegenübertragung umfasst so neben den Widerständen und Übertragungen des Analytikers auf seinen Patienten, neben störenden Persönlichkeitsmerkmalen des Analytikers, die allesamt in der Gegenübertragungsanalyse berücksichtigt werden müssen, auch die »angemessene« oder »normale« Gefühlsreaktion des Analytikers auf seinen Patienten, die ein wichtiges therapeutisches Instrument

und eine Grundlage für Empathie und Verstehen sein kann (vgl. Sandler et al., 1971, S. 61ff.).

Dabei ist das analytische Arbeiten mit Kindern oftmals sehr viel unbequemer als das mit Erwachsenen. Durch die Unmittelbarkeit, mit der Kinder in Spielsituationen reagieren, durch die Wucht und die Impulsivität ihrer Gefühlsreaktionen ist der Kinderanalytiker einem sehr viel höheren Druck ausgesetzt. In seinem Gegenübertragungserleben wird er immer wieder auf manches verwiesen, was an eigenem kindlichem Erleben in ihm schlummert und was er vielleicht schon lange glaubte hinter sich gelassen zu haben. Diese Fähigkeit, neben dem Kind und sich selbst zu stehen, sich in diesem unwegsamen Gelände voller Überraschungen immer wieder neu zu orientieren, stellt die besondere Herausforderung der Kinderanalyse dar.

Die Deutung des Unbewussten wurde über lange Zeit als die zentrale Tätigkeit eines Psychoanalytikers angesehen. Dabei steht in der Psychoanalyse von Kindern das Spiel in all seinen Ausdrucksformen als unmittelbares Produkt des unbewussten Prozesses im Zentrum der Deutungsarbeit. Da sich deutende Aktivitäten im Hier und Jetzt in der analytischen Beziehung abspielen, kommen sie zusammen mit nicht deutenden Aktivitäten wie Ermutigung, Beruhigung, dem Setzen von Grenzen und gewissen Strukturierungen zum Einsatz, auch das Setting gehört hier dazu, die Funktion des Haltens sowie die Regelmäßigkeit der Sitzungen. Sicherlich ist es eine Aufgabe der Deutung, schwer erträgliche Wahrheiten, die Ängste, Scham und Aggressionen entstehen lassen, anzusprechen und offenzulegen. Die nicht deutenden Aktivitäten können dann dazu beitragen, diese annehmbar und erträglich zu machen. Weitere Faktoren wirken ebenfalls in diese Richtung. Kindern, die unbewussten Prozessen ja noch näher stehen, kann es Freude bereiten, wenn ihr Unbewusstes vom Psychoanalytiker wie durch Magie verstanden wird. Das wird insbesondere dann gelingen, wenn dieser es versteht, wie in einem fremden Text in dem zu lesen, was das Kind erzählt oder in seinem Spiel darstellt, und die darin enthaltenen unbewussten Botschaften als eine neue, ungewohnte Sicht auf seine Welt oder seine Beziehungen zurückzugeben. Wir können die Wirksamkeit von Deutungen auch mit den Vorstellungen vergleichen, die sich Eltern vom psychischen Funktionieren ihrer Kinder machen, indem sie den Produktionen des Kindes einen eigenen Sinn zuschreiben, den sie darin entdecken, und damit die Mentalisierungsprozesse des Kindes unterstützen. Eine Deutung wird umso wirksamer sein können, wenn sie dem Kind, seinem Entwicklungsstand entsprechend, etwas zur Verfügung stellt, was es in seinem Spiel nutzen und mit eigenen Gedanken und Phantasien anreichern kann, eine ungesättigte Deutung, die dazu einlädt, Eigenes hinzuzufügen (vgl. Ferro, S. 342).

Der therapeutische Raum basiert auf der Entwicklung eines Behandlungsbündnisses. »Das Behandlungsbündnis kann somit als etwas aufgefasst werden, das

sich auf den bewussten oder unbewussten Wunsch des Patienten nach Kooperation begründet und auf seine Bereitschaft, die Hilfe des Therapeuten bei der Bewältigung innerer Schwierigkeiten anzunehmen« (Sandler, 1971, S. 27). Die Arbeit an diesem Bündnis und seinen Widerständen führt zu einer Übertragungssituation, in der vor allem in der Psychotherapie mit Kindern die von D. W. Winnicott beschriebenen Übergangsphänomene (z. B. Stimmmodulationen, Geräusche, Temperaturen) und Übergangsobjekte (z. B. Stofftier, Schmusetuch) eine zentrale Rolle spielen. Beide eröffnen in frühester Entwicklungszeit (1.-12. Lebensmonat) einen psychischen Raum zwischen Kind und Primärobjekt (Mutter). So kann ein Schmusetuch illusorisch die abwesende Mutter vertreten, indem es das innere Bild von der Mutter vertritt. Das schützt den Säugling vor einer Überflutung durch eigene Affekte und eröffnet den ersten Spiel- und Symbolraum. Dadurch entsteht eine Sphäre, »in der das Individuum ausruhen darf von der lebenslänglichen menschlichen Aufgabe, innere und äußere Realität voneinander getrennt und doch in wechselseitiger Verbindung zu halten« (Winnicott, 1971, S. 11).

Diese Überlegungen zu Übergangsphänomenen spielen in der Psychotherapie von Kindern eine herausragende Rolle, da die psychische Entwicklung der jungen Patienten eine Nähe zu diesen grundlegenden Prozessen der Ich-Bildung besitzt. Dies gilt ebenso für pubertäre Jugendliche, die in dieser Entwicklungsphase mit der Aktualisierung früherer Erfahrungen konfrontiert werden. Zudem bildet sich in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie durch agierende Spielhandlungen und das Gegenübersitzen ein spezifischer intermediärer Raum, in dem die nonverbale Kommunikation eine wichtige Rolle spielt.

Auch der in der psychischen Entwicklung folgende Schritt der Objektverwendung und Objektkonstanz besitzt seine Entsprechung in der therapeutischen Situation. Das Kind realisiert den Therapeuten als ein Objekt, das sich seiner omnipotenten Kontrolle entzieht und Verzicht fordert. Es entwickelt den unbewussten Wunsch, ihn anzugreifen und als Objekt zu zerstören. Im geschützten Therapieraum wird es dem Kind und dem Jugendlichen möglich, durch ungeformtes Phantasieren und verdichtete Symbolisierung in Spiel, Traum und Wort so Konflikte und frühere Beziehungserfahrungen (Übertragung) darzustellen und der gemeinsamen Arbeit zuzuführen.

Die vom Kind erlebte Tatsache, dass der Therapeut weder Rache übt, noch als Objekt in der Wirklichkeit zerstört wird, erlaubt es dem Patienten, ihn als eigenständiges Objekt wahrzunehmen und zu akzeptieren. »Dies ist der eigentliche Anfang der Phantasie im Menschen. Das Subjekt kann jetzt das Objekt, das überlebt hat, verwenden.« (Winnicott, 1971, S. 105) Der Patient hat die Vorstellung entwickelt, dass »Angriffe nicht unabdingbar zur Vergeltung führen müssen« (Winnicott, 1971, S. 107). Das Bewusstwerden dieser Erfahrung spielt im Beson-

deren beim Ende der Psychotherapie eine entscheidende Rolle. Der Patient kann sich verabschieden, weil er weiß, dass der Therapeut an sich und die Erfahrung mit ihm im Kind weiterleben werden. Im günstigen Fall bleibt der geschaffene Therapieraum auch nach der Beendigung als ein erweiterter psychischer Raum im Kind oder Jugendlichen erhalten. Dieser Prozess kann jedoch scheitern, wenn es nicht mittels Durcharbeiten gelingt, z. B. eine negative therapeutische Reaktion oder eine sadomasochistische Verstrickung aufzulösen. Vor diesem ungünstigen Ausgang schützen eine erfolgreiche Arbeit des Therapeuten an seiner eigenen Gegenübertragung und sein fachliches Wissen, dass jede Deutung besonders in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen auch eine narzisstische Kränkung für den Patienten bedeuten kann.

4.7 Psychotherapie mit Eltern und Bezugspersonen

Es sind meist die Eltern, mit denen die Therapievereinbarungen getroffen werden und die das Arbeitsbündnis tragen. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut arbeitet mit den realen Eltern, den inneren Bildern, die das Paar voneinander hat, den inneren Vorstellungen, die die Eltern über ihr Kind haben und den inneren phantasierten Eltern des Kindes oder Jugendlichen. Dies ist die herausragende Besonderheit der analytischen und tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendlichenalter.

Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist um eine gleichschwebende Aufmerksamkeit in der Arbeit mit den Eltern wie auch in der Arbeit mit dem Kind und dem Jugendlichen bemüht. Er erfährt dabei vieles über die innere Welt des Kindes oder des Jugendlichen mit den Eltern und vieles über die innere Welt der Eltern mit deren Kind. Er wird bemüht sein, weder gegenüber den Eltern noch gegenüber dem Kind oder dem Jugendlichen darüber etwas mitzuteilen, außer er hält es in Ausnahmesituationen für dringend notwendig und tut dies dann nach Absprache. Dennoch bleiben im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten alle die hervorgerufenen inneren Bilder präsent, wenn er mit den Eltern oder mit dem Kind und dem Jugendlichen im Dialog ist. So übernimmt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bewusst, vorbewusst und unbewusst eine Vermittlerrolle zwischen den Eltern und dem Kind oder dem Jugendlichen und damit immer eine triangulierende Aufgabe.

Die Arbeit verhilft dem Elternpaar zu einer elterlichen Allianz, um angemessene Lösungen mit ihrem Kind zu finden, damit die Eltern Projektionen zurücknehmen und ihr Kind nicht mehr als »Selbstobjekt« gebrauchen, sondern als Eltern ihrem Kind, wenn nötig als Selbstobjekt zur Verfügung stehen. Dabei geht es um die Wahrnehmung, dass ihr Kind in seiner eigenen Zeit lebt, in seiner eigenen

Lebenssituation und die Lebensgeschichte der Eltern deren eigene ist. Das Elternpaar gibt sich gegenseitig sichernden Raum. Der Dritte, als geschlechtlicher Gegenpol, erweitert triangulierend die Dyade eines Elternteils mit dem Kind, indem er mit diesem eine eigene, andersartige Beziehung eingeht. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut klärt die Entwicklung eines Selbstbildes: »Ich als Mutter«, »ich als Vater«, »wir als Eltern«. Das Verstehen in der Arbeit mit den Eltern beruht wesentlich auf der Inszenierung während des Elterngespräches, die auf den Patienten hin reflektiert wird. Die Arbeit mit den Eltern gestaltet sich oft wie eine Fokalthherapie. Sie kann jedoch eine mitunter notwendige eigene Psychotherapie nicht ersetzen.

4.8 Vernetzte therapeutische Arbeit und Psychopharmakotherapie

Wenn die Eltern nicht gut genug in der Lage sind, die Bedürfnisse ihres Kindes schützend im sozialen Umfeld zu vertreten, wird es wichtig, dass Andere eine notwendige Vermittlerrolle für das Kind und den Jugendlichen übernehmen.

Für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschränkt sich dann die Arbeit mit den Bezugspersonen nicht nur auf die Arbeit mit den Eltern, sondern es werden oft mehrere hilfreiche Bezugspersonen für das Kind oder den Jugendlichen wichtig. Solche Bezugspersonen können diesen alternative Lebenswelten öffnen, triangulierende Funktion übernehmen und auch für das Kind oder für den Jugendlichen ein wichtiges »Verwandlungsobjekt« (Bollas, 1987) sein: Lehrer und Erzieher, andere Therapeuten (in übenden Verfahren), betreuende Ärzte, Mitarbeiter sozialer Hilfeinrichtungen usw. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird sich hier auf eine hilfreiche Allianz einlassen wollen.

Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird bemüht sein, die innere Welt des Kindes und des Jugendlichen in den Außenkontakten zu schützen und seiner Schweigeverpflichtung gerecht zu werden. Wie in der Arbeit mit den Eltern erfährt er etwas über das Kind außerhalb der analytischen Arbeit und der therapeutische Raum wird davon berührt. Das innere Bild von dem Kind oder dem Jugendlichen im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verändert sich, und die Phantasien, die das Kind oder der Jugendliche sich vom Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten macht, beschäftigen sich auch mit dessen Außenkontakten.

Die Arbeit mit den Eltern als Bezugspersonen gestaltet sich dynamisch anders als eine Arbeit mit Bezugspersonen, die professionell mit dem Kind oder dem Jugendlichen befasst sind. Mit den Eltern entwickelt sich ein gemeinsames Verständnis über das Unbewusste. Die Arbeit mit professionellen Bezugspersonen bleibt meist auf die bewusste Wahrnehmung beschränkt. Hinzu kommt, dass

jede Profession ihren Verstehenshintergrund hat und damit verbunden ihre Verständigungsrituale. Ein Arzt möchte oft nur eine kurz formulierte diagnostische Zuordnung und damit verbundene Behandlungsvorstellung. Der Pädagoge möchte Fehlhandlungen konkret verstehen, um mit dem Schüler richtig umzugehen und gleichzeitig die soziale Gruppensituation berücksichtigen zu können. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, als Vermittler für das Kind und den Jugendlichen, wird dies berücksichtigen müssen. In einem Einzelgespräch wird man analytische Sichtweisen über die Wirkung des Unbewussten kaum vermitteln können. Es entstehen eher konkretistische Vorstellungen und dadurch Missverständnisse; analytisches Verstehen ist nur in der Beziehung möglich. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird seine analytischen Kenntnisse über das Kind und den Jugendlichen in die professionelle Welt des anderen übersetzen müssen.

Es lohnt sich, schon im Rahmen des Arbeitsvertrages und der Klärung der Rahmenbedingungen aktiv die notwendig werdenden Gespräche mit weiteren Bezugspersonen zu thematisieren und zu suchen. Damit sind diese Kontakte für alle Beteiligten in klaren Rahmenbedingungen eingebettet. Spätere Änderungen der Rahmenbedingungen lassen sich nicht immer vermeiden, berühren aber die dann zu klärende Behandlungsbeziehung.

Die Indikationsstellung zur Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters ist ganz wesentlich vom Alter abhängig. Voraussagen zur Dosis und zur pharmakokinetischen Wirkung im Kindes- und Jugendalter sind schwierig. So liegen viele Substanzen außerhalb des altersbezogenen Zulassungsbereichs und können dann im Kindes- und Jugendalter nur im Rahmen eines Heilversuchs, unter sorgsamer Berücksichtigung der individuellen Situation, verordnet werden. Die Darstellung der einzelnen Substanzgruppen kann in der Fachliteratur nachgelesen werden (Gerlach, Warnke, Wewetzer, 2004).

Die medikamentöse Behandlung ist davon abhängig, inwieweit diese vom Patienten, meist ein jugendlicher Patient oder junger Erwachsener, und seiner Familie akzeptiert wird. Die Bilanzierung des Patienten zwischen erwünschter Wirkung und unerwünschter Nebenwirkung ist entscheidend. Der Patient soll die Medikation als Hilfe verstehen, um besser mit seiner Lebenssituation zurechtzukommen. Dazu ist es wichtig, dass er auf der einen Seite die Begrenztheit und auf der anderen Seite die Hilfemöglichkeit, bezogen auf eine begrenzte Zeitperiode, versteht. Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka kann dann eine stressbedingte Dekompensation abmildern, Affektstürme überwinden und die Ich-Kontrolle durch Stabilisierung der Affekt- und Stimmungsregulierung verbessern. Dadurch können die Klärungsprozesse in der analytischen Arbeit durchaus erleichtert werden.

Eine vom Patienten durch das Medikament erlebte Entlastung kann aber auch

den Leidensdruck mildern, so dass ihm die Mühe einer Psychotherapie nicht mehr notwendig erscheint.

Die Wirkung eines Medikaments wird meist durch die jeweiligen individuellen Übertragungs- und Gegenübertragungssituation mit interpretiert. Das Medikament kann als Geschenk angesehen werden, aber auch als Eingriff in die Autonomie, kann als Bedrohung des Körperselbst erlebt werden. Das Medikament kann aber auch jenseits der pharmakokinetischen Wirkung wie ein haltgebendes Objekt gebraucht werden, auf das der Patient nur schwer verzichten kann.

Meist wird das Medikament durch einen Dritten verordnet, der in der Dynamik der Behandlungsbeziehung eine Bedeutung bekommt. So können vielfältige psychodynamische Implikationen die Wirksamkeit eines Medikaments, unabhängig von den pharmakokinetischen Beschreibungen, bestimmen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und dem verordnenden Arzt, in der die pharmakokinetisch gewollten Wirkungen einerseits und die unbewussten Zuschreibungen an das Medikament durch den Patienten andererseits berücksichtigt werden, ist notwendig, damit der Patient von Beidem profitieren kann.

5. *Forschung*

In seinem Nachwort zur Frage der Laienanalyse schrieb Sigmund Freud, dass in der Psychoanalyse von Anfang an ein »Junktum zwischen Heilen und Forschen« bestanden habe. Die Erkenntnis habe den Erfolg gebracht: Man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. »Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt«, und Freud wollte den wissenschaftlichen Gewinn der analytischen Arbeit auch keinen »praktischen Erwägungen zum Opfer bringen« (S. 347). Die Einzelfalluntersuchung, teilnehmende Beobachtung in der analytischen Situation, ist auch weiterhin ein zentrales wissenschaftliches Instrument.

Durch die Gesundheitssysteme und die Schaffung von Psychotherapie-Richtlinien und Kostenerstattung geriet die Psychoanalyse als Behandlungsverfahren unter Druck. Sie sollte »objektiv« belegen, dass die Ergebnisse ihrer Behandlungen wirksam, effizient und kostengünstig seien. Dies bewirkte heftige Diskussionen um eine empirisch-psychoanalytische Forschung. Kritiker sahen die Versuche, Ergebnisse psychoanalytischer Behandlungen empirisch-objektivierend zu belegen, als eine Anpassung an einen Zeitgeist, der einen Mythos von

»Wissenschaftlichkeit« einsetzt (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2004, S. 4). Um beiden Tendenzen, der »Junktimforschung« und der Empirie gerecht zu werden, wurde Pluralität und Vielfalt psychoanalytischer Forschung eingefordert.

Die psychoanalytische Therapie mit Kindern und Jugendlichen kann auf eine lange Tradition und ein breit gefächertes Feld klinischer Erfahrungen zurückblicken. Bis vor wenigen Jahren lagen dennoch nur wenige empirische Untersuchungen zum Nachweis einer wissenschaftlichen Fundierung und Wirksamkeit vor. Der Wissenschaftsbeauftragte Eberhard Windaus hat die bislang durchgeführten Wirksamkeitsstudien gesichtet und konnte mittlerweile mit der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mehrere Vorhaben auf den Weg bringen, so dass bis zum Jahr 2005 immerhin 21 – zum Teil kontrollierte – Studien und sechs umfangreiche Katamnesen vorlagen: Inzwischen wurde die analytische Psychotherapieforschung zur ureigenen Angelegenheit und zu »einem notwendigen Instrument der Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes«. Neuere Studien, die eine Kombination von Wartegruppendesign und naturalistischer Feldabbildung darstellen, haben die Wirksamkeit von analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen überzeugend festgestellt (Windaus, 2005, S. 554). Die entsprechenden Studien werden innerhalb der einzelnen Leitlinien zitiert.

6. Literatur

Alvarez, A. (2001): *Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern*. Frankfurt (Brandes & Apsel).

Argelander, H. (1989): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).

Arbeitskreis OPD (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern (Hans Huber).

Bacal, H. A./Newman, K. M. (1994): *Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie*. Stuttgart (Frommann-Holzboog).

Berns, I. (2007): *Ethik und Berufsrecht*. In: Hopf, H./Windaus, E.: *Lehrbuch der Psychotherapie Bd. V, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München (CIP Medien).

Bion, E. R. (1992): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).

Bollas, C. (1987): *Der Schatten des Objektes*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt (Fischer).

Brisch, K. H. (2009): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta).

- Bürgin, D./Resch, F./Schulte-Markwort, M. (2007): *OPD-KJ – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber).
- Clarking, J. F./Yeomans, F. E./Kernberg, O. F. (2001): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit, Manual zur psychodynamischen Therapie*. Stuttgart, New York (Statthausen).
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal.* S. 175-199.
- Erikson, E. H. (1963): *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart (Klett), 1976.
- Ferro, A. (2003): Das Spiel: Personen, Erzählungen, Deutungen. *Kinderanalyse* 11: S. 342-348.
- Fonagy, P. et al. (2002/2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fonagy, P./Target, M. (2004): *Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation*. In: Streeck-Fischer, A.: *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Freud, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Die Schriften der Anna Freud. Bd. 1, S. 197-355, München (Kindler), 1980.
- Freud, A. (1971): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Die Schriften der Anna Freud. Bd. 8, S. 2121-2349, München (Kindler), 1980.
- Freud, S. (1915): *Das Unbewußte*. In: Studienausgabe Bd. 3, Frankfurt a. M. (Fischer), 1975.
- Freud, S. (1926): *Hemmung, Symptom und Angst*. In: Studienausgabe, Band 6, Frankfurt a. M. (Fischer), 1971.
- Freud, S. (1937): *Die endliche und die unendliche Analyse*. In: Schriften zur Behandlungstechnik, Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt a. M. (Fischer), 1975.
- Freud, S. (1927a): *Nachwort zur Frage der Laienanalyse*. Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt a. M. (Fischer), 1975.
- Gerlach, M./Warnke, A./Wewetzer, P. (2004): *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter, Grundlagen und Therapie*. Wien (Springer).
- Hartmann, H. (1972): *Ich-Psychologie*. Stuttgart (Klett).
- Heigl, F. (1978): *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht).
- Heinemann, E./Hopf, H. (2007): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart (Kohlhammer), 3. Auflage.
- Hinshelwood, R. D. (1993): *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Stuttgart (Internationale Psychoanalyse).
- Holder, A. (2002): *Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Hopf, H./Windaus, E. (2007): *Lehrbuch der Psychotherapie Bd. V, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München, (CIP Medien).
- Kaphammer, H. P. (1998): Zur Interaktionen von Pharmakotherapie und psychodynamischer Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen. *Psychotherapie*, 3. Jg., Bd. 3/1: S. 76 ff.
- Klein M. (1947): *Symposium über die Kinderanalyse*. In: Ein Kind entwickelt sich. München (Kindler).

- Klüwer R. (1983): Agieren und Mitagieren. *Psyche* 37: S. 828-840.
- Klüwer, R. (2000): Fokus, Fokalthherapie, Fokalkonferenz. *Psyche* 44: S. 299-321.
- Klüwer, R. (2006): Zur vernachlässigten Dimension des Fokalen. *Psyche* 50: S. 1105-1125.
- Kohut, H. (1971): *Narzissmus*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Krause, R. (1983): Zur Genese der Affekte. *Psyche* 37: S. 1016-1043.
- Krause, R./Steimer-Krause, E./Ullrich, B. (1992): Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis, *Forum Psychoanal* 8: S. 238-253.
- Lachauer, R. (1992): *Der Fokus in der Psychotherapie*. Stuttgart (Pfeiffer).
- Leuzinger-Bohleber, M./Rüger, B./Stuhr, U./Beutel, M. (2002): *Forschen und Heilen in der Psychoanalyse, Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Leuzinger-Bohleber, M./Deserno, H./Hau, S. (Hrsg.) (2004): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Lichtenberg, J. (1991): Motivational-funktionale Systeme als psychische Strukturen. *Forum Psychoanal.* 7, S. 85-97.
- Loch, W. (1982): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart (Hirzel).
- Lorenzer, A. (2006): *Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewussten*. Marburg (Tectum).
- Mentzos, S. (1984): *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt a. M. (Fischer).
- Mentzos, S. (1993): *Abwehr*. In: Mertens, W. (Hrsg.): *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse*. Stuttgart (Internationale Psychoanalyse).
- Mertens W. (1990): *Einführung in die psychoanalytische Psychotherapie, Band I*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Mertens, W. (1981): *Psychoanalyse*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Paar, G. H. (1986): *Psychopharmaka in der psychosomatischen Medizin und in der Allgemeinmedizin*. In: Uexküll, T von: *Psychosomatische Medizin*. München (Urban und Schwarzenberg).
- Sandler, J. et al. (1971): *Die Grundbegriffe der Psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1991
- Segal, H. (1990): *Bemerkungen zur Symbolbildung*. In: Bott Spillius, E. (Hrsg): *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Band 1: Beiträge zur Theorie. München und Wien (Internationale Psychoanalyse).
- Solms, M. (2006): Eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Psychoanalyse. *Psyche* 60: S. 833.
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Streeck-Fischer, A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der psychoanalytischen Psychotherapie, *Forum Psychoanal.* 13: S.19-31.
- Thomä, H./Kächele, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Grundlagen*. Heidelberg (Springer).
- Wallerstein, R. S. (1990): Psychoanalyse und Psychotherapie. *Psyche* 44: S. 967-994.
- Will, H. (2006): *Psychoanalytische Kompetenzen*. Stuttgart (Kohlhammer).

Windaus, E. (2005): Wirksamkeitsstudien zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: S. 530-558.

Winnicott D. W. (1971): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1987.

Wolf, E. S. (1998): *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).

Wurmser, L. (1959): *Flucht vor dem Gewissen*. Berlin, Heidelberg (Springer), 1987.