

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

2.1.4 Die Übertragungsneurose

In der Kinderanalyse ist die Existenz einer vollgültigen Übertragungsneurose umstritten. Während die Kinderanalytiker in der Tradition von Melanie Klein diese annehmen, stehen die Anna Freud folgenden Kinderanalytiker diesem Konzept kritisch gegenüber. Den Hauptpunkt des Streites bildet der Umstand, dass für das Kind die Objekte der Vergangenheit für seine Gegenwart weiterhin von großer Bedeutung sind. Spricht man in der Erwachsenenanalyse davon, dass zur Herausbildung einer therapeutischen Übertragungsneurose ein überwiegender Anteil von Übertragungsphantasien sich um die Person des Analytikers gruppieren muss, ist bei Kindern durch die bedeutsame Gegenwart ihrer Primärobjekte nach Anna Freud nicht davon auszugehen, dass sie eine vollgültige Übertragungsneurose ausbilden.

Melanie Kleins „Beobachtungen ergaben, daß sich auch beim Kinde eine Übertragungsneurose entwickelt, die der beim Erwachsenen analog ist, sofern nur beim Kinde eine der Erwachsenenanalyse adäquate Methode (d.h. ohne pädagogische Beeinflussung und mit voller Analyse der auf den Analytiker gerichteten negativen Regungen) zur Anwendung kommt“ (Melanie Klein, 1934, S. 11).

Übereinstimmung besteht darin, dass ein Kind positive und negative Übertragungen zeigt, eine spontane Übertragungsbeurteilung besitzt und so weit wie möglich eine volle analytische Situation hergestellt werden sollte.

Nach Anna Freuds späteren Überlegungen von 1982 (in Sandler et al.) lassen sich bestimmte „Elemente einer Übertragungsneurose“ zusammentragen, die kennzeichnen, dass ein Kind sich in intensiver analytischer Übertragungsarbeit befindet.

1. Es können kurze Episoden auftreten, die übertragungsneurotischen Charakter haben.
2. Ein bestimmtes regressives oder provokatives Verhaltensmuster wird statt wie bisher in der äußeren Umwelt nun zusehends in der Analyse inszeniert.
3. Die Intensität der inneren Beschäftigung mit dem Analytiker und der Affektbetrag der übertragenen Gefühle nehmen zu.

2.2 bei Jugendlichen

Auch für den Jugendlichen ist die Herstellung einer Übertragungsbeziehung zum Therapeuten durch die Gegenwart der Eltern eingeschränkt. Die entwicklungspsychologischen Vorgänge des Abzugs der libidinösen Besetzung von den Eltern und die damit verbundene Ablösung von den primären Objektbeziehungen führen zur narzisstischen Objektwahl und erschweren die Besetzung der Person des Therapeuten, was die Herstellung von Übertragungsprozessen behindert. Diese Beschäftigung mit sich selbst ist ein wesentliches Merkmal der Adoleszenz. Dabei kann die Regression im Dienste des Ich der allgemeinen Ich-Entwicklung zugute kommen oder narzisstisch maligne Prozesse wie Delinquenz, Süchte oder Promiskuität verstärken. Im Mittelpunkt der psychischen Aktivität von Jugendlichen stehen vor allem Größenphantasien, das Leben in der Gegenwart und eine starke Besetzung körperlich-sexueller Gefühle. Die Vergangenheit als Wiederbelebung infantiler Abhängigkeit wird im Stadium der Entwicklung forcierter Autonomiebestrebungen wenig gesucht. Insofern wird infragegestellt, ob sich eine Übertra-

gungsneurose herausbildet. Der Therapeut wird im Rahmen der Realitätsorientierung des Jugendlichen mehr als Realobjekt denn als Übertragungsobjekt gebraucht. Besonders typisch in der Pubertät ist das Umschlagen von idealisierender Übertragung in entwertende Haltungen dem Therapeuten gegenüber.

Beispiel

„In der Übertragung ... können wir beobachten, wie neben der tiefen, verfeinerten Feindseligkeit eines Patienten, seiner scharfen Kritik am Analytiker und den Vorwürfen, daß der Analytiker impotent und wertlos sei, eine unbewußte, archaische Überzeugung von der Allmacht des Analytikers einhergeht. Das Idealbild von allmächtigen Eltern und Analytikern ist für den Adoleszenten nicht nur nicht unentbehrlich für die Erhaltung der narzisstischen Besetzung, sondern wird darüber hinaus zur Verringerung der Schuldgefühle benutzt, die genau durch diese feindselige und aggressive Verhaltensweise hervorgerufen werden. Es ist, als ob der Jugendliche zu sich selber sagte: „Eltern und Analytiker sind allmächtig, folglich sind sie unverletzlich. Daher kann ich schimpfen, quälen und jede Aggression ausleben, ohne mich schuldig zu fühlen und mir Vorwürfe machen zu müssen“ (Lampl-de Groot, 1965, S. 484).

Vielfach treten in der Adoleszenz starke Übertragungswiderstände dem Analytiker gegenüber auf. Sie dienen vor allem zur Abwehr emotional regressiver Gefahren, die mit der Wiederbelebung der ödipalen Gefühle in der therapeutischen Beziehung verbunden sind. So wird der Analytiker oft mit aggressiven Impulsen bedacht, um sich vor der Wiederbelebung libidinös anhänglicher Gefühle zu schützen. Wie jeder Erwachsene wird der Analytiker als ein feindseliger Eindringling betrachtet. Durch den sprunghaften jugendlichen Charakter und das wechselhafte klinische Erscheinungsbild von Übertragungen in diesem Alter sind Übertragungsmanifestationen schwieriger zu erfassen und in der Behandlung durchzuarbeiten. In der Adoleszenz hat sich der Analytiker sowohl auf starke negative als auch schwärmerische Übertragungen einzustellen.

Die Darlegung der jugendlichspezifischen Aspekte bei Übertragungsvorgängen hat auch die Verliebtheit in der Übertragung mit einzuschließen. Die „Verliebtheit“ wird als sehr real erlebt und kann zugleich wichtige Übertragungsaspekte aus der frühen Kindheit enthalten. Das abschließende Fallbeispiel soll diesen Vorgang belegen und zugleich zeigen, dass es auch in der Pubertät vielschichtige Übertragungsprozesse gibt.

Beispiel

„Übertragene Gefühle und Einstellungen spielten eine ganz entscheidende Rolle in Tinas (16 Jahre – Anmerkung des A.) Analyse. Das Aussehen der Therapeutin erinnerte sie an das Aussehen ihrer Mutter. ... Dies erregte gleich zu Beginn der Analyse leidenschaftliche ... Wünsche. Tina drückte ihre homosexuellen Wünsche ... in Briefen, Träumen und Phantasien aus. Ihre Bindung wurde zuerst in Abwehr gegen ihre feindseligen Gefühle gegenüber der Therapeutin verstanden und gedeutet, auch als Ergebnis ihrer Angst vor Zurückweisung, die daher rührte, daß sie in ihrer frühen Kindheit von ihrer Mutter zurückgewiesen worden war. ... Ihre Angst, das Liebesobjekt zu verlieren, war exzessiv, aber der libidinöse



Aspekt der Gefühle Tinas für die Therapeutin, ihr Wunsch nach körperlicher Berührung, ihre Neugier in bezug auf sexuelle Dinge und ihre heftige Eifersucht auf die Therapeutin traten in der Behandlung zutage. ... Ihr Bedürfnis, in der Therapeutin einen ‚vollkommenen‘ Menschen zu sehen, wurde in seinen defensiven Aspekten gedeutet und mit ihren Gefühlen in Verbindung gebracht, daß sie in der Kindheit ihre Mutter als vollkommen betrachten mußte, um Enttäuschungen abzuwehren. ... Während des zweiten Behandlungsjahres nahm jedoch die Übertragung eine vorwiegend anhängliche und abhängige Form an, die an die Beziehung eines sehr kleinen Kindes zur Mutter erinnerte“ (Sandler et al., 1982, S. 128/129).

! Merke:

1. Übertragung ist die Wiederherstellung von typischen Beziehungsmustern der infantilen Vergangenheit in der Gegenwart der psychotherapeutischen Beziehung, gerichtet auf die Person des Therapeuten.
2. In der analytischen Kinderpsychotherapie wird das Übertragungskonzept der Erwachsenenanalyse von zwei Seiten her modifiziert:
 - a) Die Eltern sind noch die Objekte der Gegenwart und nicht wie beim Erwachsenen Objekte der Vergangenheit. Das bewirkt eine geringere Übertragungsneigung
 - b) Die realen Eltern sind für das Kind wichtiger als ein Übertragungsobjekt, so dass der Kindertherapeut eine geringere Besetzung erfährt
3. Die Übertragungsmöglichkeiten beim Kind gliedern sich in:
 - a) Übertragung von üblichen Beziehungsweisen, die weniger eine Übertragungsreaktion auf den Analytiker darstellen, sondern als ubiquitäre Charakterübertragungen anzusehen sind.
 - b) Übertragung gegenwärtiger Beziehungen
 - c) Übertragung früherer Erlebnisse
4. Die Frage der Herstellung einer Übertragungsneurose in der Kinderanalyse ist zwischen den an Anna Freud und Melanie Klein orientierten Kinderanalytikern umstritten. Während erstere wegen der Gegenwartsbedeutung der Eltern für das Kind eine Übertragungsneurose für nicht entwickelbar halten, sehen die anderen deren Herbeiführung durch die konsequente Deutung aller Phänomene im Rahmen von Übertragungsprozessen als herstellbar an. Übereinstimmung besteht darin, dass es auch in der Kindertherapie Perioden gibt, in denen sich alte Muster zusehends in der Analyse inszenieren und die Beschäftigung mit der Person des Analytikers große Intensität annehmen kann.
5. Jugendliche befinden sich im Prozess der Ablösung von ihren Primärobjekten. Deshalb vermeiden sie die Wiederbelebung der Objekte der Vergangenheit. Sie besetzen aufgrund ihrer narzisstischen Objektwahl den Analytiker weniger, als Erwachsene dies in der Regel tun. Für Jugendliche ist der Analytiker in ihrer Orientierungssuche mehr als Real-Objekt von Bedeutung.
6. Als Spezifika jugendlicher Übertragungsmanifestationen sind die „Verliebtheit“ in den Therapeuten, die sexualisierte Übertragung und starke negative Übertragungsreaktionen zu beachten.

3 Die Gegenübertragung

3.1 bei Kindern

Das Konzept der Gegenübertragung hat in seiner Bedeutung lange hinter der Analyse der Übertragungsphänomene zurückgestanden. Im Wesentlichen bestehen drei Positionen.

1. eine sehr restriktive Begriffsverwendung, die die Gegenübertragung des Analytikers nur als unbewusste Reaktion auf die unbewusste Übertragung des Patienten verstanden wissen will,
2. eine sehr weitgehende Begriffsverwendung, die alle Gefühle des Analytikers in Bezug auf den Patienten mit einbezieht,
3. eine mittlere Position, die von spezifischen Gefühlsreaktionen des Analytikers auf die spezifische Persönlichkeit des Patienten spricht (vgl. hierzu insgesamt das Kapitel Gegenübertragung bei Sandler et al., 1996).

Behandlungstechnisch wurde die Gegenübertragung in der Entstehungsphase der Psychoanalyse zunächst als eine Störquelle im Behandlungsprozess bezeichnet.

Beispiel

„Für den Arzt bedeutet sie (die Verliebtheit einer Patientin – Anmerkung des A.) eine kostbare Aufklärung und eine gute Warnung vor einer etwa bei ihm bereitliegenden Gegenübertragung. Er muß erkennen, daß das Verlieben der Patientin durch die analytische Situation erzwungen wird und nicht etwa den Vorzügen seiner Person zugeschrieben werden kann, daß er also gar keinen Grund hat, auf eine solche ‚Eroberung‘ ... stolz zu sein. Und es ist immer gut, daran gemahnt zu werden ... der Versuch, sich in zärtliche Gefühle gegen die Patientin gleiten zu lassen, (ist) nicht ganz ungefährlich“ (S. Freud, GW X, S. 308).

Daraus wurde die Verpflichtung abgeleitet, dass der Analytiker durch eine eigene Analyse so gut wie möglich in die Lage versetzt werden sollte, blinde Flecken bei sich zu erkennen. Denn „jeder Psychoanalytiker (kommt) nur so weit, als seine eigenen Komplexe und Widerstände es gestatten ...“ (S. Freud, GW VIII, S. 108).

In den letzten 50 Jahren haben sich vor allem Konzepte der Gegenübertragung als nützlich erwiesen, die die Gegenübertragungsgefühle nicht nur zu kontrollieren, sondern sie für den analytischen Erkenntnisprozess zu nutzen versuchen. Es entstand die Position, dass der Analytiker die in ihm geweckten Gefühle festhalten und bewahren soll, statt sie wie der Patient abzuführen. Erst dadurch können sie dem Patienten „gehalten“ oder „verdaut“ zurückgegeben werden. So kann z.B. die vom Analytiker gespürte Langeweile bei manischem Erzählen eines Patienten ein Hinweis auf von diesem abgewehrte depressive Gefühle sein. In diesem Sinne sind die Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers zu einer Verständnishilfe für die Gefühlsmitteilungen des Patienten aufgewertet worden. Die kontrollierte Nutzung dieser Gegenübertragungsreaktionen ist weiterhin die Voraussetzung für deren nicht agierte Verwendung.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gibt es besondere und typische Gegenübertragungsreaktionen, die zu beachten sind.

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

1. Da in der Kinderanalyse nicht das Kind, sondern die Eltern die Auftraggeber sind, besteht die Gefahr des **Loyalitätsverrats**: Identifiziert sich der Therapeut zu sehr mit dem Kind, stellt er sich gegen die Eltern, vertritt er zu sehr die Elternposition, untergräbt er seine analytische Haltung und wird vom Kind als verlängerter Arm der Eltern empfunden. **Der Kindertherapeut sollte stets um Allparteilichkeit bemüht sein.**
2. Eine weitere Achillesferse im Umgang mit Eltern und Kind ist die unbewusste **Rivalität um das Kind**. Diese kann zu malignen therapeutischen Prozessen führen und einen Abbruch bewirken.
3. Ein kindlicher Patient fördert beim erwachsenen Therapeuten eher **Allmachtsphantasien**. Diese Phantasien sind mit der unrealistischen Vorstellung verknüpft, dass die Behandlung eines Kindes leichter sei. Überschätzungen solcher Art führen beim Therapeuten schnell zu Enttäuschungsreaktionen.
4. Das Kind und vor allem Jugendliche neigen zu **aggressiven Haltungen** (Hohn, Trotz) und zu **negativen Übertragungen**, die den Therapeuten direkt angreifen. Insbesondere Jugendliche präsentieren sich im Rahmen des Generationenkonflikts mit höhnischen Haltungen und wollen die alte Generation auf den „Kehrichthaufen der Geschichte“ werfen.
5. **Gegenübertragungsreaktionen des Kindertherapeuten bestehen auch den Eltern gegenüber**. Aus Gründen seiner Abhängigkeit von deren Auftraggeberschaft kann der Therapeut dazu verleitet werden, elterliche „Aufträge zu übernehmen“. Damit wird die **notwendige Konfrontation der Eltern mit ihrer inneren Beteiligung an der Konfliktdynamik vermieden**.
6. Eine besondere Quelle für Gegenübertragungsreaktionen bietet in der Kindertherapie die **Dosierung von altersangemessenen Frustrationen**. Wegen der kindlichen Forderungen besteht für den Kindertherapeuten die Gefahr, als gute Mutter zu reagieren. Das dem Lustprinzip näher stehende Kind provoziert auch dessen Regressionswünsche.

Beispiel

„Es kann für den Therapeuten außerordentlich schwierig sein, abzuschätzen, wieviel Frustration ein Kind ertragen ... kann. Manchmal kann mit dem Kind ein Kompromiss bezüglich einer Rationierung geschlossen werden. Es bekommt beispielsweise ... vier Blatt pro Sitzung. Das wichtigste ist immer die Fortsetzung der analytischen Arbeit, und die Ablehnung der Bitte eines Kindes kann sie beeinträchtigen; daher können zeitweilige Kompromisse angezeigt sein. ... Im allgemeinen wollen Therapeuten, die Furcht vor einer nachteiligen Beeinflussung der Übertragung ausdrücken, in Wirklichkeit sagen, daß sie eine Störung der **positiven** (Hervorhebung vom A.) Übertragung fürchten, und ihre Ängste davor, gewisse Befriedigungen zu versagen, können Rationalisierungen sein, die sie anwenden, um die **feindseligen Gefühle des Kindes zu vermeiden** (Hervorhebung vom A.). Das ist ein Problem der Gegenübertragung“ (Sandler et al., 1982, S. 240).

3.2 bei Jugendlichen

Jugendliche konfrontieren den Therapeuten mit einem größeren Potenzial an libidinöser und aggressiver Energie als Kinder, was

umgekehrt stärkere Gegenreaktionen herausfordern kann. Wut, Ablehnung und Entwertung schon in Erstkontakten können durch gegenaggressive Reaktionsweisen die Aufnahme einer Behandlung verhindern. Dabei hat der Therapeut mit Gefühlen der Kränkung und Enttäuschung zu kämpfen. Die erhöhte Aggressivität hängt damit zusammen, dass vom Jugendlichen schon die Anbahnung einer Behandlung als eine narzisstische Kränkung empfunden wird.

Der Jugendlichentherapeut befindet sich immer wieder an der Grenze zum Handeln, die bis zur Behandlungsunterbrechung oder stationären Einweisung führen kann. Denn Jugendliche benutzen Alkohol, Drogen, Suizid, Schwangerschaft, Delinquenz oder körperliche Selbstschädigung zu selbstdestruktivem Verhalten. **Das Agieren von Rettungsphantasien** seitens des Therapeuten kann dann an die Stelle des Analysierens treten. Da Jugendliche den Therapeuten auch als neues Identifikationsobjekt suchen, steht der Therapeut in der Gefahr, Idealisierungen des Patienten entgegenzukommen. „Um diese Aufgabe richtig zu lösen, ist es aber unumgänglich, daß der Analytiker seine eigenen, durch magische Überschätzung des Patienten geweckten Allmachtsphantasien ganz genau kennt und ausschaltet. Diese Aufgabe kann recht schwierig sein, wenn ein Jugendlicher sich vom Analytiker als einzigem Menschen verstanden fühlt und ihm eine schwärmerische Bewunderung entgegenbringt“ (Frijling-Schreuder, 1967, S. 28).

Einen wichtigen Komplex bei der Analyse der Gegenübertragung stellt das Verhältnis des Jugendlichen-Psychotherapeuten zu seiner eigenen Jugendzeit dar. Unaufgelöste Identifizierungen sind in der Arbeit mit Jugendlichen besonders kontraproduktiv. Unvollständig bewältigte Ablösungsprozesse hindern daran, eine angemessene grenzsetzende Haltung einzunehmen. Es ist auch ist zu berücksichtigen, dass die aus der Sexualität stammenden Gegenübertragungsimpulse wegen des gereiften adoleszenten Körpers anderen Anfechtungen ausgesetzt sind als beim Kind. Denn ein Jugendlicher und junger Erwachsener können Sexualpartner sein.

! Merke:

1. Gegenübertragungen sind unbewusste Reaktionen des Therapeuten auf die spezifischen Übertragungsangebote und Verhaltensmodi des Patienten.
2. Während in der Frühzeit der Psychoanalyse Gegenübertragungen als Störquelle im Prozess der Behandlung angesehen wurden, wird heute die Gegenübertragung als Erkenntnisinstrument geschätzt und genutzt.
3. Um die mit den Gegenübertragungsreaktionen verbundenen Verwicklungen handhaben zu können, wird von jedem Psychoanalytiker eine Selbsterfahrung in der Form der Lehranalyse verlangt.
4. Als spezifische Gegenübertragungsreaktionen bei Kindern sind
 - die Rivalität um das Kind mit den Eltern,
 - einseitige Loyalitätsverteilungen zwischen Eltern und Kind,
 - therapeutische Größenphantasien bei der Behandlung von „kleinen“ Menschen,
 - „bessere Mutter“ sein wollen

- Ablösungsprobleme des Therapeuten von „seinem“ Kind zu berücksichtigen.

5. Jugendliche Patienten wecken wegen ihrer narzisstischen Haltungen aggressive und negative Gegenübertragungen. Sie können mit ihrem gereiften Körper erotisierende Gegenübertragungen auslösen. Durch destruktive Handlungen gefährden sie die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten und verlangen reale Hilfsmaßnahmen.

4 Umgang mit Phantasien, Träumen und Agieren

4.1.1 Phantasien beim Kind

Die Phantasietätigkeit dient der Wunscherfüllung gegenüber den Versagenen der Realität. Darin unterscheidet sich das Kind nicht vom Erwachsenen, sondern darin, dass das Kind die Realität als Quelle von Unbehagen zu verleugnen versucht. Das nicht altersgemäße Festhalten an Phantasiegebilden kann psychopathologisch in präpsychotische oder hebephrene Zustände münden. Maßgeblich für die Differenzialdiagnostik einer Ich-Störung sind die altersgemäß zu erwartenden Ich-Fähigkeiten.

In der Psychoanalyse des Kindes wird u. a. zwischen halluzinatorischer Wunscherfüllung, magischem Denken, Tagträumen und unbewussten Phantasien unterschieden. Wunschphantasien können bewusst und unbewusst sein. In der halluzinatorischen Wunscherfüllung tröstet sich z.B. der Säugling mit der imaginären Brust, die er in der Realität gerade entbehren muss, was ihm dazu verhilft, Spannungszustände zu senken.

Das magische Denken stellt einen Typus des projektiven Denkens dar, bei dem durch die „Beseelung“ der Außenwelt mit den Gefühlen des Kindes diese ein Eigenleben entsprechend den kindlichen Wünschen und Ängsten zugesprochen bekommt. Es stellt einen Modus dar, in dem vor allem Klein- und Vorschulkin- der denken.

Tagträume sind wie der Nachtraum ein Wunscherfüllungskompromiss zwischen einer als enttäuschend erlebten Wirklichkeit und einem ersehnten Wunsch. Vor allem mit den Rettungsphantasien der ödipalen Phase und Latenzzeit verfolgt das Kind den Zweck, mit großen Heldentaten seine Kleinheit und Abhängigkeit illusionär zu überwinden. Eine spezielle Mischform zwischen Tagtraum und Rettungsphantasie stellt der „Familienroman“ dar, in dem sich ein Kind oder ein Jugendlicher über eine enttäuschende Familiensituation hinwegtröstet und phantasiert, es/er sei von edler Abstammung. Zu erwähnen ist auch die Zwillingphantasie, in der sich ein Kind einen imaginären Spielkameraden erschafft, um z.B. Gefühle des Alleinseins zu überwinden.

Unbewusste Phantasieinhalte treten in der Form von Deckerinnerungen und Schlagephantasien auf. Deckerinnerungen stellen Überlagerungen von abgewehrtem Urszenenmaterial dar. Urszenenphantasien beziehen sich auf die Vermutungen des Kindes über die sexuelle Beziehung der Eltern zueinander (zu

den Stichworten Urszene, Deckerinnerung und Schlagephantasie siehe Laplanche und Pontalis, 1973).

In der Psychotherapie stellen die Phantasien eine wichtige Auskunftswelt über die Innenwelt eines Kindes und dessen Bewältigung von Konflikten dar. Bereits zu Beginn einer Behandlung entwickeln Kinder Phantasien über die Therapie und den Therapeuten. Diese Phantasien haben einen bewussten Inhalt, der zumeist die Angst vor der Therapie mildert oder verstärkt.

Die frühe Benennung von ängstlich getönten Phantasien dient sowohl der Spannungsherabsetzung und Angstmilderung als auch dem Aufbau und der Festigung des Arbeitsbündnisses. Werden diese Eingangsphantasien nicht angesprochen, können sie zu einem Hindernis im weiteren Entfaltungsprozess der Übertragung werden.

Beispiel

„In der ersten Sitzung sondieren manche Therapeuten die Ängste des Kindes und verbalisieren sie, indem sie sagen: ‚Du mußt das und das gedacht haben, als Du herkamst, und befürchtet haben, daß Dir das und das geschehen wird.‘ Andere warten, bis das Kind Zeichen von Angst zeigt, die die Kontinuität der Therapie beeinträchtigen könnte. Die Art, wie der Therapeut die anfänglichen Gedanken des Kindes über die Behandlung verbalisiert, trägt zu dem analytischen Klima bei, indem es schließlich zu Übertragungs-Deutungen kommt“ (Sandler et al., 1982, S. 83).

Bei neurotischen Störungen richtet sich die Deutung einer Phantasie vornehmlich auf deren Inhalt im Übertragungskontext, um die jeweiligen libidinösen oder aggressiven Aspekte dem Bewusstsein zugänglich zu machen. Klassisch dafür ist z.B. die Deutung der Giraffen-Phantasie und der Badewannenphantasie bei Freuds „Kleinem Hans“ (S. Freud, GW VII, S.272 und 274/75).

Bei kleinen, autistischen und Borderline-Kindern ist die Inhaltsdeutung nicht angebracht, da ihr Ich die Deutung missversteht oder das Aufgreifen eines Inhalts völlig wirkungslos bleibt. Das kleine Kind könnte z.B. die Deutung, „Du möchtest am liebsten deinen Bruder umbringen“, als Erlaubnis seines Wunsches auffassen und den Bruder gar wirklich bedrohen. Deshalb sollte diese Deutung entsprechend dem Niveau des kindlichen Ich damit verknüpft werden, dass man das zwar wünschen kann, es aber nicht tun darf. Damit wird beim Kind die Grenze zwischen Phantasie und Wirklichkeit gestärkt. Wenn aber die Fähigkeit zum Phantasieren dadurch gestört ist, dass die Abgrenzung zwischen Phantasie und Realität instabil ist, ist eine haltende, die Angst thematisierende Vorgehensweise angebracht.

Zu den üblichen Abwehrmechanismen eines Kindes gehört auch die „Verleugnung in der Phantasie“. Sie dient dazu, in der Wirklichkeit bestehende Kränkungen oder unerfüllbare Wünsche zu verleugnen, so dass dieser unannehmbare Teil der Wirklichkeit entschärft wird und gewissermaßen „außen vor“ bleibt. Damit versucht das Kind vorübergehend mit einer verleugnenden Phantasie die erwünschte Wirklichkeit aufrechterhalten, indem es die Realität nach dieser Phantasie ummodelliert.

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Beispiel

„Am Ende seiner Analyse erzählt Hans zwei Tagträume: die Phantasie von den vielen Kindern, die er auf dem Klosett reinigt und betreut, und gleich darauf die Phantasie vom Installateur, der ihm mit einer Zange Gesäß und Glied abschraubt, um ihm größere und bessere zu bringen. ... Hans hat jetzt – wenigstens in seiner Vorstellung – ein Genitale wie der Vater, und Kinder, mit denen er dasselbe tun darf wie die Mutter mit der kleinen Schwester. ... Hans *verleugnet die Realität mit Hilfe seiner Phantasie*, gestaltet sie für seinen eigenen Gebrauch nach seinen Wünschen um ...“ (A. Freud, Schriften, Bd. I, S. 260/61).

Phantasien sind keine Grenzen gesetzt. In der Phantasie ist alles möglich. Sie wird erst in dem Moment begrenzt, in dem sie zu Handlungen führt. „Worte, Vorstellungen, Phantasien sind, wie wir wissen, *frei*; Handlungen sind anderen Gesetzen unterworfen“ (A. Freud, 1968, S. 38). Dies zu berücksichtigen ist vor allem im Umgang mit Kindern wichtig. Eine besondere Falle für Kindertherapeuten besteht beim Umgang mit Phantasien, wenn sie analog zum freien Einfall in der Erwachsenenanalyse auch die Spieleinfälle des Kindes als gänzlich *„frei“* behandeln wollen.

Beispiel

„Es ist nicht selten, daß Kinderanalytiker diesen Unterschied vergessen ... und dem Kind versprechen, daß es in der Behandlungsstunde tun kann, was es will. Sie sehen ihren Irrtum erst ein, wenn das Kind zu weit geht und sein Agieren die Grenzen des Erträglichen überschreitet“ (A. Freud, 1968, S. 38).

4.1.2 Träume beim Kind

Kinderträume gehören nach Sigmund Freud zur Kategorie der „leichter verständlichen Träume ... in denen manifester und latenter Inhalt zusammenfallen, die Traumarbeit also erspart scheint“ (S. Freud, GW II/III, S. 656). Sie zeichnen sich im Allgemeinen dadurch aus, dass sie eine sinnvolle Gestaltung aufweisen und nicht als befremdend empfunden werden. Sie stellen in der Regel „einfache und unverhüllte Wunscherfüllungen“ (ebd. S. 658) dar.

Beispiel

„Ganz ähnlich benahm sich der Traum eines sechsjährigen Mädchens, dessen Vater einen Spaziergang vor dem erreichten Ziele wegen vorgerückter Stunde abgebrochen hatte. Auf dem Rückweg war ihr eine Wegtafel aufgefallen, die einen anderen Ausflugsort nannte, und der Vater hatte versprochen, sie ein andermal auch dorthin zu führen. Sie empfing den Vater am nächsten Morgen mit der Mitteilung, sie habe geträumt, der Vater sei mit ihr an dem einen wie an dem anderen Ort gewesen“ (S. Freud, GW II/III, S. 657/58).

An diesem Beispiel wird deutlich, wie ein in der Realität unerfüllter Wunsch und ein gegebenes Versprechen im Traum **korrigierend und antizipatorisch in eine Erfüllungsrealität überführt** werden. Zugleich muss nach einem latenten Sinn nicht weitergesucht werden, denn Kinderträume zeichnen sich generell dadurch aus, dass sie sich „ohne weiteres verstehen lassen“ (A. Freud, 1968, S. 23). Auch der zweite Hauptaspekt des

Traums ist leicht erkennbar: Er besitzt als Tagesrest eine Beziehung zum Vortage. Eine Enttäuschung muss aber nicht als ein reales Versagungsereignis entstanden sein, sondern kann auch auf unrealistische Wünsche oder ideale Selbst-Zustände zurückgehen.

Beispiel

„Auch wenn der Inhalt der Kinderträume sich kompliziert und verfeinert, liegt die Auffassung als Wunscherfüllung jedesmal sehr nahe. Ein achtjähriger Knabe träumt, daß er mit Achilleus im Streitwagen gefahren, den Diomedes lenkte. Er hat sich nachweisbar tags vorher in die Lektüre griechischer Heldensagen versenkt; es ist leicht zu konstatieren, daß er sich diese Helden zu Vorbildern genommen und bedauert hat, nicht in ihrer Zeit zu leben“ (S. Freud, GW II/III, S. 658).

Zwar bringen Kinder ihre Träume in die therapeutische Arbeit ein, „aber im Gegenteil zu den Erwachsenen liefern sie nur selten Einfälle zu den einzelnen Traumelementen, eröffnen dem Analytiker also keinen verlässlichen Weg vom manifesten zum latenten Trauminhalt“ (A. Freud, 1968, S. 37). Die Träume älterer Kinder enthalten dagegen Verdichtungen, Verschiebungen und Symbolfiguren, die im Gegensatz zu den einfachen Kinderträumen der Deutung bedürfen. Die vermeintliche Einfachheit von Kinderträumen kann aber auch zum Übersehen tieferer Aspekte führen.

4.1.3 Agieren beim Kind

Der Begriff des Agierens hat wie kaum ein anderer psychoanalytischer klinischer Terminus einen großen Bedeutungswandel erlebt. Der Spannungsbogen reicht von einem engen, nur auf den therapeutischen Prozess bezogenen Begriff bis zu einem sehr weiten Begriff, der jede Form des Handelns aus unbewussten Motiven als Agieren bezeichnet (siehe dazu Sandler et al., 1996). Agieren ist neben der Erinnerung in der Therapie der Weg, „wie die Vergangenheit sich in der Gegenwart aktualisieren kann“ (Laplanche und Pontalis, 1973, S. 46). Beim Kind ist bei der Verwendung des Begriffs des Agierens aber weniger der Aspekt eines Erinnerungsäquivalents gemeint, sondern die Zufluchtnahme zu motorischen Aktionen zur Abwehr von ängstigenden Gefühlen. Agieren in der Übertragung und Agieren in Handlungen außerhalb der Analyse sind zu unterscheiden. Das Agieren von Erinnerungen und Phantasien statt deren Reproduktion in der Analyse ist vor allem als eine Form des Widerstandes beschrieben worden, der bis zum Behandlungsabbruch führen kann, wie dies sich bei der 18-jährigen „Dora“ Freuds ereignete.

Beispiel

„So wurde ich denn von der Übertragung überrascht und wegen des X, in dem ich sie an Herrn K. erinnerte, rächte sie sich an mir, wie sie sich an Herrn K. rächen wollte, und verließ mich, wie sie sich von ihm getäuscht und verlassen glaubte. Sie *agierte* so ein wesentliches Stück ihrer Erinnerungen und Phantasien, anstatt es in der Kur zu reproduzieren. ... Wo sich Übertragungen frühzeitig in die Analyse einbeziehen lassen, da wird deren Verlauf undurchsichtig und verlangsamt, aber ihr Bestand ist gegen plötzliche unwiderstehliche Widerstände besser gesichert ... , wodurch könnte die Kranke sich wirksa-



mer rächen, als indem sie an ihrer Person dartut, wie ohnmächtig und unfähig der Arzt ist?“ (S. Freud, GW V, S. 283/284).

Das Rachemotiv mit seinem Handlungsdrang sprengte hier die Analyse, weil die Patientin es nicht aushielt, das Gefühl des Verlassenwerdens wieder zu erleben. So kam sie diesem Gefühl zuvor, indem sie sich durch aktives Verlassen vor der Wiederbelebung ihrer Ohnmachtgefühle schützte. Dies verhinderte die Erinnerung und wurde zu einem Generalwiderstand gegen die Analyse, der in den Abbruch mündete. Bei vielen Menschen verhindert die Tendenz zur Handlungsorientierung ganz generell die Aufnahme einer Psychotherapie.

Neuerdings wird das Agieren wie die Gegenübertragung nicht nur als eine Störquelle oder als Widerstand angesehen worden, sondern auch als eine zusätzliche Informationsquelle über mit Handlungsdruck verknüpfte unbewusste Phantasien, die nach dem Wiederholungsmodell im Sinne der Affektabfuhr arbeiten (R. Klüwer, 1983, S. 828-840). Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Korrelation zwischen der Frühe des Traumas und der Neigung zu agieren besteht. Der entwicklungspsychologische Befund ist, dass Traumatisierungen in frühen Lebensjahren die Disposition zum Agieren fördern und zur Fixierung an diesen Bewältigungsmodus beitragen. Insbesondere präverbale Traumata beeinträchtigen die Impulssteuerung und können zu einer habituellen Tendenz zum „Ausagieren“ führen.

Eine Besonderheit bei Kindern ist, dass das Agieren im Sinne motorischer Aktionen nicht auszuschalten ist. Vor allem bei kleinen Kindern steht in Frage, ob es einen Sinn macht, von Agieren zu sprechen, da ihr Entwicklungsniveau kaum darauf ausgelegt ist, zwischen Handeln und Erinnern zu unterscheiden. „Agieren ist im Kindesalter normal, d.h. als Ausdrucksform dem Entwicklungsstand des Kindes angemessen. Das will nicht heißen, daß es an sich eine therapeutische Wirkung hat, d.h. zu Einsicht und innerer Veränderung führt ...“ (A. Freud, 1968, S. 39). Die **Verbalisierung** der abgewehrten Gefühle (z.B. der Trauer durch die Aggressivität) ist das wichtigste Mittel, um das Agieren des Kindes auf die Sprachebene zu bringen und damit den Raum für Denken und Erinnern offen zu halten. Um das Agieren einzugrenzen, ist es hilfreich, dem Kind zu sagen, dass die Besprechung der Gründe für sein Kommen unerlässlich ist. Ohne deren Verbalisierung wird kein Verständnis zu gewinnen sein. Ein Spiel kann dabei hilfreich sein, wenn darüber im Nachhinein miteinander gesprochen wird.

Beispiel

„Ich sagte nun Billy, seine fehlende Selbstbeherrschung sei ein spezifisches Problem, das wir miteinander zu meistern hätten, und betonte ihm gegenüber zwei Punkte: 1. Wir könnten nie verstehen, warum er sein Bett naßmache, wenn wir darüber nicht sprechen könnten, und das sei unmöglich, wenn er außer Fassung gerate; 2. wenn wir begreifen könnten, warum ihm die Beherrschung in den Stunden bei mir nicht gelang, würden wir verstehen lernen, warum sein Bett nicht trocken bleiben konnte. So versuchte ich sein Verhaltensproblem als ein Symptom in den Mittelpunkt der Analyse zu stellen. ... Ich erklärte ihm, ich würde ihn immer versuchen lassen, sich selbst zu

beherrschen und mich nur einmischen, wenn er in Gefahr käme, sich selbst, das Sprechzimmer oder mich zu beschädigen. In diesen Fällen ... übernehme ich die Kontrolle, ... bis er wieder für sich selbst einstehen könne ... Diese Grundregeln führten natürlich dazu, daß ich ihn gelegentlich festhalten mußte; darauf reagierte er manchmal mit großer Aufregung. ... Wenn ich sagte, er wolle aufgeregt sein, um unangenehme Gefühle wie Kummer, Ärger und Traurigkeit zu vermeiden, also eine Abwehrdeutung des Symptoms gab, so half ihm das, die Beherrschung wieder zu gewinnen“ (R. A. Furman, 1972, S. 62/63).

4.2.1 Phantasien und Träume bei Jugendlichen

Da im Umgang mit Träumen und Phantasien beim Jugendlichen im Vergleich zum Kind keine wesentlichen Unterschiede bestehen, gelten die vorangegangenen Überlegungen auch für den Jugendlichen. Abweichend davon ist festzuhalten, dass der Traum von Jugendlichen nicht mehr den einfachen Charakter eines Kindertraumes hat.

Im Jugendlichenalter hat der Tagtraum die Aufgabe, durch Antizipation noch nicht zu verwirklichter Trieb- und Beziehungswünsche sich diese für die innere Gefühlswelt anzueignen und so ihre Verwirklichung vorzubereiten. Der Tagtraum dient in dieser Zeit vor allem der Liebessehnsucht und bei unerfüllter Liebe der Enttäuschungsbewältigung. Oft finden die Tagtraumphantasien Eingang in ein Tagebuch. Das Tagebuch dient als Aufbewahrungsort von Tagesphantasien der inneren Selbstverständigung des Jugendlichen. Ein gutes Beispiel dafür ist das „Tagebuch der Anne Frank“.

Die Masturbationsphantasien der Jugendlichenzeit stellen sowohl libidinös besetzte als auch von Schuldgefühlen begleitete Phantasien dar. Sie führen zur Aneignung der eigenen sexuellen Wünsche in der zentrale Masturbationsphantasie (Laufer und Laufer, 1989). Sie erfüllen den Zweck der imaginären Vergegenwärtigung eines entbehrten sexuellen Objekts. Da Tagträume und Masturbationsphantasien sehr persönliche und intime Phänomene darstellen, werden sie von jugendlichen Patienten in einer längeren Therapie erst spät angesprochen. Patienten, die früh diese Phänomene ansprechen, verfolgen oft einen Sexualisierungseffekt und wehren mit der schnellen Thematisierung des Sexuellen die damit verbundenen Gefühle ab. Für den therapeutischen Umgang ist es wichtig, sich weder in eine Sexualisierung hineinziehen zu lassen noch eine klare und benennende Ausdrucksweise zu vermeiden.

4.2.2 Agieren bei Jugendlichen

Das Agieren ist für Jugendliche so alterstypisch wie für Kinder das Spiel und für Erwachsene die sprachliche Verständigung. Das quantitative Ansteigen der Triebbesetzung, die regressive Wiederbelebung früherer Triebstufen und die Ich-Verarmung begünstigen die Tendenz zum Agieren als einer altersspezifischen Ausdrucksweise. Die Genitalität ist zum leitenden Faktor im Liebesleben der Jugendlichen geworden und drängt zum Handeln. Ihr Ich und Über-Ich sind durch den inneren Rückzug von den alten Objekten oft haltlos geschwächt, und narzisstische Kränkungen können schnell in Aggression umschlagen. Eine aufgeladene Atmosphäre, intensive abstürzende Gefühle, extreme

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Stimmungsumschwünge, Verliebtheiten und tiefe Verzweiflungsgefühle bestimmen die Psychologie des Jugendalters.

Diese entwicklungspsychologischen Faktoren begünstigen die Regression, die das Agieren mit kennzeichnet. Psychopathologisch besteht ein enger prädisponierender Zusammenhang zwischen einer verstärkten Neigung zum Agieren und präverbalen traumatischen Erlebnissen, die zu Defekten in der Symbolbildung beitragen. Handeln stellt als Abwehr auch einen Schutz vor passiv-regressiven Wünschen dar. Als Aktivität steht die Handlungstendenz generell gegen Kastrationsängste.

Eine Funktion des Agierens im Behandlungsprozess ist, durch Dissoziation gestörte Erinnerungen mit präverbalen Akten zu reaktualisieren. Damit stellt das Agieren als aktuelles Gegenwartsphänomen eine Verbindung zur traumatischen Vergangenheit her. Agieren kann somit auch im Dienste des Ich stehen. Da Jugendliche sich in einer Entwicklungsregression befinden, sind sie wie Impulsneurotiker, Süchtige, Spieler oder Psychotiker schwerer zu analysieren. Sie stellen das Handeln über das Erinnern und das Tun über das Phantasieren. Vor allem feindselig getönte Übertragungen stützen das Agieren und erschweren die Analyse (E. Windaus, 2007a, S. 326-342; 2007b, S. 343-362).

Agieren im Dienste progressiver Entwicklung oder der Ich-Synthese zielt auf die Integration früher Erfahrungen und übernimmt damit selber eine strukturierende Funktion (als anschauliches Beispiel dafür siehe Blos, 1964, S. 130 ff.). Regressive Wiederbelebnungen äußern sich dagegen in destruktivem Agieren, weil die traumatische Fixierung zu sehr dem Wiederholungszwangsmuster folgt.

Das Agieren folgt im Gegensatz zu sexuellen oder aggressiven Durchbrüchen durchaus einem strukturierten Prozess, dessen Stufen (nach Blos, 1964) sind:

1. die Wiederholung einer früheren Objektbeziehung und der ihr eigenen Befriedigungsmodalitäten durch Verschiebung auf andere Objekte,
2. Aktivierung einer Phantasie und deren Verwirklichung in der Umwelt,
3. verdrehte oder verbotene Erinnerungen werden durch Handlungen ersetzt und bestätigt.

Die Behandlungsziele sind auf den jeweiligen Agier-Typus auszurichten. Beim triebgeleiteten Agieren fokussiert die Behandlung darauf, es dem Jugendlichen zu ermöglichen, Spannungszustände zu ertragen, Verinnerlichungsprozesse einzuleiten und die Grenze zwischen Ich und Außenwelt zu festigen. Beim Agieren im Dienste des Ich zielt die Behandlung auf die „Rekonstruktion der dissoziierten traumatischen Vergangenheit“ (Blos, 1964, S. 137).

! Merke:

1. Phantasien sind Wunschproduktionen zur Überwindung enttäuschender und versagender Realität.
2. Während in der Phantasie alles möglich ist, ist das Spielen oder Handeln anderen Gesetzen und damit auch Grenzen unterworfen.

3. Die Deutung einer Phantasie sollte von den ich-nahen zu tieferen Schichten erfolgen. Zu tief ansetzende Deutungen werden entweder wegen mangelnder Vorbereitung abgelehnt oder gefährden als befremdendes Eindringen den therapeutischen Kontakt.
4. Während neurotische Phantasien in ihrem Inhalt aufdeckend gedeutet werden, sollte bei frühen Störungen (z.B. Borderline, Autismus und Psychose) die Deutung der mit den Phantasien verbundenen Ängste zur Wiedergewinnung eines stärkeren Realitätsbezugs hervorgehoben werden.
5. Kinderträume sind kaum verhüllte Wunscherfüllungen, denen als Tagesrest Versagungsereignisse oder Enttäuschungserlebnisse vorausgegangen sind.
6. Agieren ist bei Kindern und Jugendlichen weniger ein Widerstand gegen die Erinnerung, sondern vielmehr eine Zufluchtnahme zu Motorik und Handeln. Damit steht das Agieren auch weniger gegen das Sicherinnern als vielmehr gegen die Verbalisierung unangenehmer Affekte.
7. Je früher ein Trauma oder eine Störung sich ereigneten, umso mehr ist davon auszugehen, dass diese Patienten im Sinne von Wiederholungszwang und Affektabfuhr besonders zum Agieren neigen.
8. Die Kinderpsychoanalyse ist primär keine Spieltherapie und arbeitet deshalb auch nicht mit kathartischen Effekten. Vielmehr dienen die Spieleinfälle als Ausdrucksweisen von unbewussten Phantasien und Gedanken der Zurückverwandlung in Worte (Verbalisierung), so dass das Kind Einsichten über sich gewinnt und seine Selbstkontrolle vergrößert.

5 Deutungen

Bei den Deutungszielen gibt es zwischen Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kinderanalyse keine grundsätzlichen Unterschiede: „Die Umsetzung unbewußter Es-Inhalte in bewußte Wortvorstellungen ist das Wesen jeder Deutung und als solches ein wichtiges Element der Analyse in **jedem** (Hervorhebung durch den A.) Lebensalter“ (A. Freud, 1968, S. 40). Ziel einer Deutung ist es, dem Ich des Patienten einen angemessenen Umgang mit der Realität, seinen Trieben und seinem Über-Ich zu ermöglichen. Auch kommen die wichtigsten Formen von Deutungen (Inhalts-Deutung, Abwehr-Deutung und Übertragungs-Deutung, siehe zu deren Definition Sandler et al., 1996) zur Anwendung. Unter Wirksamkeitsaspekten sind die signifikanten Deutungen zu erwähnen, die so bezeichnet werden, da „sie eine Änderung im Verhalten oder im Material des Patienten zustande bringen“ (Sandler et al., 1982, S. 207).

Im Kindes- und Jugendalter gibt es mehrere Besonderheiten, die bei der Deutungsarbeit zu beachten sind:

1. Durch den Wegfall der freien Assoziation bei Kindern und durch das Ausmaß des Agierens bei Jugendlichen sind sie für die Verbalisierung von Gefühlen und Erinnerungen schwerer zu gewinnen.

2. Vor allem beim Klein- und Vorschulkind besteht kaum ein Vermögen zur therapeutischen Ich-Spaltung, da das handelnde und das beobachtende Ich noch nicht genügend auseinandergetreten sind.
3. Während sich beim Erwachsenen viele Deutungen auf verdrängtes und vergangenes Material beziehen, ist beim Kind schwerer auszumachen, was aktuelle Phantasien oder Abkömmlinge verdrängter Phantasie sind.

Deutungen verfolgen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur den Zweck der Aufdeckung unbewusster Inhalte und Konflikte, sondern sie dienen auch der Erweiterung der Ich-Entwicklung, der Stärkung des Sekundärvorgangs, der Umsetzung von Gefühlen in Wortvorstellungen und somit insgesamt der Entwicklungsförderung. Dies geschieht vor allem durch Abwehrdeutungen. Dadurch macht sich der Therapeut zum Verbündeten des Ich. Die stützende Hilfs-Ich-Funktion des Analytikers stärkt das Ich des Patienten gegenüber Ängsten und Triebdurchbrüchen. Angstmildernd wirken Übertragungsdeutungen, die die Wünsche und Ängste dem Therapeuten gegenüber zum Gegenstand haben.

Beispiel

„Das Kind erträgt beispielsweise kaum, wenn man ihm sagt, es habe Angst. Das hört es überall als Vorwurf, als Entwertung. Ich spreche daher eher von der Gefahr, von gefährlich, eventuell von Unsicherheit. ‚Abwehr‘ ist auch für viele Erwachsene ein Vorwurf: Sie glauben, man beschuldige sie aggressiver Regungen. ‚Sie suchen Schutz in einer Haltung, die zeigt, daß Sie nichts verlangen und daß Sie anspruchslos sind.‘ Oder: ‚Du fühlst Dich sicher, wenn Du sagst, Du magst mich nicht und es sei Dir gleich, wenn ich fortgehe.‘ Wir deuten vorerst weder Abwehrverhalten noch Abwehrinhalt, sondern das *Bedürfnis nach Abwehr*“ (J. Borna, 1967, S. 41).

Eine zu aktive Deutungstechnik gefährdet die Autonomie des Kindes und „untergräbt“ das Finden von eigenen Deutungen. Eine zu passive Technik könnte vom Kind als Desinteresse missverstanden werden und die Mitarbeit gefährden.

Als besonders günstig hat sich bei Kindern die Verwendung so genannter Deutungshilfen erwiesen, die das Kind wegen seiner Neigung zur Externalisierung akzeptiert. Deutungen können z.B. auf eine Puppe, andere Kinder oder einen imaginären Jungen bezogen werden, weil sie in externalisierter Form für ein Kind leichter zu ertragen sind. Es ist zu betonen, dass diese Deutungshilfen lediglich den Deutungsprozess erleichtern sollen. Davon isoliert stehen sie in der Gefahr sich verselbständigender Handhabung.

Man ist sich heute sicher, dass es nicht auf die einzelne Deutung ankommt, sondern die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, das Verständnis der positiven wie negativen Übertragung und die Stabilität des Arbeitsbündnisses tragen unter Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsalters des Kindes dazu bei, ob Deutungen das Kind erreichen. Gut vorbereitete Deutungen schwächen den Widerstand, festigen das Arbeitsbündnis, vergrößern die Einsicht und setzen neues Material frei. Umgekehrt können schlecht formulierte, zur falschen Zeit ge-

bene Deutungen den Widerstand verstärken oder zur Anpassung führen.

Zum Deutungsprozess gehören auch Klärung und angemessene Konfrontation. Je kleiner ein Kind ist, umso größer ist auch der Bedarf an Erklärung und Aufklärung. Klarstellung und Klärung beziehen sich dabei auf vom Kind verleugnete Wirklichkeiten. Dazu können Krankheiten, schwere psychische Störungen der Eltern, der Tod oder sexuelle Informationen gehören. Die Konfrontation bezieht sich dagegen auf verleugnetes und nicht in die Analyse eingebrachtes Material.

Beispiel

„Bei zwei Gelegenheiten trat in Tommys Analyse eine Sperre ein, weil er nicht instande war, über Streitigkeiten zwischen seinen Eltern zu sprechen. Die Therapeutin konfrontierte Tommy mit Informationen seitens der Mutter über Zwistigkeiten zwischen ihr und ihrem Mann. Dies wurde mit Tommy im Sinne eines Loyalitätskonfliktes besprochen, und er reagierte mit Erleichterung. Er war dann gewillt, über Streitigkeiten zu Hause zu sprechen und seine Gefühle darüber in die Behandlung zu bringen“ (Sandler et al., 1982, S. 195).

Abschließend ist festzuhalten, dass neben der Deutung der Kindertherapeut auch noch andere Mittel bereithalten muss, um auf das Kind einzuwirken. Dazu gehören vor allem die aktive Grenzsetzung zur Aufrechterhaltung des Settings und die Wahrung der Integrität von Personen und Sachen.

! Merke:

1. Ziel einer jeden Deutung ist es, unbewusste Inhalte mit einer Verbalisierung in bewusste Vorstellungen zu überführen.
2. Bei Kindern ist darauf zu achten, dass die Formulierung einer Deutung kognitiv und emotional auf ihren Entwicklungsstand Rücksicht nimmt.
3. Die Deutungsarbeit hat in diesem Alter nicht nur aufdeckenden Charakter, sie dient auch der Entwicklungsförderung. Ein Mittel der Entwicklungsarbeit ist die Verstärkung der therapeutischen Ich-Spaltung, damit ein Kind oder ein Jugendlicher an Selbstreflexionsfähigkeit gewinnt.
4. Deutungshilfen erleichtern durch die mit ihnen verbundenen Distanzierungsmöglichkeiten die Annahme von Deutungen und greifen zugleich die Externalisierungstendenz bei Kindern auf.
5. Die Wirksamkeit von Deutungen ist vielschichtig: Die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Stabilität des Arbeitsbündnisses und die wiederholte Durcharbeitung begründen zusammen die Wirkung von Deutungen.

6 Abwehr und Widerstand

Wie in der Erwachsenenanalyse stellt der Widerstand bei Kindern und Jugendlichen eine klinische Erscheinung im Behandlungsprozess dar. Der Widerstand ist eine therapeutische Manifestation der Abwehr. Mittels verschiedener Abwehr-

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

mechanismen versucht sich das Ich vor den Gefahren des Es, des Über-Ich und der Außenwelt zu schützen.

Die wichtigsten Abwehrmechanismen (siehe dazu A. Freud, *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, 1936 oder 1987) sind: die Verdrängung (z.B. der Inzest- und Todeswünsche), die Identifikation (insbesondere die Identifikation mit dem Aggressor), die Verschiebung (z.B. bei der Pferdephobie vom Vater auf das Pferd), die Regression und Fixierung (z. B. auf frühere Triebstufen), die Affektisolierung und das Ungeschehenmachen als zwangsneurotische Abwehrtechniken. Bei Kindern ist die Wendung ins Gegenteil als Reaktionsbildung gegen einen Affekt (z. B. im Umschlagen von Liebe in Hass) gut zu beobachten. Bei Kleinkindern fällt besonders die Projektion auf, indem sie unerträgliche Affekte (einen Schmerz z.B.) dem „bösen“ Tisch, an dem sie sich gestoßen haben, zuschreiben. Jugendliche greifen auf den Mechanismus der Wendung gegen die eigene Person zurück, wenn sie sich körperlich selbst beschädigen. Der Extremfall dieses Abwehrmechanismus ist der Suizid.

Widerstand und Abwehr hängen in signifikanter Weise mit dem Charakter, der Persönlichkeit und der Psychopathologie des Kindes zusammen. Grundsätzlich richtet sich der Widerstand

1. gegen Gefahren der Wiederholung oder Wiederbelebung schmerzlicher Vorstellungen und Affekte, die als Angst oder Unlust dem Ich unerträglich sind (**Ich-Widerstände**),
2. gegen das Bewusstwerden unannehmbarer oder verpörrer Triebregungen, deren Auftauchen mit einem Schuldgefühl (**Über-Ich-Widerstand**) verknüpft wird,
3. Widerstand ist ein den gesamten therapeutischen Prozess begleitendes Phänomen und insofern als Widerstand **gegen Veränderungen wirksam**.

Beispiel

„... möchte ich jetzt noch zum Widerstand aus dem Krankheitsgewinn ein Beispiel geben, das veranschaulicht, was Tom in sein Asthma investiert hat. Kurz bevor ich auf eine Ferienreise nach England ging, las er mir ... aus einer Biographie von Benjamin Franklin vor. Am meisten beschäftigten ihn Franklins lange Aufenthalte in England ... und deren Wirkung auf seine Frau. Tom erklärte, Franklin habe sich ... erst dann entschlossen, zurückzukehren, als er die Nachricht erhielt, daß seine Frau im Sterben liege. Tom hatte manches Mal erlebt, daß seine erkrankte Mutter seinen Vater von Geschäftsreisen zurückrufen ließ. Ich verknüpfte seine Kommentare über Franklin und dessen Frau sowohl mit meinen Reisen wie mit den häufigen Reisen seines Vaters, indem ich Tom sagte, er glaube wohl, es sei seine einzige Möglichkeit, sich unserer Rückkehr zu versichern und sich unsere Liebe zu erhalten, wenn er so sei wie eine kranke Ehefrau. Dann erinnerte sich Tom, wie sein Vater einmal wegen einer Erkrankung von ihm nach Hause zurückkehrte, und er fügte nachdenklich hinzu: „Aber wie kann ich so oft krank werden, wenn er alle zwei Wochen weggeht?“ Ich rief ihm ins Gedächtnis, daß er als kleiner Junge außer Asthma viele Krankheiten gehabt habe, während seine Gesundheit jetzt besser sei, doch wolle er mit seinem Asthma noch immer ausdrücken: „Wenn ich krank bin, wirst Du zu mir zurückkommen““ (Dauntton, 1972, S. 187/88).

4. Der therapeutisch relevanteste Widerstand ist der **Übertragungswiderstand**, weil er besonders den Stillstand oder den Abbruch einer therapeutischen Behandlung herbeizuführen vermag. Dies ist besonders dann der Fall, wenn ein Patient statt analytisch mitzuarbeiten, auf direkte Befriedigung in der Behandlung hofft. Diese Gefahr ist beim Kind besonders gegeben.

Beispiel

„Nach einigen Behandlungswochen machte sich Toms Übertragungswiderstand bemerkbar. ... Am Anfang der Sitzungen erzählte er häufig irgendein Ereignis ..., und wenn ich mich dafür interessierte, wechselte er schnell das Thema, gewöhnlich mit dem Refrain ‚Ich möchte *unser* Spiel machen‘. Setzte ich das Thema fort, dann hielt er sich die Ohren zu, war verletzt und empfindlich. Aus anderem Material ersah ich, welche Übertragungsbedeutung das Reden für Tom hatte. Vergleiche von meinem Zimmer mit dem Praxisraum seines Arztes (Asthmabehandlung – Anmerkung des A.) zeigten ebenso wie ein Spiel, daß sich Tom in derselben Weise vor mir fürchtete wie vor dem Arzt und seiner Mutter, denn ich konnte etwas in ihn hineinstecken; Worte hatten hier die unbewußte Bedeutung von Injektionen“ (Dauntton, 1972, S. 177).

An diesem Beispiel lässt sich ablesen, wie die analytische Arbeit mit einem schönen Gemeinsamkeitserlebnis, „unserem“ Spiel, ausgesetzt werden soll und wie negative Gefühle in Bezug auf den Analytiker, die eine Wiederbelebung traumatischer Szenen sind, so viel Angst machen, dass Zuhören nicht mehr zugelassen werden kann. Die therapeutische Arbeit hat in Form einer aktuellen Realitätsverzerrung altes psychisches Material wieder lebendig gemacht. Statt der Erinnerung kommt es zum Agieren im Übertragungswiderstand.

Ein Kind kann das Spielen auch als ein Abwehrmittel gegen die therapeutische Arbeit einsetzen. Dies zu unterscheiden ist nicht immer leicht, da das Spiel eine altersangemessene Ausdrucksweise des Kindes ist.

Folgende Aspekte bezüglich der Widerstandanalyse sind bei Kindern und Jugendlichen besonders hervorzuheben:

1. Die Neigung des Kindes und Jugendlichen zum Handeln führt zum Handlungswiderstand. Aggressive und libidinöse Affekte verstärken diese Tendenz.
2. Das Kind geht mit dem Kindertherapeuten kein freiwilliges Bündnis ein. Deshalb kann er auch nicht auf die Formen der Mitarbeit hoffen, wie sie dem Erwachsenen möglich sind (Widerstand gegen das Arbeitsbündnis).
3. Der Widerstand gegen die Arbeit kann auch durch Fehler des Therapeuten im Behandlungsprozess begünstigt werden. Starkes Eindringen in den Patienten, voranschnellende Deutungen, Missverständnisse oder Unaufmerksamkeiten können dazu beitragen.
4. Bei kleinen Kindern können Entidealisierungen des „allwissenden“ Therapeuten-Objekts oder Schamaffekte vorübergehend zum Rückzug führen. Die negative Übertragung begünstigt dann den Widerstand.

5. Kinder erleben den Gang zur Therapie als einen einschränken- den Lustverzicht, was als allgemeiner Widerstand die gesamte Therapie begleitet.
6. Kinder wollen die Zeit des Kleingewesenseins hinter sich las- sen. Deshalb sträuben sie sich gegen Erinnerungen.
7. Bei Jugendlichen gibt es **mehrere Besonderheiten des Wi- derstandes**. Generell gilt, dass es die Jugendlichenanalyse mit starken Widerstandsformen zu tun hat.
 - a) Aus Angst vor der gewachsenen aggressiven und libidinö- sen Triebstärke fürchten sie die Regression, so dass sie ihrem unreifen Ich misstrauen und in Widerstand geraten, weil sie die Analyse als Verführung empfinden (Abwehr aus Angst vor Triebstärke).
 - b) Jugendliche müssen sich auf ihren Therapeuten einlassen, obwohl sie innerpsychisch ihre Bindungen lösen. Das ver- stärkt die Widerstandstendenz.
 - c) Besondere Widerstandsformen gegen die Triebimpulse stellen die Pubertätsaskese, die Intellektualisierung und die Vorherrschaft narzisstischer Haltungen dar. Typische Formen zur Abwehr der infantilen Bindungen sind die Libidoverschie- bung vom Objekt zum Selbst, die Verkehrung der Affekte in ihr Gegenteil, Größenphantasien als Abkehr von Realitätsabhän- gigkeiten und intensive Körperbesetzungen (siehe dazu A. Freud, Schriften, Bd. 6, S. 1758 ff.).
 - d) Zur Dynamik der Jugendlichenbehandlung gehört auch der unbewusste Wunsch oder der bewusste Impuls, den Thera- peuten scheitern zu lassen. Die hohe Abbruchrate in diesem Alter (Petri und Thieme, 1978) und die Tatsache, dass Adoles- zente von hochfrequenten Behandlungen nicht mehr als von niederfrequenten Behandlungen profitieren (Fonagy und Tar- get, 1995), belegen dies.

Die Aufbruchsstimmung der Adoleszenz arbeitet aber auch den Veränderungsabsichten der Therapie zu. Der Jugendliche braucht das beharrliche Hilfs-Ich des Therapeuten als Wider- part, das seiner Omnipotenz im Proberaum Psychotherapie die strukturierende Erfahrung nicht-entwertender Grenzset- zung verschafft. Nach Winnicott (1973) wollen Jugendliche nicht verstanden werden, sie suchen die Konfrontation.

8. Obwohl sich Eltern bei ihrem Kind Veränderungen wünschen, können sie auf einer tieferen Ebene Widerstände gegen die Behandlung entwickeln, wenn es darum geht, eigene patholo- gische Haltungen infrage zu stellen.

Zusammenfassend sei für die Bearbeitung des Widerstandes in der Kinderanalyse gesagt: „In der Kinderanalyse ist es nötig, nach Widerständen gegen die Kommunikation oder die Mitarbeit im Allgemeinen zu suchen und nicht nach Widerständen gegen die verbale freie Assoziation im Besonderen. Der eigentliche Begriff des Widerstandes ist in Bezug auf die Kinderanalyse schwer zu definieren“ (Sandler et al., 1982, S. 76).

! Merke:

1. Widerstand ist eine klinische Manifestation der Abwehr. Er ist ein den gesamten therapeutischen Prozess beglei- tendes Phänomen. Aufgrund seiner Unreife neigt das kindliche Ich zu vermehrter Abwehrtätigkeit.
2. Mittels Abwehrmechanismen schützt sich das Ich vor dem Es, dem Über-Ich und der Außenwelt als den drei psychischen Gefahrenquellen. Dementsprechend wird

auch zwischen Ich-, Es- und Über-Ich-Widerständen un- terschieden.

3. Der Übertragungswiderstand ist bei Kindern besonders ausgeprägt: zum einen, weil ihre Übertragungen durch die Gegenwart ihrer Objekte schwächer ausfallen, zum ande- ren, weil sie versuchen, aus der therapeutischen Übertra- gungsbeziehung Befriedigungsgewinn zu ziehen.
4. Die Neigung zu Spiel und Handeln begünstigt bei Kindern und Jugendlichen generell Handlungswiderstände, die sich gegen das Nachdenken richten.
5. Als geschickte Patienten stehen Kinder und Jugendliche besonders im Widerstand zum Arbeitsbündnis. Der mit der Therapie verbundene Lustverzicht verstärkt ebenfalls alterstypische Widerstandshaltungen.
6. Widerstände gegen die Analyse sind bei Jugendlichen besonders ausgeprägt, da sie die Anforderung zu leisten haben, sich im Prozess der Ablösung von ihren Primärob- jekten an den Therapeuten als ein neues Objekt zu binden.
7. Auch die Eltern können durch eigene Widerstandshaltun- gen dazu beitragen, die Widerstände des Kindes so zu verstärken, dass es zu therapeutischem Stillstand oder Abbruch kommen kann.

7 Besonderheiten und Probleme der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

7.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Elemente des psycho- analytischen Behandlungskonzepts bei Kindern und Jugend- lichen entsprechend 4.4.3 des Gegenstandskataloges für die schriftliche Prüfung nach dem PsychThG beschrieben. Das Ka- pitel führt insgesamt in die **spezifischen Behandlungsproble- me** bei Kindern und Jugendlichen ein, die im Vergleich zur Erwachsenen-Psychotherapie bezüglich des Motivationsauf- baus, der Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses und der Selbstreflexion aufgrund des noch nicht voll entwickelten Ich, der größeren Impulsivität und der Abhängigkeit von den Bezug- spersonen andere Vorgehensweisen erforderlich machen.

7.2 Besonderheiten und Probleme der Behandlung von Kindern

Der **Motivations- und Beziehungsaufbau** hängt zu Beginn einer Kindertherapie sehr von der Haltung der Eltern mit ab. Es ist wichtig, sie für die Psychotherapie ihres Kindes zu gewinnen. Weil die Eltern aber mit dem Schuldgefühl, versagt zu haben, beschäftigt sind, ist dies nicht leicht. Die Inanspruchnahme eines familienfremden Dritten bei der Erziehung des eigenen Kindes kränkt Eltern.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Kind kann nur gut ein- gefädelt werden, wenn es den Eltern möglich ist, ein Stück an

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Kontrolle über ihr Kind aufgeben zu können. Es ist günstig, wenn sie den Therapeuten als ein neues Hilfsobjekt besetzen. Oft verbinden Eltern mit ihrer Beauftragung des Therapeuten aber auch ein besonderes, vom Therapeuten zu erreichendes Ziel, wie z.B. „den Zugang zum Kind wiederzubekommen“. So steht der Kindertherapeut „gerade zu Beginn einer Therapie im Spannungsfeld zwischen seinem analytischen Selbstverständnis und dem Auftrag der Eltern“ (Hüttl und Felicetti, 1999, S. 294).

Für das Kind besteht eine andere Situation: es kommt unfreiwillig in die ihm fremde analytische Situation zu einem unbekannten Menschen. Der zumeist fehlende Leidensdruck des Kindes erschwert die Sache zusätzlich. Das Kind wird eigene Gedanken und Phantasien zu Therapiebeginn mobilisieren, die von trotzigem Protest über ängstliche Anpassung bis hin zu völlig unrealistischen Erwartungen reichen können. Auch Neugierreaktionen auf die ungewohnte Kommunikationsart und auf das neue Objekt „Kinderanalytiker“ sind zu erwarten. Der Kindertherapeut wird versuchen, sich mit den gesunden Anteilen des Kindes zu verbünden.

Die Probleme in der Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses sind vor allem vom Entwicklungsalter des Kindes und seinen Ich-Fähigkeiten abhängig. Grundsätzlich ist das therapeutische Arbeitsbündnis definiert als „ein Ergebnis des bewußten und unbewußten Wunsches des Kindes mitzuarbeiten und seiner Bereitschaft, bei der Überwindung innerer Schwierigkeiten und Widerstände die Hilfe des Therapeuten in Anspruch zu nehmen. Das Bündnis wird nicht einfach nur durch den Wunsch des Kindes motiviert, aus der Behandlung Lust zu gewinnen. Es verlangt eine Einsicht in die Notwendigkeit, sich mit inneren Problemen zu beschäftigen ...“ (Sandler et al., 1982, S. 61).

Für das kleine Kind ist diese Haltung nicht zu erwarten. Bei ihm fördert die positive Bindung an den Therapeuten am ehesten die Aufrechterhaltung der therapeutischen Arbeit. Die Mitarbeit im Rahmen des Arbeitsbündnisses hängt auch von der jeweiligen Symptomatik ab. Grundsätzlich neigen Kinder mit psychosomatischen Symptomen, die körperliches Leiden (z.B. Asthma) oder andere Unannehmlichkeiten (z.B. Enuresis) nach sich ziehen, zu mehr Motivation, während insbesondere dissoziale Störungen das Arbeitsbündnis direkt angreifen. Auch Schulkinder wie das sechsjährige Mädchen im folgenden Beispiel können schon Krankheitseinsicht zeigen, so dass sie selber ein Arbeitsbündnis eingehen.

Beispiel

„Ich habe einen Teufel in mir. Kann man den herausnehmen? Ich war im ersten Augenblick erstaunt über diese unerwartete Antwort. Das könnte man schon, meinte ich dann, das sei aber keine leichte Arbeit. Und wenn ich das mit ihr versuchen sollte, so würde sie eine Menge Dinge tun müssen, die ihr gar nicht angenehm sein würden. (Ich meinte natürlich: mir alles zu sagen.) Sie hatte einen Augenblick des ernsthaften Nachdenkens. Wenn Du mir sagst, erwiderte sie dann, daß das die einzige Art ist, es zu machen, und es schnell zu machen, so wird es mir recht sein. Damit hatte sie sich aus freiem Entschluss auf die analytische Grundregel verpflichtet“ (A. Freud, Schriften, Bd. 1, S. 15/16).

Für das Kind bewirkt das In-Worte-Fassen von widersprüchlichen Gefühlen, dass sein Vertrauen zum Therapeuten wächst, weil es das Gefühl hat, verstanden zu werden. Das Vertrauen zum Therapeuten wächst durch dessen „psychische Halte- und Verdauungsfunktion“.

Beispiel

„Der Therapeut sollte aktiv daran arbeiten, das therapeutische Bündnis zu fördern. Es ist, zum Beispiel, von entscheidender Bedeutung, daß der Therapeut so früh wie möglich die Ängste hinsichtlich der Behandlung für das Kind verbalisiert und versucht, sie auf besser beeinflussbare Proportionen zu reduzieren. Damit hilft er dem Kind einzusehen, daß die Rolle des Therapeuten nicht nur die eines mitfühlenden Zuhörers ist, sondern darüber hinaus die eines Menschen, der verstehen und durch sein Verständnis helfen kann“ (Sandler et al., 1982, S. 69).

Insofern sollte der Analytiker alles andere als nur ein „Schatten“ (A. Freud, Schriften, Bd. 1, S. 52) sein.

Während der Erwachsene mit Nichtkommen oder mit einem Beziehungsabbruch das therapeutische Arbeitsbündnis aufkündigen kann, wird das Kind auch gegen seinen Willen gebracht. Ein positives Arbeitsbündnis mit den Eltern muss nicht mit der Einstellung des Kindes übereinstimmen. Umgekehrt gilt, dass eine zu positive Arbeits- und Übertragungsbeziehung elterliche Neid- und Rivalitätsgefühle wecken kann. Generell ist zu beachten, dass in der Kindertherapie ein **doppeltes Arbeitsbündnis** herzustellen ist.

Die Einschränkung der Selbstreflexions- und Selbstregulationsfähigkeit des Kindes hängt von seinem noch schwachen Ich und der nach Abfuhr drängenden Motorik ab. Das Lustprinzip droht immer wieder das dem Realitätsprinzip nahe stehende Denken anzugreifen. Der Therapeut kann mit seiner Hilfs-Ich-Funktion die Selbstreflexion erweitern. Beim älteren Kind lässt sich die Selbstbeobachtung und Selbstregulationsfähigkeit vor allem durch die Förderung der therapeutischen Ich-Spaltung verstärken.

Altersspezifische Therapieangebote spielen besonders bei Kindergarten- und Schulkindern eine Rolle. Denn sie sind es gewohnt, ihre Welterfahrung mit Spiel oder Bastelmaterialien auszudrücken. Sie benutzen für ihr Vater-Mutter-Kind-Spiel gern Puppen oder Stofftiere. Vor allem ermöglicht das Spiel die Inszenierung von Projektionen (Melanie Klein) und stellt eine Möglichkeit der interaktiven Kommunikation (D.W. Winnicott) dar. Die Einführung von Spielmaterial in Kindertherapien geht vor allem auf die Kinderanalytikerin Melanie Klein zurück.

Beispiel

„Die Verwendung der Spielsachen, die ich speziell für das Kind in der Schachtel aufbewahrte, ... erwies sich als wesentlich für die Behandlung. Diese und andere Erfahrungen zeigten mir, welche Spielsachen für die psychoanalytische Spieltechnik am geeignetsten sind. Ich bevorzuge kleine Spielsachen, weil ihre Zahl und Mannigfaltigkeit es dem Kinde ermöglichen, zahlreiche Phantasien und Erfahrungen auszudrücken. Es ist wichtig,

daß es keine mechanischen Spielsachen sind und daß die menschlichen Figuren, die nur in Farbe und Größe variieren, keine speziellen Beschäftigungen ausdrücken. Ihre Einfachheit ermöglicht es dem Kinde, sie in verschiedenen Situationen, dem Inhalt des Spieles entsprechend, zu benutzen. Die Möglichkeit, durch das Spiel gleichzeitig eine Reihe von Erfahrungen und phantasierten oder wirklichen Situationen darzustellen, gewährt uns ein zusammenhängendes Bild von der Arbeit der kindlichen Seele“ (Melanie Klein, 1972, S. 17).

Aus dieser Beschreibung geht hervor, dass die therapeutische Verwendung von Spielmaterial primär nicht auf das Spielen zielt, sondern das Spiel wird genutzt als Ausdruck von Wünschen, Ängsten und Identifikationen. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass mit dem Kind in einer **ihm gemäßen Sprache gesprochen** wird. Es reicht aber nicht aus, vom symbolischen Charakter eines Spielzeugs auf die innere Situation des Kindes zu schließen, sondern dieses Material ist nur ein Medium, die innere Welt zugänglich zu machen.

Vom Kratzeln des Kleinkindes bis zum Graffiti des Jugendlichen begleitet das Malen alle Entwicklungsphasen als ein wichtiges Ausdrucksmittel (vgl. dazu Widlöcher, 1974). In der Kinderanalyse wird das Zeichnen anweisungsfrei wie eine freie Assoziation behandelt. Es bedarf der Deutungsarbeit, um diese Produktionen des Kindes mit seinem Unbewussten in Verbindung zu bringen.

Beispiel

„So zeichnete die ... Feuerträumerin (neunjähriges Mädchen – Anmerkung des A.) ... unaufhörlich furchtbar aussehende menschliche Ungeheuer mit überlangem Kinn, langer Nase, unendlichen Haaren und einem schrecklichen Gebiß. Der Name dieses immer wiederkehrenden Ungeheures war Beißer, sein Beruf offenbar das Abbeißen des Gliedes. ... Auf einem anderen Blatt ... stellte sie blitzartig alles zusammen, was sie sein wollte: ein Knabe (um ein Glied zu besitzen), eine Puppe (um die geliebteste zu sein), ein Hund (der ihr als Vertreter der Männlichkeit galt) und ein Seejunge, den sie einer Phantasie entnahm, in der sie allein als Knabe den Vater auf einer Reise um die Welt begleitete“ (A. Freud, Schriften, Bd. 1, S. 37/38).

Der Kinderanalytiker D.W. Winnicott hat die Schnörkel-Spieltechnik, das Squiggle-Spiel, besonders in Erstgesprächssituationen eingesetzt, um mit einem Kind in Kontakt zu kommen (M. Günter, 2003).

Beispiel

„Nach diesem Interview mit den Eltern sah ich den Jungen (sieben Jahre alt, wegen Charakterstörung vorgestellt, hatte mehrere Trennungen von seiner Mutter erlebt – Anmerkung des A.) in einem persönlichen Gespräch ... er ging sofort darauf ein, mit mir ein Squiggle-Spiel zu beginnen. (Bei diesem Schnörkel-Zeichenspiel zeichne ich spontan ein paar Linien und fordere das Kind auf, daraus irgend etwas zu machen; danach macht dann das Kind ein Squiggle für mich, aus dem ich etwas machen soll.) In diesem Fall führte das Squiggle-Spiel zu einem merkwürdigen Ergebnis. Als erstes fiel mir die Faulheit des Jungen auf, außerdem wurde fast alles, was ich ihm vorlegte, so umgeformt, daß etwas herauskam, das mit

einem Bindfaden zu tun hatte. ... Nach dem Interview sprach ich noch einmal mit den Eltern und fragte sie nach der Vorliebe für den Bindfaden. ... Sie sagten ... sie hätten ihn nicht erwähnt, weil sie sich nicht sicher waren, ob das wichtig sei. Sie berichteten, daß der Junge von allem, was mit Bindfaden zu tun hat, besessen sei. ... Vor kurzem habe er einen Bindfaden um den Hals seiner Schwester gebunden ... Ich wusste, daß ich in diesem Fall nur begrenzte (zeitliche – Anmerkung des A.) Möglichkeiten hatte ... Ich erklärte der Mutter, daß der Junge sich mit seiner Trennungsangst auseinandersetze und versuche, die Trennung zu verleugnen, indem er einen Bindfaden benutze“ (Winnicott, 1973, S. 27/28).

Dem Jungen war die Ursache für seine zwanghafte Verwendung von Bindfäden keineswegs bewusst, sie konnte aber über die Schnörkel-Spiel-Technik verstanden werden, und die Mitteilung dieses Verständnisses an die Mutter bewirkte die innere Auseinandersetzung des Jungen mit dem Trennungsthema.

Ein besonders altersspezifisches Therapieverfahren ist die Aufforderung an das Kind, Tagträume zu erzählen, die nach Anna Freud „zum größten Hilfsmittel in der Analyse“ (Schriften, Bd. 1, S. 34) werden können. Oft denken sich Kinder im frühen Schulalter regelrechte Fortsetzungsfolgen ihrer Tagträume aus, die als „continued stories“ bekannt sind.

Weniger für die Vertiefung der therapeutischen Arbeit sind Regelspiele geeignet. Deren Festlegungen grenzen den Phantasiespielraum ein. Der Therapeut bekommt aber einen guten Einblick in die Über-Ich-Bildung des Kindes. Denn unterlegene Kinder neigen oft zu Schummeln, Wutausbrüchen oder willkürlicher Regelauslegung. Im Ertragenkönnen von Niederlagen oder in der Wahl gezielter Strategien zeigt sich aber auch die Reife des Ich.

Der **Therapeut als Modell** ist kein primär analytisches Konzept, sondern basiert auf lerntheoretischen Grundannahmen. Der psychoanalytische Therapeut kann für ein Kind als neues Objekt aber ein Modell dafür sein, dass andere Objekterfahrungen möglich sind. Das bewirkt Identifizierungen mit dem Therapeuten, die wiederum Verinnerlichungsprozesse begünstigen können. Der Therapeut ist für ein Kind Objekt der Übertragung und der Wiederholung alter und gegenwärtiger Beziehungen. Er zieht libidinöse und aggressive Besetzung auf sich, ist Vertreter der äußeren Realität und nicht eo ipso ein neues Modell. Insofern gestaltet sich die therapeutische Beziehung in der Spannung von Erlebnishunger auf Neues und der Wiederholung des trieb- und objektverhafteten Alten.

Der **Umgang mit den Eltern** ist in der Kinderanalyse ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. „Der Entschluss zur Analyse geht nie von dem kleinen Patienten aus, sondern immer von den Eltern ...“ (A. Freud, Schriften, Bd. 1, S. 13). Bei der Schilderung der Krankengeschichte und der Erhebung der Anamnese ist der Therapeut ganz auf die Eltern angewiesen. Kinder berichten aufgrund ihres Verhaftetseins im Hier und Jetzt wenig aus ihrem zurückliegenden Leben oder ihrem Alltag. Umso mehr ist der Analytiker auf die Eltern als „ständigen Nachrichtendienst über das Kind angewiesen“ (Anna Freud, Schriften, Bd. 1, S. 53).

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Damit entsteht aber auch das Problem von Treue und Verrat. Die doppelte Loyalität Eltern und Kind gegenüber kann nur durch die Haltung einer übergeordneten Loyalität mit beiden gelöst werden.

Die begleitende Elternarbeit ist zur Lösung der intrapsychischen und interpersonellen Konflikte von großer Bedeutung. In dem zum Klassiker gewordenen Buch „Eltern, Kind und Neurose“ hat Horst Eberhard Richter (1967) die wichtigsten Projektionen von Eltern in Bezug auf ihr Kind (Idealisierung, Partnersubstitut und Sündenbock) zusammengestellt und gezeigt, welche Rolle die Kinder im psychischen Haushalt ihrer Eltern spielen, indem sie deren Verdrängtes ausagieren. Da Eltern durch neurotische Verstrickungen in der Wahrnehmung ihrer Elternfunktion beeinträchtigt sind, ist es Aufgabe des Kindertherapeuten, die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Elternfunktionen zu unterstützen (Ahlheim und Müller-Brühn, 1992). Die Eltern sollen durch diese Arbeit „ein Verständnis von ihrem eigenen inneren Anteil an der gestörten Beziehung entwickeln und die Einbindung des Kindes in die pathogenen Objektbeziehungsmuster der Vergangenheit erkennen“ (Windaus, 1999, S. 319).

Beispiel

„Nach etwa einem Jahr Elternarbeit ... Er (der Vater – Anmerkung des A.) schimpft über die ‚wunderbare Erziehung‘ seiner Frau. ... Ich (der Therapeut – A. d. A.) sage ihm, daß diese Art zu reden wohl sein Versuch sei, statt innezuhalten, alles unbeesehen herauszulassen. Da sagt er, jetzt fühle er sich an den Pranger gestellt. Ich sage ihm, daß dies eine Phantasie von ihm sei ... wenn er auf ein solches Bild komme, kenne er es, am Pranger zu stehen? Vielleicht am Pranger seiner Mutter? Da wird der Vater ruhiger und sagt, da sei schon etwas dran. ... Bezogen auf Paul (seinen 13jährigen Sohn – A. des A.) sage ich, daß er ihn wohl an den Pranger stellen müsse, um sich so der Ohnmachtsgefühle an Mutters Pranger zu entledigen. ... Der Effekt dieser Stunde war, daß der Vater ein Stück gespürt haben dürfte, daß sein Redeschwall und seine projektive Phantasie vom An-den-Pranger-gestellt-Werden Abwehrcharakter besitzen. Das Wiederauftauchen der Pranger-Position in der Jetzt-Zeit ließ ihn erleben, wie gegenwartsmächtig die internalisierte Beziehung zu seiner Mutter ist. ... Die ... Bearbeitung dieser Phantasie als Ausdruck seiner Bloßstellungsängste am Pranger der eigenen Mutter brachte ihn immerhin zu einem Eingeständnis. Bezogen auf Paul fügte ich noch hinzu, daß das Abdrängen von Paul in die ehemals erlittene Position des Vaters als Kind heute Pauls Wut und Beschämungsangst nur steigern würde“ (Windaus, 1999, S. 332/33).

Es ist noch zu erwähnen, dass durch eine konflikthafte Paardynamik der Rahmen der begleitenden Elternarbeit immer wieder gefährdet ist. Für den Erhalt des Settings „Elternarbeit“ ist es wichtig, diese Dynamik einer Paartherapie zuzuführen, weil sonst der Fokus „Kind“ verloren zu gehen droht.

Bei der **Beendigung der Behandlung** sind dem doppelten Arbeitsbündnis entsprechend beide Seiten mit einzubeziehen. Die Beendigungsfrage kann durch unterschiedliche Positionen zwischen Therapeut und Eltern aufgeworfen werden. So können die Eltern auf Beendigung drängen, während für den Therapeuten

der Prozess noch nicht beendet ist. Für den Abschluss einer Therapie bedarf es einer Phase der angemessenen Bearbeitung der Beendigung. Besteht dafür nicht der Raum und wird von Eltern ein agierender Druck ausgeübt, spricht dies für noch nicht gelöste Konflikte. Hinzu kommt, dass bei Kassenbehandlungen die Frage der Beendigung durch die begrenzte Leistungspflicht der Krankenkassen oft von außen an den Behandlungsprozess herangetragen wird.

Entwicklungsdynamisch stellt die Beendigung eine Trennungssituation dar. Frühere Trennungserfahrungen des Kindes werden wiederbelebt. Für die Technik der Beendigung sind die Terminierung und die Durcharbeitung der Trennungsthematik von Wichtigkeit. Im Sinne Winnicotts bedeutet die Beendigung, in die Position des Allein-sein-Könnens zu kommen, im Sinne S. Freuds, das Ausgeschlossenensein aus der Urszene zu akzeptieren. Dies gilt für Kind wie Analytiker gleichermaßen. Das leitende Maß bei der Beendigung sollte sein, ob das Kind die phasentypischen aktuellen Konflikte progressiv oder regressiv zu bewältigen mag. Schließlich ist das **oberste Ziel bei der Behandlung von Kindern die Förderung ihrer weiteren Entwicklung**.

Besondere Aspekte der Gegenübertragung treten bei der Beendigung einer Behandlung in Erscheinung. So könnte der Kindertherapeut es schwer haben, sich von „seinem“ Kind zu trennen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn er den Zeitpunkt für das Therapieende für verfrüht hält. Umgekehrt könnte die betonte Thematisierung der nun bestehenden Selbständigkeit bedeuten, dass der Therapeut auch eine Angst vor einer allzu großen Bindung des Kindes hat.

Der **Behandlungsabbruch** in der Kinderanalyse ist zu einem Großteil auf den Widerstand der Eltern zurückzuführen. Oft werden von ihnen Rationalisierungen (das Kind kommt nicht mehr zum Spielen, soll sich mehr um die Schule kümmern etc.) vorgebracht, die sich gegen die weitere Erforschung ihrer inneren Konfliktbeteiligung richten. Vor allem negative therapeutische Reaktionen bei Eltern und Kind fördern Therapieabbrüche. Deshalb ist die vertiefte Arbeit an den Abbruchgründen mit den Eltern der Weg, den Abbruch so lange wie möglich in der Bearbeitung zu halten. Jeder Abbruch agiert ein inneres Thema, das noch nicht ausreichend verstanden ist. Im Abbruch äußert sich ein Widerstand gegenüber inneren Veränderungsprozessen. Auch eine nicht richtig gestellte Indikation kann zu einem Behandlungsabbruch führen.

! Merke:

1. Der Motivations- und Beziehungsaufbau hängt sehr von der unterstützenden Haltung der Eltern ab. Generell ist zu beachten, dass in der Kindertherapie ein doppeltes Arbeitsbündnis anzustreben ist. Die begleitende Elternarbeit ist zur Bearbeitung der inneren elterlichen Beteiligung an dem vom Kind entwickelten Symptom und Konflikt von großer Bedeutung. Dabei steht der Kinderanalytiker immer im Spannungsfeld zwischen seinem analytischen Selbstverständnis und dem Auftrag der Eltern.
2. Das therapeutische Arbeitsbündnis ist definiert als „ein Ergebnis des bewussten und unbewussten Wunsches des



Kindes mitzuarbeiten und seiner Bereitschaft, bei der Überwindung innerer Schwierigkeiten und Widerstände die Hilfe des Therapeuten in Anspruch zu nehmen. Es verlangt eine Einsicht in die Notwendigkeit, sich mit inneren Problemen zu beschäftigen ...“ (Sandler et al., 1982, S. 61).

3. Für das Kind kann vor allem das In-Worte-Fassen von widersprüchlichen und ambivalenten Gefühlen bewirken, dass sein Vertrauen zum Therapeuten wächst, weil es das Gefühl hat, verstanden worden zu sein.
4. Die Verwendung von Spielmaterial dient nicht primär dem Spielen, sondern das Spiel wird als Ausdruck von Wünschen, Ängsten, Projektionen und Identifikationen gedeutet. Dabei ist zu beachten, dass mit dem Kind in einer ihm gemäßen Sprache gesprochen wird.
5. Zum Abschluss einer Therapie ist die Bearbeitung der Beendigung erforderlich. Besteht dafür nicht der Raum, spricht dies für noch nicht aufgelöste Konflikte.

7.3 Besonderheiten und Probleme der Behandlung von Jugendlichen

Der **Motivations- und Beziehungsaufbau** in der Arbeit mit Jugendlichen gestaltet sich von Anfang an schwierig, da Jugendliche die Aufnahme einer Therapie, zumeist doch veranlasst durch ihre Eltern, als einen Angriff auf ihre gewachsene Autonomie verstehen (vgl. insgesamt zu Fragen der Technik, des Settings und der Frequenz in diesem Entwicklungsalter Jongbloed-Schurig, 1997). Dieser Empfindung sollte der Therapeut schon im Erstkontakt Rechnung tragen. Mangelnder Leidensdruck, ausgeprägtes Widerstandsverhalten und abgewehrte Einsichtswilligkeit erschweren die Kontaktaufnahme. Die ablehnende Haltung einer Behandlung gegenüber bedeutet für Jugendliche als *geschickten* Patienten, dass sie durch Protest (als Selbstbehauptungsmittel), sich ihren eigenen Spielraum erhalten möchten. Ein Verständnis für die anfängliche Ablehnung als Mittel der Selbstbehauptung seitens des Therapeuten fördert generell den Beziehungsaufbau bei Jugendlichen. Als weitere Schwierigkeit kommt noch der Umstand hinzu, dass der Jugendliche dem Therapeuten als einem Erwachsenen mit Zurückhaltung und Misstrauen begegnet, da seine „präferierten Enthüllungspartner“ (Seiffge-Krenke, 1986, S. 32) nicht mehr die Eltern, sondern gleichaltrige Freunde sind. Es ist durchaus beziehungsfördernd, wenn der Analytiker nicht auf der strikten Einhaltung der analytischen Grundregel beharrt, sondern dem Jugendlichen auch signalisiert, dass es wichtig ist, seine eigenen „Geheimnisse“ zu haben.

Für eine psychoanalytische Erstsituation ist nicht nur die bewusste Motivation von Bedeutung, sondern vor allem die unbewusste Motivation. So kann ein auf den ersten Blick hochmotiviert daherkommender Patient in der Tiefe doch kein anderes Anliegen haben als die Manipulation des Therapeuten, mit der er seine Omnipotenz bestätigen will. Im Gegensatz dazu könnte sich hinter Sträuben auch eine Sehnsucht nach Hilfe und Unterstützung verbergen. Die Widerstandshaltung ermöglicht es dem Patienten zu kommen und sein Gesicht zu wahren. Im Dienste des Beziehungsaufbaus ist es förderlich, durch eine aktive Haltung Befürchtungen möglichst bald zu bearbeiten. Die

geschilderten Probleme beim Motivations- und Beziehungsaufbau durchziehen auch die **Probleme in der Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses**. Dabei pochen Jugendliche anders als Kinder auf die Einhaltung der Verschwiegenheit. Während Kinder es gewöhnt sind, dass Eltern mit anderen Erwachsenen über sie sprechen, lehnt der Jugendliche dies ab. Deshalb ist die Aufteilung der Therapie in ein getrenntes Setting (die Behandlung des Jugendlichen bei einem und die Durchführung der Elterntherapie bei einem anderen Therapeuten) ein probates Mittel, um die Arbeit von störenden Loyalitätskonflikten frei zu halten (Wolff 1999).

Die **Einschränkungen der Selbstreflexionsfähigkeit und Selbstregulationsfähigkeit** des Jugendlichen sind durch die Ich-Verarmung, die narzisstische Libidoposition, den Rückzug von der Realität in die Innenwelt und durch den Triebschub der Pubertät bedingt. Insofern hat die Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten eine unterstützende Funktion auf dem Weg zu größerer Selbstreflexion. Die Arbeit an den Unerträglichkeiten der Wirklichkeit und die größere Toleranzgewinnung dem Trieb wie dem Über-Ich gegenüber wirken dabei allgemein spannungsregulierend. Der Abbau von drängenden Spannungen unterstützt und fördert die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstregulation.

Der **Therapeut als Modell** ist kein analytisches Konzept. Das Lernen am Modell geht von Grundannahmen der Lerntheorie aus. Aber der Therapeut ist mit seinem neutralen Zuhören, seinem Respekt für Autonomiewünsche, seinem Verständnis für innere Vorgänge und seinen nicht wertenden Kommentaren als ein **neues** Objekt gewissermaßen ein Modell für eine neuartige Beziehungserfahrung.

Der **Umgang mit den Eltern** hat einen wesentlichen Einfluss in Bezug auf die Widerstandshaltungen und die negativen Übertragungen beim Jugendlichen. Unterhält der Therapeut ein allzu gutes Verhältnis mit den Eltern, fühlt sich der Jugendliche klein gemacht und an den Rand gedrängt. Unterhält der Therapeut ein zu gutes Verhältnis mit dem Jugendlichen, wittern die Eltern gegen sie gerichtete Verbrüderung. Die Gefahr liegt in der Einseitigkeit einer Inanspruchnahme.

Fühlen sich die Eltern durch die therapeutische Arbeit in ihren bisherigen eigenen Abwehrhaltungen zu sehr angegriffen, könnte sie dies dazu bringen, die Therapie des Jugendlichen zu hintertreiben, indem sie sich mit der hohen Ambivalenz des Jugendlichen kollusiv gegen den Therapeuten verbünden. Hilfreich kann es sein, diese Dynamik zu entflechten, indem die Elternarbeit dann von einem anderen Therapeuten durchgeführt wird.

Die **Beendigung der Behandlung** von Jugendlichenpsychoanalysen ist im Vergleich zur Beendigungsproblematik bei Erwachsenen bisher wenig systematisch untersucht worden. Während in der Erwachsenenanalyse die Auflösung der Übertragung als ein wichtiger Indikator für die Ankündigung des Therapieendes gilt, ist aufgrund der fehlenden Übertragungsneurose beim Jugendlichen diese Beurteilungsgrundlage nicht vorhanden. Auch ist die Unsicherheit bei Jugendlichenpsychotherapeuten über die erreichten strukturellen Veränderungen im Vergleich

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

zum Erwachsenenanalytiker größer. Sicherlich sind die Aufnahme geregelter Arbeits- oder Lernverhältnisse, die heterosexuelle Objektfindung und Weltzugewandtheit äußere Indikatoren für eine Behandlungsbeendigung.

Die Arbeiten (J. Novick, 1976/1997; J. und K. Novick, 2008), die sich dem Thema der Beendigung der Behandlung in der Adoleszenz widmet, geht davon aus, dass der Jugendliche schon bei Behandlungsbeginn einen einseitigen Plan zur Behandlungsbeendigung fasst. Dieser „unilateral termination plan“ ist gewissermaßen die Vorbedingung, unter der der Jugendliche es zulassen kann, sich einzulassen: das befürchtete Aufgeben von Unabhängigkeit wird unter dem inneren Vorbehalt der geplanten Vertragskündigung erträglich. Damit hat der Jugendliche von Anfang an etwas in der Hand, womit er gegen die Abhängigkeit vom Therapeuten „gewappnet“ ist.

Der **Behandlungsabbruch** kann sowohl vom Jugendlichen als auch von seinen Eltern herbeigeführt werden. Letztere neigen zu Therapieabbrüchen, wenn sich baldige Symptomverbesserungen nicht einstellen. Damit kompensieren die Eltern ihre narzisstische Kränkung. Vom Jugendlichen aus ist die gesamte Behandlungszeit von einer latenten Abbruchsdrohung begleitet. Sie stellt als vollzogener Abbruch das Agieren vorzeitiger Ablösungswünsche dar. Auch traumatische Vorerfahrungen mit Trennungen können entsprechend der Verkehrung von passiv in aktiv zum Agieren gelangen. Psychodynamisch drücken sich im Therapieabbruch beim Jugendlichen forcierte Autonomiewünsche, das Nichtaushalten der Infragestellung der eigenen Handlungsweisen oder das Beibehalten omnipotenter Wünsche aus. Reaktionen auf eine nicht verstandene negative Übertragung seitens des Therapeuten sowie Fehler in der Behandlung können ebenso den Abbruch bewirken.

! Merke:

1. Der phantasierte Angriff, den die Aufnahme einer Psychotherapie für die sich entwickelnde Autonomie bedeutet, erschwert den Motivationsaufbau und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Die Einschränkungen der Selbstreflexionsfähigkeit und Selbstregulationsfähigkeit des Jugendlichen sind vor allem durch die Ich-Verarmung, die narzisstische Libidoposition, den Rückzug von der Realität in die Innenwelt und durch den Trieb Schub der Pubertät bedingt.
2. Um allzu starke Loyalitätskonflikte zu vermeiden und um dem psychischen Entwicklungsalter des Jugendlichen Rechnung zu tragen, ist die Aufteilung der Behandlung zwischen Jugendlichen und seinen Eltern auf zwei verschiedene Therapeuten ein probates Mittel.
3. Die Voraussetzung dafür, dass von einer Beendigung der Analyse gesprochen werden kann, ist wenn der Patient die Behandlung selber als einen Übertragungsprozess erleben konnte und das Agieren weitgehend zurückgegangen ist.
4. Vom Jugendlichen wird die gesamte Behandlung von einer latenten Abbruchsdrohung begleitet. Sie stellt als vollzogener Abbruch das Agieren vorzeitiger Ablösungswünsche dar.

8 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Warum ist die Herausbildung einer vollständigen Übertragungsneurose in der Kinderanalyse umstritten?*
→ Anna Freud meint, dass die Bindung des Kindes an seine Eltern durch deren Gegenwart noch zu groß ist, als dass es die Eltern gegen ein Phantasieobjekt austauscht. Deshalb bilden Kinder ihrer Meinung nach keine Übertragungsneurose aus. Melanie Klein geht davon aus, dass durch konsequente Deutung aller Übertragungsphänomene das Kind dazu in der Lage ist, eine Übertragungsneurose zu entwickeln.
2. *Oft ist bei Kindern von Spieltherapie die Rede. Warum hat das Spielen allein aber keinen ausreichenden therapeutischen Effekt?*
→ Das Spielen des Kindes ist als eine Bewältigungsform von erlittenen Ereignissen und altersentsprechenden Abhängigkeiten an den Wiederholungszwang gebunden. Die Wiederholung dieser Erlebnisse und die Umkehr der Abhängigkeitsgefühle führen zwar zur Spannungsabfuhr, aber nicht zur Bewältigung. Diese wird ermöglicht, wenn den Gefühlen Wortvorstellungen verliehen werden, womit Überwältigungs- und Abhängigkeitsgefühle zurückgenommen werden. Zugleich drücken sich im Spiel zahlreiche unbewusste Phantasien aus, die nur durch Verbalisierung verständlich werden können.
3. *Immer wieder wird behauptet, Jugendliche stellen eine schwierige Patientengruppe dar. Welche Gründe werden dafür angeführt?*
→ Eine Therapie einzugehen bedeutet für einen Jugendlichen, sich auf eine Verbindlichkeit einzulassen, die seinen phasentypischen Unabhängigkeitswünschen entgegenläuft. Zur Behandlung zu kommen heißt auch, eine Krankheitseinsicht zu entwickeln. Die omnipotent-narzisstisch getönte Haltung des Jugendlichen stellt beides aber immer wieder in Frage. Durch den pubertären Trieb Schub und die Schwäche des Über-Ich in dieser Entwicklungszeit ist das Es seinen Impulsen sehr ausgeliefert, so dass dies dem Ich die Mitarbeit in der Therapie erschwert. Auch tritt an die Stelle von Spielen oder Nachdenken bedrückendes Handeln. Insofern gleichen Jugendliche in dieser Zeit strukturell Impulsneurotikern.
4. *Warum ist eine Kinderpsychotherapie ohne Miteinbeziehung der Eltern wenig erfolgreich?*
→ Die Symptome und Konflikte eines Kindes sind immer mit den unbewussten Konflikten der Eltern verknüpft. Die Eltern delegieren diese an das Kind und weisen ihm eine unbewusste Rollenfunktion gemäß ihrer eigenen Kindheitsgeschichte zu. Damit erhalten sie die neurotische Struktur des kindlichen Konfliktes. Ohne die Einbeziehung in die Elternarbeit würde sich ihre Ich-syntone Sichtweise erhalten. Die Veränderung der Sicht macht es möglich, das Kind aus der bisherigen Konfliktverstrickung zu entlassen. Wegen der Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern erfährt der Kindertherapeut aber nie so viel an Gewicht und Bedeutung, dass die alleinige Psychotherapie des Kindes diese Umstrukturierungen bewerkstelligen könnte. Auch liefern die Informationen der Eltern über ihr Kind wertvolle Beiträge für den Verstehensprozess.

9 Prüfungsfragen

1. Was sind die wesentlichen Unterschiede zwischen dem Übertragungsbegriff in der Kinder- und in der Erwachsenenanalyse?
2. Auf welche typischen Gegenübertragungskonflikte hat der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu achten?
3. Was wird unter dem doppelten Arbeitsbündnis in der der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie verstanden?
4. Welche Faktoren führen zu Behandlungsabbrüchen?
5. Welche Ziele verfolgt die psychoanalytische Arbeit mit den Eltern?
6. Welche entwicklungspsychologischen Faktoren beeinflussen den Behandlungsprozess bei Jugendlichen?
7. Warum wird in der Psychotherapie von Kindern, aber auch von Jugendlichen Spielmaterial verwendet?
8. Welche Möglichkeiten gibt es, mit den Phänomenen der Abwehr und des Widerstandes behandlungstechnisch umzugehen?

10 Literatur

a) zitierte Literatur

- Ahlheim R, Müller-Brühl E: Elternarbeit als Erweiterung des analytischen Bezugsrahmens der Kinderpsychotherapie. In: Biermann G (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Band IV. München, Basel: Reinhardt, 1992, 470-484
- Berna J: Ich-psychologische Deutungstechnik und Kinderanalyse. *Psyche* 1967;21:31-43
- Bloß P: Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozess. *Psyche* 1964; 18:120-138
- Dauntou E: Einige Aspekte des Ich- und Über-Ich-Widerstands bei einem asthmatischen Kind. In: Geleerd ER (Hrsg.): *Kinderanalytiker bei der Arbeit*. Stuttgart: Klett, 1972
- Freud A: Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: Freud A (Hrsg.): *Schriften*. Bd. 1. München: Fischer, 1936
- Freud A: Probleme der Pubertät. In: Freud A (Hrsg.): *Schriften*. Bd. 6. München: Fischer, 1958
- Freud A: Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett, 1968
- Freud A: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München: Kindler, 1973
- Freud A: *Schriften*. Bd. 1-10. München: Fischer, 1980
- Freud S: Die Traumdeutung. In: *Gesammelte Werke*. Bd. II/III. Frankfurt: Fischer, 1996
- Freud S: Bruchstück einer Hysterie-Analyse. In: *GW* Bd. V. Frankfurt: Fischer, 1996, 163 ff.
- Freud S: Analyse der Phobie eines fünfjährigen Jungen. In: *GW* Bd. VII. Frankfurt: Fischer, 1996, 243 ff.
- Freud S: Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: *GW* Bd. VIII. Frankfurt: Fischer, 1996, S. 108
- Freud S: Bemerkungen über die Übertragungsliebe. In: *GW* Bd. X. Frankfurt: Fischer, 1996, 306 ff.
- Frijling-Schreuder ECM.: Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kindertherapie. *Psyche* 1967;21:16-30
- Furman RA: Ein technisches Problem: Das Kind, das Schwierigkeiten hat, sich in den analytischen Sitzungen zu beherrschen. In: Geleerd ER (Hrsg.):

Kinderanalytiker bei der Arbeit. Stuttgart: Klett, 1972

- Günter M: Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003
- Hüttl W, Felicetti D: Anfang und Ende von Kinderanalysen und Kinderpsychotherapien. Versuch einer Einführung in das Thema in Verbindung mit bedeutenden Fällen der Kinderanalyse. *Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters* 1999;7:292-331
- Jongbloed-Schurig U: Analytische Arbeit mit Adoleszenten – Fragen zu Technik, Setting und Frequenz. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 1997;27:113-134
- Klein M: Die Psychoanalyse des Kindes. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1934
- Klein M: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek: Rowohlt, 1972
- Klüwer R: Agieren und Mitagieren. *Psyche* 1983;37:828-840
- Lampl-de-Groot J: Zur Adoleszenz. *Psyche* 1965;19:477-485
- Laplanche J, Pontalis J-B: Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp, 1973
- Laufer M, Laufer E: Adoleszenz und Entwicklungskrise. Stuttgart: Klett-Cotta, 1989
- Novick J: Die Beendigung der Behandlung in der Adoleszenz. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 1997;27:135-162
- Novick J, Novick KK: Ein guter Abschied. Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, 2008
- Petri H, Thieme E: Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Psyche* 1978;32:21-51
- Richter HE: Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle. Reinbek: Rowohlt, 1967
- Sandler J, Kennedy H, Tyson RL: *Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud*. Frankfurt: Fischer, 1982
- Sandler J, Dare C, Holder A: Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, erw. und überarb. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996
- Seiffge-Krenke I: Psychoanalytische Therapie Jugendlicher. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1986
- Seiffge-Krenke I: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta, 2007
- Widlöcher D: Was eine Kinderzeichnung verrät. Methode und Beispiel psychoanalytischer Deutung. München: Kindler, 1974
- Windaus E: Psychoanalytische Elternarbeit und szenisches Verstehen, Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse* 1999; 30:307-338
- Windaus E: Depression im Kindes- und Jugendalter: Psychoanalytische Behandlungskonzepte in Verbindung mit früher Traumatisierung. *Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters* 2007a;15: 326-342
- Windaus E: Psychoanalytische Behandlung einer 15jährigen depressiven Patientin. *Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters*, 2007b; 15:343-362
- Winnicott DW: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett, 1973
- Wolff A: Elternarbeit anders. Bericht über die Arbeit mit den Eltern eines 12jährigen Mädchens, das bei einer anderen Therapeutin in Behandlung war. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse* 1999;30:361-379

4.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

b) allgemeine Standardwerke

- Biemann G (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. I-IV und Ergänzungsbände. München. Reinhardt, 1976
- Frijling-Schreuder ECM: Übertragung und Gegenübertragung. Psyche 1979;33:600-609
- Heineemann E, Hopf H: Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2001
- Hopf H, Windaus E: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie Band V. München: Verlag CIP-Medien, 2007
- Holder A: Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen. Geschichte, Anwendungen, Kontroversen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2002
- Winnicott DW: Piggie. Eine Kinderanalyse. Stuttgart: Klett, 1980
- Zulliger H: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Stuttgart: Klett, 1967

