

Zur Geschichte, Entwicklung und Anwendung der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (kürzere Fassung)

Autorin

MAG. RUTH S. NEUMEISTER, Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in freier Praxis, Rechbauerstraße 22, 8010 Graz, Österreich

Tel.: +43 - (0)664-2721209; 0316-838393 / Fax: 0316-838393

ruth.neumeister@gmx.at

<http://www.neumeister.info>; <http://www.psychotherapie-graz.at>

Zusammenfassung

Der etwas sperrige Titel verweist auf komplexes Gebiet. Die psychoanalytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen - und im erweiterten Rahmen die Arbeit mit den Eltern - ist eine spezialisierte Anwendung psychoanalytischen Denkens und psychoanalytischer Technik. Ich möchte die psychoanalytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen einerseits in ihren historischen Kontext stellen und ihre Entwicklung nachzeichnen, andererseits aber - unter deutlicher Bezugnahme auf die Elternarbeit - zu zeigen versuchen, wie Überlegungen zu ihrer Anwendung heute aussehen. Ein eigenes Fallbeispiel ist eingewoben. Der Text ist als Überblicksdarstellung gemeint.

Einleitung und Voraussetzungen

Die psychoanalytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen - und im erweiterten Rahmen die Arbeit mit den Eltern - ist eine spezialisierte Anwendung psychoanalytischen Denkens und psychoanalytischer Technik.

Für mich ist die Kindertherapie eng verbunden mit Kindern, Jugendlichen und Familien in emotionalen Krisen, Blockierungen, Turbulenzen bis Stürmen, wobei es darum geht, einen Raum zu ermöglichen, in dem sie eine Stimme bekommen und Hilfen, über sich nachzudenken, ein Symbolisierungsraum für Konflikte. Bei vielen Kindern allerdings, zB solchen, die Misshandlungen oder Missbrauch ausgesetzt waren, können Gefühle so eingefroren sein, dass ihnen Mitteilungen kaum möglich sind. Durch Psychotherapie beziehungsweise Elternarbeit kommen manche dieser Kinder und Eltern in Kontakt mit ihren Gefühlen.

Mein Interesse an diesen Dingen resultiert aus Fragen, die sich in meiner psychoanalytischen Praxis ergeben. In Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen wird immer auch das Kind, das die Therapeutin einmal war, angesprochen - also die Identifikation mit unseren Patienten. Es gilt, einen Spagat zu vollziehen, eine Art übergeordneten Raum, wie ich das nennen möchte, herzustellen zwischen der Position des Kindes und der seiner Eltern beziehungsweise sonstigen Bezugspersonen.

Wie Elisabeth Müller-Brühn schön herausgearbeitet hat, ist die Kinderanalyse sowohl Wegbereiterin als auch Stiefkind der Psychoanalyse (Müller-Brühn, 2004, 104-135). Wegbereiterin, weil wir von der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen viel für die Arbeit mit Erwachsenen lernen konnten; Stiefkind, weil nicht allzu viele Analytiker sich diese übergreifende Tätigkeit zumuten.

Stiefkind war aber auch die Elternarbeit in diesem Zusammenhang. Dazu trug sicher die Rolle der Frau Anfang des 20. Jahrhunderts bei, aber auch die frühe psychoanalytische Theorie mit ihrer Vernachlässigung früher Beziehungen.

Ich hoffe, dass ich sichtbar machen kann, dass sich neben Freude und Lustvollem auch einiges an Beschwerlichem in der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern und ihren Eltern findet.

In Anlehnung an Esther Bick (1962) möchte ich auf spezifische Schwierigkeiten hinweisen, die auf die Erwachsenenanalyse nicht in gleichem Maß zutreffen:

Die Notwendigkeit, Kontakt mit den Eltern zu halten und sich um die Spielsachen und das Spielzimmer zu kümmern, können sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. In finanzieller Hinsicht ist die Kinderanalyse deshalb etwas weniger attraktiv.

Zu den inneren Belastungsfaktoren zählen unspezifische, generelle Ängste, die mit der Behandlung von Kindern als solchen verbunden sind, wie z.B. Ängste vor der Verantwortung, die man übernehmen muss. Diese Ängste sind deshalb größer, wenn es sich um Kinder und nicht um Erwachsene handelt, weil die Verantwortung eine doppelte ist, dem Kind wie auch seinen Eltern gegenüber und weil eine entsprechende Verantwortung für den Analytiker hinzukommt, je unreifer das Ich des Patienten ist (Bick, 1962/1991, 226-227).

Die Belastungen aus der Gegenübertragung für die Kinderanalytikerin sind schwerwiegender als jene, vor die die Analytikerin von Erwachsenen sich gestellt sieht (Ausnahme psychotische Erwachsene; und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, wie ich ergänzen möchte).

Schwer erträglich kann die Intensität der Abhängigkeit des Kindes sein, seiner positiven und negativen Übertragung, der primitive Charakter seiner Fantasien: All das wird die unbewussten Ängste der Analytikerin selbst wieder beleben. Dazu Bick: „Das Material des Kindes ist überdies unter Umständen schwerer zu verstehen als das des Erwachsenen ... In der Kinderanalyse tappt man unter Umständen lange Zeit völlig im Dunkeln, bis plötzlich aus der Tiefe etwas hervorkommt, das Licht auf die Vorgänge wirft, und man deutet, ohne in jedem Fall erkennen zu können, wie man zu dieser bestimmten Schlussfolgerung gelangt ist. Der Kinderanalytiker ist stärker auf sein Unbewusstes angewiesen, das ihm Hinweise auf die Bedeutung des Spiels und der non-verbalen Kommunikationen des Kindes vermittelt.“ (230)

Es ist ausserdem ein Privileg und eine Befriedigung, sich mit einem menschlichen Wesen zu beschäftigen, das fast sein ganzes Leben noch vor sich hat und sich erst in den frühen Phasen der Entwicklung seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten befindet.

Im übrigen ist es nicht einfach, über diese Dinge zu sprechen, denn die Erfahrung eines sehr intimen therapeutischen Raumes ist zentral für diese Arbeit und - wie ich finde - nicht leicht vermittelbar.

Um doch einen Überblick über diese sehr komplexe Arbeit zu bewerkstelligen, möchte ich zuerst die Geschichte der Kinderanalyse und psychoanalytischen Kinderpsychotherapie - natürlich in gestraffter Form - darstellen; in einem zweiten Teil werde ich die immer wieder auch komplizierte Arbeit mit den Eltern oder sonstigen Bezugspersonen beleuchten und auf ein paar Prinzipien hinweisen, die dabei wichtig sind; in diesem Teil erläutere ich an einem kasuistischen Beispiel, wie ich meine Erfahrungen anwende; dann möchte ich zum Setting und zur Technik mit dem Kind/Jugendlichen einiges sagen. Über Diagnostik und Einschätzungen der therapeutischen Möglichkeiten spreche ich - wenn Zeit bleibt - auch; wahrscheinlich kann dieses Thema dann eher in der Diskussion Platz bekommen.

I. Geschichte

Die Kinderanalyse hat seit Freuds Fallstudie „Der kleine Hans“, 1909 für die psychoanalytische Theorie, die Kinderpsychotherapie und die Erwachsenenanalyse große Bedeutung. Es kam aber in der Geschichte der Psychoanalyse (und parallel der Geschichte der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse) zu Prozessen, die zu einer nachgerade Vernachlässigung der Anwendung im Bereich der Kinder führten. Nach der Pionierzeit in Wien und Berlin und die Bemühungen um eine psychoanalytisch orientierte Erziehung kam es durch die Ausbreitung des Nationalsozialismus zu einer kruden Unterbrechung dieser Aktivitäten. Das Zentrum der Kinderanalyse war damals Berlin. Einerseits kam es zur Emigration vieler jüdischer und teils auch nichtjüdischer Analytiker/innen, infolge dessen und parallel dazu gab es Grabenkämpfe und Anpassungen an das System, um zu überleben. So wurde das Berliner psychoanalytische Institut 1936 zum Reichsinstitut umgewandelt, 1939 wurde es umbenannt in Deutsches Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie. In der angegliederten Poliklinik befand sich die Abteilung Erziehungshilfe, wo bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen der von Gerhild von Staabs entwickelte Szenotest für diagnostische und therapeutische Zwecke verwendet wurde. Die kontroversen, bis zur Spaltung der DPG (deutsche psychoanalytische Gesellschaft, anschließende Gründung der DPV) führenden Positionen zwischen Freudianern (zB Müller-Braunschweig) und den sog. Neo-Psychoanalytikern (Schultz-Henke) sowie die Schaffung der Ausbildung zum kinderanalytischen Psychotherapeuten, „Psychagogen“ genannt, könnten mit darauf zurückzuführen sein.

Dazugesagt werden muss, dass es in Deutschland eine etwas andere Ausbildungsorganisation in psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Methoden gibt, daher solche Begriffe wie analytischer Kinderpsychotherapeut.

Man kann die Geschichte der Kinderpsychotherapie nach Andrea Harms grob in drei Phasen einteilen (Harms, 1997, 40-51):

1) Die Anfänge bis zum Ende des 1. Weltkriegs - Schauplätze v.a. in Österreich/Wien, Deutschland/Berlin, Schweiz/Zürich; 2) Die 20er Jahre bis zur Anna Freud-Melanie Klein - Kontroverse (Kontroverse beginnend 1941 in London, bis 1945); 3) Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg

zu 1) Die Anfänge bis zum Ende des 1. Weltkriegs - Österreich/Wien, Deutschland/Berlin, Schweiz/Zürich

Es war Sigmund Freud, der die kindliche Entwicklung beziehungsweise die Entwicklung in der Kindheit als primäre Quelle der Verursachung der Neurosen bei Erwachsenen ansah (siehe u.a. „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“, 1905).

In „Die Wege der Symptombildung“, 1917 meinte er: „Die Neurosen der Kinder sind nun sehr häufig, viel häufiger, als man glaubt. Sie werden oft übersehen, als Zeichen von Schlimmheit oder Unartigkeit beurteilt, oft auch durch die Autoritäten der Kinderstube niedergehalten, aber sie lassen sich in der Rückschau von später her immer leicht erkennen. Sie treten zumeist in der Form einer Angsthysterie auf (...) Wenn in späteren Lebenszeiten eine Neurose ausbricht, so enthüllt sie sich regelmässig als die direkte Fortsetzung jener vielleicht nur schleierhaften, nur andeutungsweise ausgebildeten infantilen Erkrankung. Es gibt aber (...) Fälle, in denen sich diese kindliche Nervosität ohne jede Unterbrechung in lebenslanges Kranksein fortsetzt.“ (S. Freud, 1917/1999, 378)

Als Freud 1909 ‚Die Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben‘, ‚Der kleine Hans‘ (sein richtiger Name war Herbert Graf) veröffentlichte, war dies der Beginn der

Kinderpsychotherapie. Unter Freuds und Alfred Adlers Einfluss entwickelte sich die analytische Kinderpsychotherapie und Erziehungsberatung in Wien. Adler und seine Individualpsychologie waren vorrangig in der Initiative zur Errichtung erster Erziehungsberatungsstellen, die dazu gedacht waren, tiefenpsychologisch orientierte, verstehende Brücken zwischen Therapie und Pädagogik zu bauen (41).

Klar war, dass die Technik der freien Assoziation in der Kinderanalyse durch das Spiel ersetzt werden musste, da aus diesem, dem Verhalten und den sonstigen Äußerungen des Kindes die psychotherapeutisch-analytischen Folgerungen gezogen werden konnten.

Hermine von Hug-Hellmuth in Wien war die erste Kinderanalytikerin, die Spiel- und Puppenmaterial verwendete und so zur ersten Vertreterin der Spieltherapie wurde. 1913 veröffentlichte sie „Aus dem Seelenleben des Kindes“ und „Zur Technik der Kinderanalyse.“ Wesentliche Fragen der Psychotherapie, zum Beispiel der Indikation, des - zumindest nach aussen so wirkenden (meine Anmerkung) - fehlenden Leidensdrucks bei Kindern, der Beziehung des Therapeuten zu den Eltern, Übertragung, Widerstand, die Rolle und die Deutung des Spiels beschäftigten sie schon damals. Ihr Einfluss auf sowohl Anna Freud (betreffend die Arbeit mit Latenzkindern, die erzieherische Rolle des Analytikers, die Eingangsphase zur Herstellung eines Arbeitsbündnisses) als auch Melanie Klein (die Interpretation der negativen Übertragung, die Verwendung des Spiels, der Unterschied zwischen der erzieherischen und der analytischen Rolle) wird selten gesehen.

Andere wichtige Namen sind Siegfried Bernfeld, August Aichhorn, Helene Deutsch, Willi Hoffer für Wien, Karl Abraham, Max Eitingon für Berlin. Eitingon war es (allerdings dann 1923), der Ausbildungsrichtlinien für psychoanalytische Therapeuten vorlegte, die auch die Ausbildung von Kinderanalytikern beinhaltete (Müller-Brühn, 1998, 18).

Der Züricher Pfarrer Oskar Pfister wiederum versuchte für Jugendliche mit neurotischen Störungen eine Kombination von Analyse, Erziehung und Moralunterricht, die sogenannte ‚Pädanalyse‘ (1913, „Die psychoanalytische Methode“). Sie wurde im Rahmen von Spaziergängen angewandt, bei denen er Gespräche mit den Jugendlichen führte. Das Entstehen einer positiven Übertragung sah er dabei als das wichtigste Agens an.

Einer seiner Schüler war der Volksschullehrer Hans Zulliger. Er versuchte, analytisches Gedankengut in die Lehrerschaft zu tragen. In den 1950-60er Jahren publizierte er mehrere Bücher über „Bausteine zur Kinder-Psychotherapie und Kinderpsychologie“, „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“ oder „Gespräche über Erziehung.“ Zu ihm noch später.

zu 2) Die 20er Jahre bis zur Anna Freud-Melanie Klein - Kontroverse in den 1940er Jahren (Kontroverse beginnend 1941 in London, bis 1945)

In den 20er und frühen 30er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte Melanie Klein - ausgehend von den Erfahrungen eigentlich nur einiger weniger analytischer Behandlungen von Kleinkindern eine Spiel- und Deutungstechnik, in der sie die Spielanalyse zur Behandlungsmethode machte. In den Stunden wird zahlreiches Spiel- und Gestaltungsmaterial zur Verfügung gestellt, es gibt Möglichkeiten zum Rollenspiel und die Spielproduktionen werden sofort gedeutet (42). Das Spiel als freie Assoziation, es entspricht ihr („Die Psychoanalyse des Kindes“, 1932/1971; „Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse“, 1962).

Das kindliche Spiel und die psychosexuelle Entwicklung beziehungsweise die Fantasien des Kindes wurden in Zusammenhang gesetzt. In den Fokus nahm Klein aber v.a. die Angstentstehung und Angstbewältigung. Die Existenz der Übertragung schon zu Beginn der Analyse gehört zu den wichtigsten theoretischen und technischen Vorstellungen, wobei so früh wie möglich gedeutet werden muss, v.a. wenn die Übertragung negativ ist. Klein sah es als nötig an, tiefgehende Deutungen zu geben, um zu jener Schicht der Psyche vorzudringen, in der die Angst lokalisiert ist. Diese hängt mit der oralen oder analen Phase und mit den

ersten Beziehungen zum Körper der Mutter zusammen. Klein nahm die Existenz eines Ödipuskomplexes prägenitaler Prägung und eines frühen Überichs an, das sich schon vor Ende des ersten Lebensjahres konstituiert. Sofortdeutungen sollten dem Kind helfen, Angst zu reduzieren.

Anna Freud - die jüngste Tochter Sigmund Freuds - verwertete ihre Erfahrungen als Lehrerin, Sozialpädagogin und Leiterin von Kursen für Sozialarbeiter und Erzieher in Wien in ihrer "Einführung in die Technik der Kinderanalyse" (1927). Die Kindertherapie müsse anders sein als die Erwachsenentherapie und dies begründete sie mit der Andersartigkeit des Kindes, das noch „unreif und unselbstständig“ sei. Sie ist der Überzeugung, dass die Übertragungsneurose des Kindes nicht dieselbe wie die des Erwachsenen sein kann, da Kinder keine Krankheitseinsicht in dem Sinn, noch einen freiwilligen Entschluss zur Behandlungsaufnahme, noch den Willen zur Heilung aufbringen würden (das sehe ich nicht so global). All dem zu Grunde liegt die reale, altersentsprechende Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern (43). Die Arbeit mit den Eltern ist also ein unumgänglicher Bestandteil einer Kindertherapie, eben und v.a. wegen der realen Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern.

Für Anna Freud ist die Therapeutin für das Kind nicht einfach nur eine Übertragungsadresse, sondern auch ein neues, reales Objekt, das neue Beziehungsformen anbietet. Somit bezieht sie das Spiel als Ausdrucksmöglichkeit mit ein, die Spielhandlungen werden aber nicht ausdrücklich gedeutet, da der kindliche Spielablauf neben symbolischen auch reale Bestandteile enthält. Die Therapeutin nimmt eine viel aktivere Rolle ein als bei der Vorgangsweise Kleins, sie beteiligt sich etwa am Spiel des Kindes, übernimmt ihr zugeteilte Rollen oder funktioniert hin und wieder als Hilfsich für das Kind. Das Spiel steht im Dienst des Ich.

Zum von Anna Freud geprägten Begriff ‚Entwicklungslinien‘, beschrieben in ihrem Buch „Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung“, 1968: Sie gibt darin eine systematische Darstellung der normalen kindlichen Entwicklung. Beginnend mit dem Säuglingsalter verfolgt sie alle Fortschritte bis hin zur Selbständigkeit und zum verantwortungsbewussten Handeln. Sie zeigt, dass die Entwicklung der Kinder das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen Wachstumsvorgängen des Ich und Einflüssen der Außenwelt ist und beschreibt, wie Trieb und Fantasiefreiheit langsam zugunsten der Triebbeherrschung und Rationalität in den Hintergrund treten. Beispiele für Entwicklungslinien sind u.a.: von der infantilen Abhängigkeit zum erwachsenen Liebesleben, von der Unverantwortlichkeit zur Verantwortlichkeit für den eigenen Körper, der Weg von der Autoerotik zum Spielzeug und vom Spiel zur Arbeit.

Ein weiterer wichtiger Name, inhaltlich eng verbunden mit Anna Freud sowie den Erziehungsberatungsstellen, ist August Aichhorn. In „Verwahrloste Jugend“ (1925/1957) formulierte er eine moderne therapeutische Einstellung zum schwierigen Jugendlichen: „Hinter der Feindseligkeit eines Menschen liegt ein unerfülltes Liebesbedürfnis.“ (zit. nach Harms, 1997, 43)

zu 3) Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg

Durch den Zweiten Weltkrieg und den Nationalsozialismus mussten viele Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen um ihr Leben zu schützen auswandern, viele von ihnen waren ja jüdischer Herkunft. Melanie Klein zum Beispiel war nach London gegangen (aber auch aus anderen Gründen), die meisten allerdings in die USA. Dadurch ging im deutschsprachigen Raum viel Potential verloren.

In der Schweiz entwickelte Hans Zulliger die „nicht deutende Spieltherapie“, die sich dem besonderen Erleben des Kindes in der „magisch-animistischen“ Phase anpasst. Konflikte werden bis zur echten Konfliktlösung im affektbesetzten Spiel ausagiert, ohne dass die zu Grunde liegenden psychodynamischen Vorgänge gedeutet werden. Symbolisierte Bedrohungen gehen auf entsprechende Erlebnisse zurück. Einfaches und nicht zu viel Spielzeug wird eingesetzt. Dazu Müller-Brühn: „Zulliger sieht die therapeutische ich-stärkende Wirkung, die ‚heilenden Kräfte‘ der ‚reinen Spieltherapie ohne Deuten unbewusster Inhalte und Zusammenhänge‘ insbesondere darin, dass die symbolische Bedeutung des kindlichen Spiels erkannt wird und die Therapeutin dem Kind in dessen Sprache beziehungsweise auf der symbolischen Ebene begegnet.“ (Müller-Brühn, 1998, 27)

Es geht darum, das Spiel zu erleben. Bei älteren Kindern allerdings räumt Zulliger ein, dass Deutungen nötig sein können, um eine Stagnation zu vermeiden. Zum Spiel komme ich später.

Aus den USA und zwar von Erik H. Erikson kamen neue Anregungen. Auf dem Boden verschiedenster kulturalanthropologischer, völkerkundlicher Untersuchungen, aber auch eigener Feldforschungen entwarf er ein Konzept über die Kulturabhängigkeit früher Prägungen der kindlichen Ich-Entwicklung („Kindheit und Gesellschaft“, 1950). Weitere Studien über die Identitätsbildung des Jugendlichen und deren Störungen folgten („Das Problem der Identität“, 1956).

Zu Konzepten v.a. aus der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts:

Donald Woods Winnicott, der englische Kinderarzt und Analytiker, ist meiner Meinung nach besonders wichtig und richtungweisend für die moderne analytische Kinderpsychotherapie (er begann schon in den 30er Jahren mit seinen Tätigkeiten). Er geht davon aus, dass das Kind einen Anspruch hat auf eine „good enough mother“ und dass es diese notwendig braucht. Die „holding function“, d.h. die Fähigkeit und Bereitschaft der Mutter, dem Kind die Sicherheit zu geben, die es zur Ausbildung seiner Persönlichkeit braucht, ist einer seiner wesentlichen Begriffe. Mit der Beschreibung des Übergangsobjekts und des Übergangsraums wird ein weiterer wichtiger Baustein zur Grundlegung einer neuen Einstellung in der Psychotherapie hinzugefügt (47). In diesem Raum ist spielerisches Handeln möglich. Winnicott sieht Spielen als schöpferisches Handeln und als Suche nach dem Selbst. Das Spiel sieht er als Begegnung. Dem entsprechend müsste auch die Kinder-/Psychotherapie das Angebot dieses Übergangsraums schaffen.

Wilfred Bions Weiterentwicklung des Kleinschen Konzepts der projektiven Identifizierung mit dem Blick auf den unbewussten frühen Austausch zwischen Mutter und Kind und sein containment-Modell („Lernen durch Erfahrung“, „Elements of Psychoanalysis“, „Transformations“, Originale alle 1. Hälfte der 1960er) hat ein unentbehrliches Rüstzeug für das Verständnis früher und/oder unerträglicher Prozesse, wie sie sich in der Übertragung zwischen Patient und Therapeut abspielen können, dazugegeben.

Die Bindungstheorie nach John Bowlby (1969, 1973, 1980, 1982) und seine Konzepte zum Aufbau des Bindungsverhaltens eines Kindes betreffend seine primären Bezugspersonen und die Konzepte über die Entstehung psychopathologischer Phänomene bei entsprechenden Unterbrechungen und Störungen dieses Prozesses, sind Teil psychologischen Alltagswissens geworden.

In den letzten circa 25 Jahren ist die moderne Säuglingsforschung durch die Arbeiten z.B. Daniel Sterns hervorgetreten („Die Lebenserfahrung des Säuglings“, 1992). Hier geht es um die konsequente, direkte Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern unter Miteinbeziehung des Feldes der Beobachtung (inklusive des Beobachters selbst).

II. Über die Arbeit einer analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin: Die Elternarbeit, die Psychotherapie im Zweier-Setting mit dem Kind oder dem Jugendlichen und - immanent - der Spagat dazwischen

Die Konzepte des Unbewussten, der Übertragung-Gegenübertragung, Deutung, Angst und Abwehr, containment, innere und äussere Welt und deren Austausch beziehungsweise wechselseitige Beeinflussung, und spezifische Abwehrmechanismen wie Projektion, Introjektion u.a. bilden die Grundlagen auch der psychoanalytischen Therapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Laut Dieter Rau-Luberichs ist das Kind zuallererst und am Anfang ein imaginiertes Säugling. „Es (das Kind) wird imaginiert - und zwar weit vor seiner Geburt - von denen, die es erwarten, von den Eltern. Noch vor der Zeugung und Schwangerschaft gehen die Eltern mit einem Kinderwunsch ‚schwanger‘. Das Kind wird hineingeboren in ein Netz bewusster und unbewusster Phantasien, es wird erschaffen, bevor es das Licht der Welt erblickt. Im Kinderwunsch werden Babys emotional geschöpft, ehe sie sozusagen mit der Zeugung materialisiert werden.“ (Rau-Luberichs, 2006, 159) Diese Fantasien haben Konsequenzen für die Beziehung von Eltern zu ihren Kindern und haben zu tun mit den Beziehungserfahrungen der Eltern mit ihren eigenen Eltern.

1) Zur Elternarbeit:

Diese Arbeit findet im Rahmen von verschiedenen ineinander verwobenen Dreiecken und Dreiecksbildungen statt. Die handelnden Personen sind ein Kind/Jugendlicher, die Eltern oder andere Involvierte und die Psychotherapeutin. Die verinnerlichte ödipale Beziehung der Eltern selbst bilden mehr oder weniger stabile Dreiecke, die Dreieckssituation zwischen den beiden Eltern und ihrem Kind ein weiteres, die Situation, dass mit dem Kind gearbeitet wird, mit den Eltern ebenso und dass da eine Dritte im Bunde ist - die Therapeutin, als Repräsentantin der Welt ausserhalb der Familie - noch eines und ausserdem gibt es die ‚Dreiheit‘ Familie, Therapeut/in und Gesellschaft/Kultur, in der sie leben. Zugleich ist die Kultur als symbolische Ordnung etwas Viertes, auf das die ödipale Triade und die anderen erwähnten Triaden bezogen sind (Grieser, 2007, 560).

Es ist jedenfalls leichter zu beschreiben, was ein Kindertherapeut nicht macht, als zu sagen, was er macht. Jochen Raue sieht es so: „Weder erzieht er im Sinne eines Erziehers, noch werden die Patienten unterwiesen wie in der Schule. Der Kindertherapeut verabreicht auch keine Medizin oder gibt Anweisungen, noch spielt er zum Spaß mit den Kindern.“ (Raue, 1998, 113) Womit nicht gesagt werden soll, dass das Spielen mit den Kindern keinen Spass machen kann und darf. Es stellt sich aber die Frage, was die Therapeutin in all den Stunden - viele oder wenige, über einen kürzeren oder auch langen Zeitraum hinweg - macht. Dazu Raue: „Das Wort ‚machen‘ in der Frage vermittelt dabei einen falschen Eindruck, denn es suggeriert äußeres Handeln, das in der Arbeit mit Kindern sicher auch einmal nötig ist; aber es vernachlässigt die innerpsychische Arbeit des Therapeuten und die ist beileibe nichts Passives, wie es häufig den Anschein haben kann, sondern ist etwas durchaus Aktives.“ (113) Ein Hauptunterschied zwischen der Kindertherapie und der Therapie Erwachsener ist die Tatsache, dass man als Kindertherapeut nicht nur dem Kind oder Jugendlichen begegnet, sondern auch dessen Eltern, manchmal Lehrern, Sozialarbeitern oder anderen wichtigen Personen aus der Umgebung des Patienten. Aber das Ziel, den unbewussten inneren Motiven und Gründen im Patienten auf die Spur zu kommen, die diesen dazu veranlassen haben, Symptome zu entwickeln, die seine Einschränkungen und Leiden verursachen und ihn haben erkranken lassen, ist dasselbe. Auf Seiten unserer jungen und kleinen Patienten gibt es oft nur ein Minimum an Leidensdruck und Selbsteinsicht - was keinesfalls bedeutet, dass die Dinge in Ordnung sind - zugleich oft ein Maximum an Widerstand und das therapeutische Bündnis ist vom Patienten aus oft instabil. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist allein von daher

schon notwendig, es bedarf ihrer Unterstützung, wenn in Zeiten negativer Übertragung die Kinder wegbleiben würden.

Die therapeutische Beziehung beziehungsweise Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung unterliegt einem spezifisch schwierig zu haltenden Gleichgewicht. Dazu gesellen sich noch die „ghosts in the nursery“, die Gespenster im Kinderzimmer, wie Selma Fraiberg die Besucher aus der nicht erinnerten Vergangenheit der Eltern nennt (Fraiberg, 1990, 141).

Nun ein kasuistisches Beispiel aus meiner Praxis, in der ich das Zusammenspiel in der Arbeit mit einem Kind, seinen Eltern und deren inneren Gespenstern darstellen möchte:

Eine ca. 35jährige Mutter einer knapp 10jährigen Tochter kam zum Erstgespräch, weil das Mädchen seit einiger Zeit v.a. nachts wieder einnässte. Allerdings habe ihre Tochter, ich nenne sie hier Ella, nie mehr als zwei, drei Monate nicht eingenässt. Es ginge übrigens nicht, dass Ella in ihrem eigenen Bett schläft, sie hielt und hält es nicht aus und kommt immer zu den Eltern ins Bett. Auch sonst könne sie kaum allein sein, klammert, bekommt Panik, wenn einer der Eltern, v.a. aber die Mutter, mal in den Keller geht, um etwas zu holen. Das war immer schon so. Die Schule wäre aber kein Problem. Sonst sei Ella wissbegierig, lebhaft, mitteilungsbedürftig. Ich denke bei mir, ‚ganz schön lange haben die Eltern das alles so stehen lassen, Ella ist fast 10 Jahre alt‘. Beide Eltern arbeiten viel, sind gestresst, ein Leben zusammen, d.h. zu dritt gibt es kaum einmal, wie ich erfrage. ‚Wahrscheinlich auch als Paar nicht so recht‘, fantasiere ich noch dazu. Verschiedene Ärzte und Homöopathen hätten nichts ändern können. Ein um einige Ecken bekannter Psychiater hat nun mich empfohlen. Ich erlebe die Mutter auf eine mühsame Art besorgt und angestrengt, aber imstande, ihre Tochter als leidend wahrzunehmen. Allerdings muss es viel Ambivalenz geben, denn sonst hätte sie - beziehungsweise die Eltern Ella - schon vor einigen Jahren zur Therapie bringen können. Die Rolle des Vaters ist einstweilen noch unklar.

In den ersten Stunden, die der Abklärung mit Ella dienen, zeigt sie sich mir einerseits lebendig, redet viel und kundig über sich, macht alles bereitwillig und gerne mit (z.B. die Baum- und Menschzeichnungen, die verzauberte Familie), stellt sich aber andererseits dar mit dem Gefühl, dass aggressiv oder auch nur eigenständig sein ganz falsch und destruktiv ist; es ist gleichbedeutend mit ‚einen Unfall verursachen‘, ist gefährlich. Über allem wacht ‚so eine Figur‘, wie sie sagt. Sie stellt diese dar durch eine Art Zaubererfigur, die sie zu den herumkurvenden Autos in die Sandkiste setzt. ‚Der Hubschrauber kann nicht gescheit fliegen‘, sagt sie noch dazu. Es deutet sich ein Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt an, eine Separationsproblematik. Dies zeigt sich sehr deutlich in den nächsten paar Stunden, wo es Ella kaum schafft, von ihrer Mutter zu lassen, massiv geängstigt vor dem Einstürzen der Welt und dem Herabstürzen von Planeten auf uns alle ist und tränenüberströmt im Wartebereich auf ihrer Mutter sitzt und nicht mit mir ins Zimmer gehen kann. Sie wirkt entsetzt auf mich. Ich fühle mich hilflos und habe den Eindruck, dass etwas Wichtiges fehlt. Der Vater war aus beruflichen Gründen bisher nicht in der Lage gewesen, zu den Elterngesprächen mitzukommen; dies ist überhaupt schon lange Ellas Situation. Ich schaffe es, ruhig zu bleiben und schlage vor, zusammen zu schauen, was los ist. Sie geht mit ins Zimmer. Die nächsten Stunden vergehen mit Sandstreiche(l)n, d.h. Ella fängt an, den Sand in der Kiste hin und her zu streichen, fast zu streicheln und ich mache einfach mit, sage nur, dass das jetzt schön ist und wir das zusammen einfach so machen können. Sie wird ruhiger. Parallel dazu versuche ich, den Vater in die Gespräche zu bekommen, über die Mutter und ein Telefonat mit ihm. Im ersten Gespräch zu dritt zeigt sich, dass der Vater seiner Wichtigkeit versichert werden muss, er ist aus der Beziehung zwischen seiner Frau und Tochter wie ausgesperrt. Die Rolle der Einführung des Vaters - auf diese Art eben - übernehme vorerst ich. In den folgenden Elterngesprächen zeigt sich eine wechselseitige Abwertung des Paares, resultierend aus völlig ungeklärten Ambivalenzen, realen negativen Erfahrungen miteinander

und wechselseitigen Übertragungen aufeinander. Sie wundern sich fast, dass ich sie frage, ob sie sich denn mögen. Sie erkennen, dass sie ihr Paar-Sein fast aufgegeben haben mit der Geburt der Tochter - aus Kränkungen heraus, aber auch aus Konfliktvermeidung. Die Tochter ist unbewusst so gesehen beiden eine willkommene Ablenkung und darf in ihrem Bett sein, keiner hinterfragt das mit ihr. Dadurch wird Ella zur Delegierten der elterlichen Probleme miteinander, aber auch mütterlicher- wie väterlicherseits. Denn wie sich in späteren Gesprächen und dem, was ich beobachte, wenn die Mutter ihre Tochter bringt, zeigt - nämlich Ärger, mühsam verhaltene Frustration, wenn Ella Anstalten macht, mit mir ins Therapiezimmer zu gehen und sich von Mutter zu trennen - ging es der Mutter in der Beziehung zu ihrer eigenen Mutter so, dass sie sich eher abgelehnt als gemocht fühlte und bis heute keinen halbwegs autonomen Umgang mit ihr gefunden hat; es gibt viele Schuldgefühle, die Identifikation mit dem Muttersein muss schwer fallen, die eigene Tochter soll fehlende Wärme ersetzen durch bei-ihr-sein. Auch ging der Job verloren durch die Schwangerschaft, d.h. die Schwangerschaft und ein Kind bekommen wurde als sehr abhängig machend erlebt. Der Vater wiederum bringt sich kaum ins Spiel, weil er froh ist, wenn seine Frau ‚das macht‘, dann muss er sich nicht beschäftigen mit Dingen in der Beziehung, die ihn stören und er kann seine eigene Unsicherheit für sich unspürbar machen. Ella spürt die recht hohe Ambivalenz ihrer Mutter, die Unechtheit ihrer bemühten Versuche und die Ablehnung ihrer Separationsbestrebungen; der Dritte im Bunde, der Vater, trianguliert nicht ausreichend, der Name des Vaters (Dolto, 1989, 140) bekommt nicht seinen Platz: Ella reagiert mit Panik, Unselbständigkeit, Sich-in-Szene-Setzen und Sich-zum-Baby-Machen als regressive Abwehr, aber auch Abwehr ihrer Aggression und als Versuch, auf ihre Schwierigkeiten hinzuweisen. Da es aber gelang, mit den Eltern ein Bündnis zu erreichen, in dem verleugnete, aber belastende Inhalte besprochen werden konnten, konnte Entlastung für alle entstehen.

Die Elterngespräche fanden teils zu dritt, ein paar Mal mit der Mutter allein, zwei Mal mit dem Vater allein statt. Für diese Eltern war diese Möglichkeit schammindernd (voreinander) und hilfreich. Dies gelang aber erst, nachdem durch Ausagieren der Entwertung meiner Person - durch in den ersten zwei Monaten häufiges und genau rechtzeitiges Absagen der Stunde der Tochter - und dem Aus-/Halten, Ansprechen und Deuten durch mich eine tragfähige Basis mit der Mutter hergestellt war.

Ella begann in den folgenden Stunden vom Sandstreu(1)n überzugehen zu strukturierteren Zeichen wie Strichen, Linien und Kreisezeichnungen auf Papier und dann zur zeichnerischen Darstellung all ihrer näheren Verwandten in einer Art Familienbaum oder dem von ihr eingebrachten Stadt-Land-Spiel, in dem jede von uns beiden für sich kämpfte und Siege und Niederlagen gefeiert und ausgehalten werden konnten. Es folgte eine Stunde, wo sie mir beibrachte, aus Gummibändern hübsche Kettchen miteinander zu flechten. Eines davon schenkte sie mir dann. Parallel zum Zeichnen und Werken konnten wir - ihrer freien spielerisch-verbale Assoziation folgend - über ihre Ängste, Wut und Wünsche nach einer klaren Familiensituation sprechen. Zwischenzeitlich überkam sie Angst, dass ihre Eltern sich scheiden lassen wollen - es war dies eine Zeit, wo die Eltern gerade in ihren eigenen Gesprächen etwas im Clinch waren, zugleich eine Phase, wo das ödipale Thema aktualisiert war und sich in dieser Angst auch die Fantasie befand, den Vater für sich zu bekommen. Dies war auf der bisherigen Basis gut besprechbar und deutbar.

Nach ca. 30 Stunden incl. Elterngesprächen ging die Sache so zu Ende, dass Ella in der Stunde, wo sie mir fröhlich Lieder mit schönen und schiachen Texten (ihre Worte) vorsang, indirekt zu verstehen gab, dass es jetzt ganz gut sei so. Das Einnässen und Panikartige war schon seit einigen Wochen verschwunden. Dabei zwinkerte sie mich etwas vorsichtig an. ‚Ja, es ist wohl gut so‘, meinte ich, und sagte dazu, ‚vielleicht ja, weil schön und schiach beides nebeneinander geht‘; ich wusste aber noch nicht, dass zur nächsten Stunde statt Ella ihre Mutter kommen würde, um mir zu sagen, dass Ella mich schön grüssen lasse. Sie hätten sich alle drei zusammen überlegt, so vorzugehen. Ella schob die Mutter vor und die Mutter hat

diesen etwas schnellen Abschluss sicher unterstützt, denn ganz ohne Neid und Eifersucht ging oder geht es ja doch nicht, trotz allem. Die Mutter hat sich aber offen bedanken und sagen können, dass ihr und der Familie die Zusammenarbeit mit mir viel gebracht hat und ich konnte für mich auch ‚in Ordnung‘ sagen.

Laut Ahlheim und Eickmann zählen zu den Wirkfaktoren in der Arbeit mit den Eltern die

- > Vermeidung einer allzu grossen Regression,
- > der Versuch, die elterliche Position zu stärken - wofür es wichtig ist, zu ergründen, was sich zwischen Eltern und Kind/Jugendlichem ereignet,
- > Elternschaft als Entwicklungsprozess zu sehen und anzuerkennen, denn nicht nur sind Kinder irritierbar durch elterliche Schwachstellen und Konflikte, sondern sind die Eltern umgekehrt ebenso Einflüssen und Anforderungen seitens des Kindes ausgesetzt,
- > eine Identifikation mit der elterlichen Position, wobei es um das elterliche Selbstbild und Selbstgefühl geht: ‚ich als Mutter‘, ‚ich als Vater‘, ‚wir als Eltern‘.

Dazu Ahlheim und Eickmann: „Die Grundlage (...) der mütterlichen und väterlichen Einstellungen bilden die Identifizierungen mit den versorgenden Eltern schon seit frühester Zeit, zu allererst festgehalten als Engramme körperlicher Erfahrung. Kleine Mädchen halten und versorgen ihre Puppenbabies in ähnlicher Weise, wie sie es selbst erlebt haben, ohne es doch bewusst erinnern zu können. Väter und Mütter müssen in einem langandauernden Prozess - der mit der Fantasie, ein Kind zu haben, beginnt und der intensiviert wird durch Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes - im ständigen Austausch mit Kind und Partner ihre väterlichen und mütterlichen Selbstrepräsentanzen aktualisieren und anpassen. In diesen Arbeitsprozess nun kann sich, wie es scheint, die Kindertherapeutin einschalten, indem sie mit eingeschlossen wird in den Interaktionsprozess und für das Kind gelegentlich seine Eltern repräsentiert, für die Eltern aber repräsentiert sie ihr Kind. So kann sie den gewohnten Austausch verstehen, ein Innwerden ermöglichen, ein Korrigieren und Zurechtrücken - nicht nur auf Seiten der Erwachsenen, denn manchmal ist es ja auch das Kind, das an seinem einmal gewonnenen Elternbild mit allen affektiven Implikationen festhält.“ (Ahlheim, Eickmann, 180)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die elterliche Allianz. Es geht dabei um ein Bündnis, in dem die Erwachsenen sich die Sorge um die Kinder teilen. Dieses Bündnis kann unabhängig von der elterlichen Beziehung bestehen und kann sie im Fall einer Trennung des Paares auch überdauern. Ein wechselseitiges Einspringen für den anderen, sodass Erschöpfung oder Überdruß nicht grundlegend werden, ist wichtig.

Es gibt aber genug Elternpaare, wo die Allianz gestört oder überhaupt nie zustande gekommen ist. Die Elternarbeit zielt dann darauf ab, dass das elterliche Bündnis (wieder) eingegangen werden kann. Die Elternarbeit soll auch nicht darauf hinauslaufen, dass man als Therapeutin zum Ersatzpartner wird. Manchmal kommen wir aber unwillkürlich in diese Rolle, zumindest vorübergehend. Meiner Erfahrung nach kommt es zu dieser Situation durchaus, wenn ein Elternteil allein erziehend ist - meistens sind das ja die Mütter - oder wenn ein Elternteil sehr narzisstisch ist. Ich behalte mir im Hinterkopf, diese Situation beizeiten anzusprechen. Der Binnenraum, in dem sich kindertherapeutische und Eltern-Arbeit abspielt, ist ja kein friedlicher und idyllischer.

Manchmal sind die Widerstände und Schwierigkeiten der Eltern so beschaffen, dass man sich wünscht, die Eltern würden die Behandlung beenden und weder ihr Kind noch sich selber weiter herbringen. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn trotz meines inneren und äußeren Engagements und Zur-Verfügung-Stehens Anklagen und Vorwürfe kommen, sie bekämen keine Hilfe von mir, ich wäre nicht zur Verfügung, meine Versuche etwas zu verstehen seien nur gespielt, es ginge mir nur um das Geld, u.ä. Manchmal drohen sie mit Abbruch der

Behandlung, manchmal brechen sie sie wirklich ab. Manchmal gibt es bis zum Ende eine Haltung zwischen Rückzug und Angriff, die nicht befriedigend angebar ist. Abgesehen davon, mit der Entwertung für sich selber umgehen zu müssen, finde ich es besonders schwierig zu wissen und auszuhalten, dass es dabei um ein weiterhin mehr oder weniger abhängiges Kind geht, dem ausreichendes containment anzubieten hier nicht gelingt.

In solchen Fällen halte ich es für ganz besonders wichtig, mit den Eltern klar zu vereinbaren, dass sie noch einige Stunden geben müssen, damit die therapeutische Beziehung - wenn auch unter Druck - halbwegs beendet werden kann und nicht einem völligen Heraus- und Entreißen gleichkommt.

Denn es gilt einfach, dass Kinder nach den ersten Anfangsschwierigkeiten und Eingangswiderständen oft - wenn auch nicht immer im wünschenswerten Ausmass - von der etwas anderen Beziehung zur Therapeutin profitieren.

Wut, Rivalität, Angst und Erregung spüre ich öfter. Es kommt zu Argumenten, wie dass die Belastung des Bringens zu groß ist, dass das Kind nicht mehr zur Therapie will, dass verschiedene Termine den Therapieterminen im Weg stünden etc.

Ein weiteres schwieriges Gefühl für Eltern ist der Neid. Während der Kindertherapie leben in manchen Eltern frühe, schwer erträgliche Neidgefühle wieder auf. Die Fokussierung auf und Zuwendung für ihr Kind kann an einen frühen eigenen Mangel erinnern, ohne dass dieser ohne Hilfe zugänglich würde, da er völlig verdrängt ist. War zuvor noch ein lebendiges Gefühl der Sorge um das leidende Kind da, kann es bei einer Besserung zu einer seltsamen Kälte oder Starre bei manchen Eltern kommen. Ratschläge sind wenig hilfreich, aber auch um Verstehen bemühte Deutungsversuche können als Kränkung und Zurückweisung erlebt werden. Neid auf die Therapeutin und deren (fantasierte) Fähigkeiten geben noch etwas dazu.

In solchen Situationen und Zuständen schlagen Ahlheim und Eickmann folgende Vorgangsweise vor: an die Stelle von Deutungen soll die Benennung des Jetzt-Zustandes treten, in dem auf der einen Seite jeweils die Eltern und auf der anderen Seite das Kind betrachtet werden (187). Das Ziel der Elternarbeit ist ja vor allem, die elterliche Position von Vater und Mutter zu stärken. Indem die zwei Ebenen - die Ebene des Kindes, die Ebene der Eltern beziehungsweise eines Elternteils - entflochten und jeweils für sich allein sichtbar gemacht werden, können die Benennung und getrennte Beobachtung der jeweiligen Person in der Gegenwart zu einer Erleichterung führen, ohne dass die Eltern dazu verführt werden, das allzu schmerzhaft Erlebte aus ihrer eigenen Geschichte erneut in Szene zu setzen. (187) Arthur Rosenbaum plädiert überhaupt dafür, sich anfangs für die Einschätzung der Elternfunktionen Zeit zu lassen und sehr genau zu sein, um soweit als möglich sicherzugehen, dass die Eltern ihr Kind als leidendes Individuum und getrennt von sich wahrnehmen können. Können Sie dies nicht, geht es um eine Störung der Elternfunktion und er verlängert die Zeit der Abklärungsarbeit, um den Eltern zu helfen, dieses Niveau zu erreichen. Eltern müssen ausreichend darauf vorbereitet und informiert sein, dass und welche Schwierigkeiten sich während einer therapeutischen Arbeit ergeben können - z.B. doch auch konfrontiert zu werden mit sich selbst und komplexen Fragen, der Kosten- und Energiefaktor für sie, u.a. (Rosenbaum, 2005, 121-146). Es ist klar, dass eine 1:1-Umsetzung nicht immer gehen wird, aber die Richtung kommt mir sehr sinnvoll vor und ich mache gute Erfahrungen damit.

Je nach Lage der Dinge fordern die Elterngespräche also sehr unterschiedliche technische Vorgehensweisen. In manchen Fällen kann es richtig sein, über einen längeren Zeitraum hinweg die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Eltern bewusst auszusparen, um nicht Widerstände zu provozieren, die in diesem Rahmen nicht oder noch nicht ausreichend bearbeitet werden können. In anderen Fällen wiederum wird es möglich sein, die Verflechtungen der unbewussten elterlichen Kindheitskonflikte mit der Konfliktdynamik des Kindes zu entdecken und gemeinsam zu verstehen. Es kann so zu wechselseitigen identifikatorischen Prozessen zwischen Eltern und Kindertherapeutin kommen. (Ahlheim/Eickmann, 1998, 189-90) Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Beziehung zur

Kindertherapeutin im Rahmen einer triangulierten Objektwelt steht, d.h. dass die triadische Kompetenz von Eltern ein wesentliches ‚Hilfsmittel‘ bei der Eltern- und Familienarbeit ist. Kai von Klitzing et al. haben festgestellt, dass die triadische Kompetenz als wesentliches diagnostisches Merkmal bei der Beurteilung von Eltern-Kind-Beziehungen fungieren kann. Es geht dabei um die Frage, ob Eltern in ihren Vorstellungen von ihrem Kind flexibel sein können, sprich ob sie das „Kind im Kopf“ unterscheiden können vom realen Kind und ihm eine gewisse altersgerechte Autonomie zugestehen können. Eltern mit einer niedrigen triadischen Kompetenz sieht er als eine Hypothek für den kindanalytischen Prozess an. (Klitzing, 2005, 117) Der Kindertherapeut selbst wiederum befinde sich in Bezug auf seine eigenen triadischen Fähigkeiten und in Bezug auf seine Kompetenz, den Dritten zuzulassen, ihn zu tolerieren, mit ihm zu kooperieren und zugleich dem Kind oder dem Jugendlichen einen therapeutischen Raum zu schaffen und zu erhalten, auf dem Dauerprüfstand (117).

Für Kinder sind Kindertherapeuten zunächst oft einfach ein reales Objekt, von dem sie hoffen dass es die Eltern verändert, zu etwas bringt oder von etwas abhält.

Für Jugendliche wiederum ist es oft deshalb schwierig, sich auf eine Psychotherapie und eine Übertragungssituation einzulassen, weil sie ja allein schon aufgrund ihrer Entwicklungsphase unabhängig werden, sich von Erwachsenen abgrenzen und sich selbstständig vorkommen können möchten. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es gut ist, mit Jugendlichen genau diesen Punkt anzusprechen und zwar von Anfang an. Man kann darauf hinweisen, dass man das weiß und dass Therapie nicht dafür da ist, das zu verhindern.

Ausserdem ist mit Jürgen Grieser gesprochen folgendes wichtig: „Zur Grundregel und damit zum Rahmen einer (kinder-)analytischen Behandlung gehört der Hinweis für das Kind und seine Eltern, dass die Mitteilungen des Kindes gegenüber dem Therapeuten im Zweiersetting der Geheimhaltung auch gegenüber den Eltern unterliegen.“ (101) So stellt die therapeutische Situation selbst eine Art Geheimnisbehälter dar, der im Lauf der Behandlungen internalisiert und zu etwas Drittem werden kann. Natürlich heisst das nicht, dass man den Eltern gar nichts aus den Stunden erzählt: aber es wird dabei um die Benennung von relevanten Themen und Entwicklungsbedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen gehen und um Übersetzungsarbeit. Dabei kann die Mitteilung von entwicklungspsychologischem Wissen hilfreich sein.

2) Zur Psychotherapie im Zweier-Setting mit dem Kind oder dem Jugendlichen

„The constantly evolving relationship between the therapist and patient lies at the heart of all psychoanalytic work and is the main vehicle for psychic change. ... The child comes to see the therapist with all manner of difficulties in his or her relationships with family and peers, and talks and plays around these themes, and yet in psychoanalytic work the most important insights which lead to deep change in the patient’s relationships and internal world are gained from what is happening in the consulting room, in the ‘here and now’ of the meeting of two people, the therapist and the child.“ (Lanyado&Horne, 1999, 55) Aus diesem Prozess sind die Eltern ausgeschlossen und das kann für sie kränkend sein.

Lanyado und Horne weisen darauf hin, dass besonders in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen das Leitmotiv ist, entlang des therapeutischen Prozesses Hilfestellungen anzubieten, die normale Entwicklung erleichtern. Unter normaler Entwicklung wäre zu verstehen - ich nenne nur einige herausragende Punkte - dass das Kind ein Selbstgefühl hat, das wiederum mit der Entwicklung eines Körper-Ich einhergeht; dass es ein Gefühl dafür bekommt, welchem Geschlecht es angehört, also die Geschlechtsidentität (Kinder um zwei Jahre herum haben ein primäres Gefühl dafür, wenn es soweit gut läuft - dieses Gefühl wird noch klarer werden); dass Getrenntheit besteht zwischen mir als Kind und anderen Menschen,

also auch den Bezugspersonen; dass mit dem Spracherwerb die Fähigkeit zur Symbolisierung sich ausweitet, auch anstelle des Agierens; dass die ödipale Situation sich ‚auflöst‘, d.h. anerkannt werden kann, dass ich den gegengeschlechtlichen Elternteil nicht besitze und meine Liebe (und meinen Hass), d.h. meine Ambivalenz, sowohl in mir tragen, als auch verteilen muss auf andere Liebesobjekte; dass andere Identifikationen als die mit nur den Eltern allein nötig sind; dass irgendwann die innere und äussere Ablösung von den Bezugspersonen bewältigt werden muss, will ich ‚mein eigener Herr/meine eigene Dame‘ sein; es gibt also einiges zu bewältigen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nun in verschiedenen Varianten arbeiten: es gibt einmalige Konsultationen, Kurz- oder Langzeitinterventionen, man kann mit Kindern oder Jugendlichen individuell arbeiten, nur mit den Eltern, mit Eltern und Kind zusammen als Eltern-Kind-Therapie, was v.a. bei Säuglingen und eventuell Kleinkindern Sinn macht, oder man arbeitet unter Umständen mit der Familie als Ganzes. Wenn man in einer Einrichtung arbeitet, kann man zusammen mit einem Kollegen die ganze Familie sehen (das hat viele Vorteile; wenn man die gleiche therapeutische Sprache spricht, ist es wahrscheinlich leichter). Es gibt Institutionen, wo das Kind/der Jugendliche einen Therapeuten hat und die Eltern einen anderen und Institutionen, die das nicht trennen. Der Vorteil einer Trennung ist, dass man als Therapeut nur von einer Seite her responsiv und Übertragungen aufnehmend sein muss; was zugleich ein Nachteil dahingehend sein kann, dass man die Bandbreite des Geschehens nicht selbst sehen und reflektieren kann. Der Vorteil, alles in einer Hand zu haben, ist aus erster, sprich eigener Anschauung, das Gesamtmaterial zu kennen; der Nachteil, dass dies sehr anstrengend und ängstigend sein kann, was wiederum zu Agieren führen kann. Ein wichtiger Punkt, der für das Konzept der Trennung spricht, kann jedenfalls sein, wenn es um Missbrauch oder Misshandlung geht, da die in betroffenen Familien tendenziell häufige Verleugnung und Grenzverwischung sonst durch den äusseren Rahmen mitausagiert werden könnte. In der Privatpraxis ‚macht‘ man zumeist alles selbst.

Nun zur Frage der Frequenz: man kann unterscheiden zwischen intensiver und nicht intensiver psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Sehr intensiv wäre ein Minimum von drei Stunden pro Woche oder mehr. Nicht intensive psychoanalytische Psychotherapie findet gewöhnlich einmal bis zweimal in der Woche statt. Sie macht allerdings den Hauptanteil aus. Ich gehe mit Viviane Green, wenn sie meint, dass eine genaue Demarkationslinie zwischen hochfrequenter und niederfrequenter Psychotherapie schwer zu ziehen ist: insofern schwer zu ziehen, als sich herausragende daraus folgende Unterschiede kaum definieren lassen, auch weil es eine genaue Passung zwischen Quantität und Qualität die Tiefe betreffend so allgemein nicht gibt (Green, 1999, 199). Viele Kinder können nicht so intensive Psychotherapie sehr gut nützen. Abgesehen davon ist dies auch der (finanziell bedingte) Hauptansatz vieler westlicher Gesundheitssysteme. Umgekehrt jedoch gibt es Kinder, für die hochfrequente Psychotherapie sowohl indiziert als auch unumgänglich ist, soll ein therapeutischer Prozess überhaupt in Gang kommen können. Darunter fallen Kinder, deren Angst besonders hoch ist. Die Vorteile höher- beziehungsweise hochfrequenter Arbeit betreffen auch den Psychotherapeuten selbst: zusammengefasst geht es dabei um Langsamkeit und Ruhe versus eines Gefühls des Drucks und der Verkürzung. Klar ist jedenfalls, dass häufig pragmatische Gründe, wie die Beschränkung der Ressourcen oder Zwänge in der Familie des Kindes, die Entscheidung für eine niedrigere Frequenz mitbeeinflussen. Ein weiterer mir wichtig erscheinender Grund dafür kann die jeweilige Kapazität der Therapeutin selbst sein, sich mit der inneren Welt des Kindes zu identifizieren und nicht nur ein Übertragungsobjekt, sondern auch ein Entwicklungsobjekt zu sein.

In der Frage erfolgreicher Therapieerläufe bei Kindern und Jugendlichen ist interessant, was Fonagy und Target (zit. nach Parsons, Radford, Horne, 1999, 217) in ihrem outcome research gefunden haben: aus über 760 Behandlungsdokumentationen ergab sich, dass bei Kindern unter 12 Jahren die Intensität und nicht die Dauer der Behandlung im Zusammenhang mit einem guten Ergebnis stand; für Jugendliche galt das Umgekehrte: eher war die Dauer der Behandlung, nicht die Frequenz das Ausschlaggebende.

Zum setting, zum Raum und zum Spiel:

Ich zitiere Trevor Hartnup: „The setting provides three things: a place for the problems to present themselves ‘live’, a place where they can be observed and thought about and the means to convey new possibilities into the live interaction of the session. (...) The ‘live interaction’ consists of talking and/or playing together, and the accompanying feelings or emotional charge.” (Hartnup, 1999, 95) Vor allem für jüngere Kinder ist das Spiel ein wichtiges Mittel der Kommunikation. Daher versucht die Psychotherapeutin ein setting herzustellen, das sich für freies Spiel eignet. Kleinkinder kommen oft gut klar mit kleinen Sesseln, verschiedenen Spielzeugen und Raum für action. Die Spielzeuge sind hauptsächlich verschiedene Familienpuppen, diverse wilde Tiere und Haustiere (Dinosaurier, Krokodile und andere Böse sind sehr beliebt), Heldenfiguren, kleine Autos, Zeichenstifte, Papier, Plastilin. Ältere Kinder brauchen Möglichkeiten kreativ zu sein. Manche können das Sandspiel/die Sandkiste/n sehr gut verwenden, andere wiederum finden da nicht hinein. Daher braucht es eine gute Mischung an einsetzbaren Materialien. Hilfreich dabei erscheint mir noch, darauf zu achten, den Raum nicht mit Bildern anderer Patienten voll zu kleben oder persönliche Gegenstände, die einem sehr wertvoll sind, drinnen zu haben, um seine eigene Aufmerksamkeit nicht unnötig abzulenken und das Kind nicht mehr als nötig - allenfalls aus therapeutischen Gründen - begrenzen zu müssen. Solche Gründe können überbordende beziehungsweise nicht haltbare Aggressivität gegen sich selbst, die Therapeutin oder Gegenstände in der Praxis sein. Bei verwahrlosten, missbrauchten oder sexuelle Übergriffe erlebt habenden Kindern kommt es mitunter zu solch körperlichem Ausagieren und Darstellen des Erlebten, sodass man sich selbst - wenn möglich - durch Abstoppen oder Festhalten des Kindes schützen muss. Einmal steckte mir ein achtjähriges Mädchen in solcher Geschwindigkeit und Unvermitteltheit ihre Zunge in den Mund, dass ich erst danach wahrnehmen konnte, was gerade passiert war. Ein andermal - die Therapiestunde fand in der Winterzeit und am Abend statt, wodurch es draussen dunkel war - rannte ein elfjähriger Bub zum Lichtschalter, schaltete das Licht aus und warf sich im Dunkeln auf mich. In der Regel sind dies Szenen, die vermitteln, was dieses Kind einem zeigen möchte: in der Gegenübertragung war ich überrascht, überrumpelt und sehr irritiert, ohne Möglichkeit, das Geschehene sinnvoll einzuordnen. Es ist dann immer wichtig, sich darauf zu besinnen, was man gelernt hat: dass diese Dinge einen Sinn machen, etwas zeigen, Bedeutung tragen, sich und ‚der Sache‘ Zeit lassen und die Gegenübertragung als Übersetzungshilfe verwenden. Und auf ausreichend eigene freie Zeit zu achten.

Es ist nicht die Sache des Kinderpsychotherapeuten, gutes oder angenehmes Verhalten zu ermutigen beziehungsweise schlechtes zu verbieten. Das ist die Aufgabe von Eltern und Lehrern; die Aufgabe des Psychotherapeuten ist, zu verstehen. Zu diesem Zweck müssen wir einen adäquaten Weg finden zwischen Laufenlassen und Begrenzen. Wenn Kinder ihren Psychotherapeuten in unangenehmer und entwertender Weise behandeln, ist das eine Methode, um ihre schlechten Gefühle über sich selbst auszudrücken und loszuwerden; manchmal provozieren sie einen so, dass man das Gefühl bekommt, sie wollen einen in ‚unmögliche‘ Wut versetzen. Das kann aber auch ein erster Schritt für sie sein, ihre eigene Wut kennen zu lernen. Psychotherapeuten etablieren Regeln mit ihren jungen Patienten und

zwar dem Bedarf entsprechend. Manchmal muss das ganz von Anfang an sein, manchmal geht das aber auch nur über die Zeit hinweg: diese Regeln sollen das Behandlungssetting unterstützen. Es geht dabei vor allem darum, eine Möglichkeit zu schaffen, dass Kinder sich zwar ausdrücken können, aber in einer Weise, die weder das Kind selbst, noch den Therapeuten, noch den Raum und die Einrichtung schädigen.

Jugendliche wiederum fühlen sich in einer mehr bequem und erwachsen wirkenden Umgebung wohler, manche kommen sich durch Spielsachen im Zimmer zu Babies ‚degradiert‘ vor. Nachdem Jugendliche eher zum Sprechen tendieren als zum Spiel, ist die freie Assoziation ein integraler Bestandteil des therapeutischen Umgangs mit ihnen. Diese Einladung kann aber auch allzu ernst genommen werden und es ist dann gut vorzugehen, wie Hartnup dies vorschlägt: „You can say you *think* I’m a xxxxxxxx idiot but you can’t say I *am* one“ (101).

Im Gesamten geht es darum, dass wir eine Atmosphäre der Akzeptanz schaffen, die dabei hilft, die Möglichkeiten der Interaktion zu strukturieren. Das Spielmaterial enthält zumeist - es gibt unterschiedliche Vorlieben bei Therapeuten, auch bzgl. wie viel Material insgesamt vorhanden ist - verschiedene Familienpuppen, diverse wilde Tiere und Haustiere (Dinosaurier, Krokodile und andere böse sind sehr beliebt), Heldenfiguren, kleine Autos, Zeichenstifte, Papier, Plastilin. Die Art und Weise wie beziehungsweise ob überhaupt das Kind in Interaktion mit mir tritt, zeigt einiges über die Ordnung und Unordnung, die Rigidität oder Fluidität, die Kreativität und Destruktion, die Verbindungen/Verknüpfungen und die Knoten der inneren Welt des Kindes und über die laufende Arbeit zwischen Kind und Psychotherapeut. Wenn Kinder über einen längeren Zeitraum gar nicht spielen, bedeutet das oft, dass sehr viel Angst da ist, diese innere Welt auszudrücken; es kann aber auch bedeuten, dass diese Kinder kaum bis nicht bekommen haben, was sie gebraucht hätten. Hartnup meint dazu, dass Kindertherapeuten schon wissen, dass das, was Kinder fühlen, nicht notwendigerweise mit der objektiven Wahrheit übereinstimmt. Er sagt aber auch, dass „what children feel is itself a *psychological* truth, and when the child’s psychological truth is getting in the way of their growing up, it is the specialist function of the psychotherapist to attend to it“ (96). Das spontane Spiel des Kindes und die Entwicklung der Beziehungen zum Therapeuten ermöglichen Erkenntnisse über die Erfahrung und Vorstellung des Kindes. Die Verwendung der Spielmaterialien hilft der Therapeutin zu verstehen, wie das Kind seine innere und äußere Welt in Verwendung nimmt und wie es damit umgeht. Die Therapeutin vermittelt einerseits dem Kind in Worten und durch Spiel/Mitspielen ihr Verständnis dessen, andererseits in Worten den Eltern in den Elterngesprächen. Hierbei geht es wieder um einen Spagat, den man ‚hinzubekommen‘ sucht zwischen dem Auf-/ Bewahren und Halten von Geheimnissen aus den Stunden mit dem Kind und einer Offenheit und Klarheit in den Stunden mit den Eltern.

Noch etwas über das Spiel:

Über das Spiel und Formen des Spiels lässt sich viel sagen. Es hat Relevanz sowohl im diagnostischen Bereich als auch im assessment, d.h. in der Einschätzung therapeutischer Veränderung; es reflektiert Veränderungen und Verbesserungen, zugleich ruft es diese auch hervor. Mit Gundula Ebensperger-Schmidt gesprochen ist es zweckfrei insofern, als es Sinn und Zweck in sich trägt; es bedeutet Neugierde und zugleich Neuigkeit; es ist eine Auseinandersetzung mit der Umwelt; es geht um Vergnügen, um Genießen der Spielfreude, um das Ausprobieren und Entwickeln von neuen Fertigkeiten; es ist eine Als-ob-Realität und eine symbolische Sprache. Das symbolische Spiel des Kindes enthält Elemente seiner Lebensgeschichte, der intrapsychischen Konflikte und spiegelt die Beziehung zur Therapeutin

(Ebensperger-Schmidt, 1997, 84-85). Jedenfalls ist die Bedeutung des Spiels für die psychische Struktur, als Ausdruck und Repräsentanz kindlicher Erfahrungen, seine Funktion im Verweben von Vergangenheit und Gegenwart und künftiger potentieller Möglichkeiten sowie im therapeutischen Raum in seiner Funktion als Konfliktverarbeitung nicht hoch genug einzuschätzen.

Ich möchte eine Definition des normalen Spielens, wie sie Paulina Kernberg, die 2006 verstorbene Frau von Otto Kernberg, die selbst Psychiaterin und Kinderanalytikerin war, vorgeschlagen hat, vorstellen. „Ein Profil des normalen Spielens wäre eine vergnügliche vertiefte Tätigkeit, die spontan begonnen wird, ein sich entfaltendes Thema hat, das zu der von (Erik) Erikson ‚Spielsättigung‘ genannten Lösung geführt wird; sie ist der natürliche Abschluss des Themas, und es folgt der Wechsel zu einer anderen Tätigkeit. In Therapiesitzungen ist das Kind üblicherweise imstande, den Therapeuten in die Spielaktivität einzubeziehen, ihn sozusagen kreativ zu nutzen für den Zweck, mit ihm in dieser spezifischen Sprache zu kommunizieren. Zusammenfassend lässt sich festhalten: normales Spiel ist eine Aktivität, die altersgerecht und geschlechtsadäquat ist und spontan begonnen, entfaltet und zu einem sanften Abschluss geführt wird.“ (Kernberg, 2006, 367-368).

Frijling-Schreuder, zit. nach Müller-Brühn, rät bezüglich Spiel und Spieldeutungen: „Man sollte mit Spieldeutungen äußerst sparsam sein und nicht vergessen, dass die aktive Wiederholung im Spiel im Kindesalter eine normale, günstige Verarbeitung von schwierigen Affekten ist. ... Energetisch betrachtet ist es (das Spiel) oft ein Mittelding zwischen Impulshandlung und Sublimierung. ... Man sollte also abwarten, bis das Kind das im Spiel Gezeigte auch verbal andeutet oder es in die Übertragung bringt.“ (Müller-Brühn, 1998, 28)

Immer geht es aber um die Herstellung eines Übergangsraums, wie Winnicott dies treffend genannt hat, ein dritter Raum sozusagen, der sich zwischen Innen- und Aussenwelt befindet. In ihm liegen die Ursprünge der Kreativität, ohne die wir ein ausreichendes Selbstgefühl nicht erreichen.

Winnicott, zit. nach Müller-Brühn: „Spielen setzt Vertrauen voraus und gehört zum potentiellen Bereich zwischen Kleinkind und Mutter, in dem das Kind fast völlig abhängig ist und die Mutter Anpassungsfunktionen übernimmt, die das Kind für selbstverständlich hält. ... Spielen ist etwas grundsätzlich Befriedigendes. Dies trifft auch dann zu, wenn es zu stärkerer Angst führt. Wenn das Ausmaß der Angst unerträglich wird, wird das Spielen zerstört.“ (1998, 37)

Sein (Winnicotts) Squigglespiel setzt hier an. Es ist dies eine zeichnerische Technik, die das emotionale Erleben des Kindes anspricht und in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit hilfreich ist, um etwas in Gang zu bringen und zu entwickeln. Squiggle heisst auf deutsch Schnörkel, es wird auch mit Kritzel übersetzt. Die Therapeutin malt so spontan als eben möglich auf ein Blatt Papier einen oder mehrere Schnörkel und bittet dann das Kind, daraus zu malen, was immer es möchte; man kann auch sagen: ‚Bitte mach doch meinen Schnörkel fertig.‘ Danach malt das Kind einen Schnörkel auf ein Blatt und die Untersucherin sieht, was sie daraus machen kann, usw. (Günter, 2003).

Mit Françoise Dolto gesprochen kann das Kind dann sein Gleichgewicht wieder finden, wenn es sich befreit sieht von der Last der archaischen „schlechten Erfahrung“ seiner Eltern mit deren eigenen Eltern, wenn Mittel und Worte dafür gefunden werden. Und selbst wenn die Therapeutin einen wichtigen Platz im Leben des Kindes einnehmen sollte, solle sie sich niemals an die Stelle der Eltern setzen, was deren Erziehungsaufgabe im alltäglichen Leben

angeht. Die Arbeit der Therapeutin betrifft das Imaginäre, die unbewussten Fantasien und sozusagen nicht die Wirklichkeit. Ihre Funktion liegt - zumindest vom Prinzip her - weder im Beschützen noch im Wiedergutmachen.

All das gesagt, nehme ich ein Zitat von Elisabeth Müller-Brühn, um zu schliessen:

„Unter dem Gesichtspunkt, dass der gesellschaftliche Wert der Psychoanalyse wesentlich auch davon abhängt, dass sie Kindern Hilfe anbietet und deren emotionale Probleme versteht, gibt es über die Zukunft der Kinderanalyse viel nachzudenken.“ (2004, 131)

zum assessment beziehungsweise zur Diagnostik:

Diagnostisches Vorgehen und Einschätzungsprozesse beginnen mit Familiensitzungen beziehungsweise Elterngesprächen, mitunter in Anwesenheit des Kindes. Gegen die Anwesenheit des Kindes kann die für Eltern nötige Privatheit sprechen und auch die Belastung für das Kind. Die ersten Familien- beziehungsweise Elterngespräche helfen dem Diagnostiker, sowohl die Stärken der Eltern einzuschätzen, als auch ihre Kooperationsbereitschaft. Sie stellen einen Bezugspunkt für die/den Kliniker/in dar, den diagnostischen Prozess des Kindes mit den Eltern vorzubesprechen und mit ihnen gemeinsam zu überlegen, wie sie am besten darüber mit dem Kind sprechen könnten. Was das Kind selbst betrifft, sind zwei oder drei Einheiten in Abständen von ein paar Tagen bis einer Woche prinzipiell sinnvoll, denn dies gibt die Möglichkeit, sich soweit als möglich ein Bild vom Kind und seiner inneren Welt zu machen; für den Abklärungsprozess gilt, was für die Psychotherapie gilt, nämlich dass für jüngere Kinder die verbale Kommunikation schwieriger ist als die symbolische, weshalb einige Spielzeuge zur Verfügung stehen sollten (diverse Familienfiguren, verschiedene Tiere, auch wilde wie z.B. ein Krokodil oder Tiger, Plastillin, Zeichenmaterial, Stofftiere). Für ältere Kinder ergänzt man mit anderen altersadäquaten Spielzeugen. Für Adoleszente braucht man in der Regel nur Zeichenmaterialien. Was auch immer das Kind mit den vorhandenen Spielzeugen tut, wird ein Licht auf seine Abwehr, seine Möglichkeiten sich auf andere zu beziehen, zu spielen und seine Konflikte auszudrücken, werfen. Für den assessment-Prozess gilt, dass man anders als dann in der Therapie selbst, Berichte von Lehrern oder Einschätzungen von Psychologen, die allenfalls auch vorliegen, miteinbezieht. Die verschiedenen Eindrücke zu vergleichen kann deshalb interessant sein, weil dadurch sichtbar werden kann, ob sich das Kind sicherer und besser gehalten in einem strukturierten setting fühlt (wie zum Beispiel in der Schule oder einem psychologischen Test), oder ob es sehr viel Angst hat, Dinge falsch zu machen, was zu erhöhter Angst vor der Schule führen kann. Das Geschlecht des Untersuchenden beziehungsweise wie es dem Kind damit geht, kann eine wichtige Information sein.

Die Therapeutin wird sich freundlich um das Kind bemühen. Wenn das Kind schon einige Untersuchungen hinter sich hat, kann sie zum Beispiel sagen: „Ja, jetzt bin ich schon wieder eine, mit der du dich abgeben musst/die etwas von dir wissen will“, u.ä. Es kann gut sein, das Kind zu fragen, ob es weiß, warum die Mutter, der Sozialarbeiter es gebracht hat und dass es sich wahrscheinlich gefragt hat, wen es da wohl treffen würde. Dies wiederum gibt die Möglichkeit, dem Kind zu erklären, worum es jetzt geht, „um etwas darüber zu erfahren, wie es ist, du zu sein“, „um zu schauen, ob wir etwas finden können, was dir hilft.“ Für Kinder die es sehr schwer finden, Dinge, die zu ihrer inneren Welt gehören auszudrücken, schlagen Parsons, Radford und Horne folgende Technik vor: Sie laden das Kind ein, sich vorzustellen, dass es drei Wünsche frei hat zu tun oder zu besitzen, was auch immer es möchte. Die

Erfahrung zeigt, dass dies wertvolle Einsichten in die Fantasien des Kindes geben kann und die Möglichkeit bietet, eine Diskussion darüber zu eröffnen (223). Allerdings gibt es Kinder, die so viel Angst und entsprechende Abwehr haben, dass sie auch so gar nichts von ihren Wünschen herzeigen können. Sie sagen vielleicht immer nur „ich weiß nicht“ oder benehmen sich seltsam rationalisierend. Da braucht es die „Fähigkeit, warten zu können und Unsicherheit auszuhalten, bis man etwas verstehen, verbinden und in Sprache ausdrücken kann.“ (Stahle, 2007, 21) Eine weitere Möglichkeit ist es, den sogenannten Familienbaum oder die verzauberte Familie mit dem Kind zu zeichnen. Bei jüngeren Kindern wird man dabei vielleicht die symbolischen Familienfiguren miteinbeziehen. Dieses Zeichnen kann dabei helfen, sich freier zu fühlen, über die wichtigen Menschen in seinem Leben zu sprechen. Man kann dann z. B. fragen: „Wer ist gut im...zB Aufpassen auf andere, dir zu helfen, wenn du böse oder traurig bist, wer ist gut im Verstehen, wie es dir geht, etc.“ Diese Möglichkeiten bieten wichtige erste Informationen über das Selbstgefühl des Kindes, welche seiner Bindungen wie beschaffen sind beziehungsweise die entsprechende Abwehr. Wie sich das Kind in all dem auf die Therapeutin bezieht ist natürlich ein Hauptelement des Interesses, aber auch die Beziehungen der psychischen Strukturen des Kindes untereinander. Es geht um ein dynamisches Verständnis der kindlichen Konflikte zwischen Trieb- oder Beziehungsbedürfnissen und der Abwehr und Verboten dagegen.

Im Anschluss an die assessment-Sitzungen fließen all das Material aus den Sitzungen mit dem Kind, die Information der Eltern und allenfalls der Schule oder anderer Quellen zusammen. Eine Einschätzung und folgende Empfehlungen sollen formuliert werden. Fonagy und Target schlagen vor, dass Kinder mit schweren oder mehrfachen Pathologien eine intensive Behandlung erhalten sollten und Kinder mit generalisierten Angststörungen, depressiven Störungen oder bestimmten gleichzeitig auftretenden zerstörerischen Schwierigkeiten ebenso (Fonagy und Target, zit. nach Parsons et al., 226). Ich glaube, Kinder mit höherer und hoher Aggression brauchen diesen Rahmen wahrscheinlich ebenso, um sich ausreichend gehalten fühlen zu können.

Für Kinder, die an einer einfachen Phobie leiden und keine tief sitzende emotionale Störung haben, empfehlen Fonagy und Target die nicht intensive Psychotherapie, sprich die Frequenz von ein bis zweimal die Woche. Eine Ausnahme davon können aber Kinder mit einer Zwangsproblematik sein. Für nicht zu schwer gestörte Kinder, die in der Lage sind, Aktivitäten nachzugehen, wichtige Prüfungen vor sich haben u.ä., wird dies in der Regel passen. Dies gilt auch für entsprechend strukturierte Jugendliche - sollte sich doch etwas anderes herausstellen, kann ja immer noch intensivere Arbeit folgen. Überhaupt scheint das Alter von 12 Jahren eine Schwelle zu sein, nach der Kinder weniger positiv auf Behandlungen auf einer intensiven Basis reagieren. Es hat dies mit dem Übertritt in die Pubertät und Adoleszenz und den dementsprechenden Prozessen der Separation-Individuation von den Elternfiguren zu tun.

Hinweisen möchte ich noch auf die vor einigen Jahren entwickelte und vorgestellte OPD-KJ, die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Auf vier Achsen soll eine Klärung und Einschätzung der inneren und äusseren Welt des Kindes oder Jugendlichen erfolgen: Diese sind die Achse „Beziehung“, „Konflikt“, „psychische Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen.“ Im kürzlich erschienenen Band 5 des Lehrbuches der Psychotherapie über die psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie findet sich übrigens ein Vertiefungskapitel zur Theorie und Praxis der Diagnostik, welches u.a. auch einen Abschnitt zum szenischen Verstehen und verschiedenen projektiven Verfahren beinhaltet (hrsg. Hopf, H. und Windaus, E., 2007). -.-.-.

Bibliografie:

- Ahlheim, Rose & Eickmann, Heidemarie (1998): „Wirkfaktoren in der Arbeit mit den Eltern.“ In: Jongbloed-Schurig, Ulrike & Wolff, Angelika (hrsg.): Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters. Brandes und Apsel, Frankfurt a. M., 175 - 190.
- Bick, Esther (1962): „Kinderanalyse heute.“ In: Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd.2, Anwendungen. 1991, Stuttgart, Klett-Cotta, 225-236
- Bürgin, Dieter & Resch, Franz & Schulte-Markwort, Michael (hrsg.) (2003). OPD-KJ. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Huber, Bern
- Copley, Beta (2005): „Explorative Arbeit mit Familien.“ In: Hg. Rustin, M., Quagliata, E.: Der Anfang. Klinische Erstkontakte mit Kindern und Jugendlichen. Tübingen, edition diskord
- Dolto, Françoise (1985): Praxis der Kinderanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta
- Ebensperger-Schmidt, Gundula (1997): „Die Entwicklung des Spielens.“ In: Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag-UTB für Wissenschaft, München-Basel, 84-92
- Etchegoyen, Horacio (1991/99): The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. London, Karnac
- Fraiberg, Selma (1990): „Schatten der Vergangenheit im Kinderzimmer“. In: Arbeitshefte Kinderanalyse 11/12, Kassel, Wiss. Zentrum GH Kassel, 141-160
- Freud, Sigmund (1917/1999): Die Wege der Symptombildung. XXIII. Vorlesung, GW XI, Fischer, Frankfurt/M., 372-391
- Geissmann, Claudine & Geissman, Pierre (1998): A History of child psychoanalysis. Routledge, London-New York
- Grieser, Jürgen (2004): Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens. In: Kinderanalyse. 12. Jg., 2, Klett-Cotta, Stuttgart, 85-103
- Grieser, Jürgen (2007): Freiheit und Entwicklung im triangulären Raum. In: Psyche. 61. Jg., 6, Frankfurt, Klett-Cotta, 560-589
- Günter, Michael (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Harms, Andrea (1997): „Die Geschichte der Kinderpsychotherapie.“ In: Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag-UTB für Wissenschaft, München-Basel
- Hartnup, Trevor (1999): „The therapeutic setting.“ In: Lanyado, Monica & Horne, Anne (hrsg.): The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches. Routledge, London, 93-104

Hopf, H. & Windaus, E. (hrsg.) (2007): Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Band 5. CIP-Medien, München

Kernberg, Paulina (2006): „Formen des Spiels“. In: Kinderanalyse. 14.jg., 4, Klett-Cotta, Stuttgart, 366-386

Klitzing, Kai von (2005): „Rivalen oder Bündnispartner? Die Rolle der Eltern bei der analytischen Arbeit mit Kindern“, In: Kinderanalyse, Klett-Cotta, Stuttgart, 13. Jg., 2, 113-122

Lanyado, Monica, Horne, Ann (1999): “The therapeutic relationship and process”. In: Lanyado, Monica & Horne, Anne (hrsg.): The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches. Routledge, London, 55-72

Müller-Brühn, Elisabeth (1998): „Geschichte und Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.“ In: Jongbloed-Schurig, Ulrike & Wolff, Angelika (hrsg.): Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters. Brandes und Apsel, Frankfurt a. M., 17-51.

Müller-Brühn, Elisabeth (2004): „An diese Kinderanalysen knüpfen sich mancherlei Interessen...“ Über die Bedeutung der Kinderanalyse damals und heute - Entwicklungen und Differenzen. In: Kinderanalyse, Heft 2, 12. Jahrgang, 2004, Klett-Cotta, Stuttgart, 104-135.

Parsons, Marianne, Radford, Pat, Horne, Anne (1999): “Non-intensive psychotherapy and assessment.“ In: Lanyado, Monica & Horne, Anne (hrsg.): The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches. Routledge, London, 215-232

Rau-Luberichs, Dieter (2006): „Das Unbewusste im therapeutischen Spiel der Kinder.“ In: Buchholz, Michael, Gödde, Günter (Hg.): Das Unbewusste in der Praxis. Erfahrungen verschiedener Professionen. Band III, Psychosozial, Giessen, 158-190

Raue, Jochen (1998): „Was macht ein analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut?“ In: Jongbloed-Schurig, Ulrike & Wolff, Angelika (hrsg.): Denn wir können die Kinder nach unserem Sinne nicht formen. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes- und Jugendalters. Brandes und Apsel, Frankfurt a. M., 113 - 130.

Rosenbaum, Arthur L. (2005): „Die Beurteilung von Elternfunktionen: Ein wesentlicher Bestandteil der Indikationsstellung für eine Kinderanalyse.“ In: Kinderanalyse, 13. Jg., 2, Klett-Cotta, Stuttgart, 123-146

Staehe, Angelika (2007): „Zwischen Kuseln und Beissen - Anfang einer Analyse mit einem elektiv mutistischen Kind.“ In: Kinderanalyse, 15. Jg., 1, Klett-Cotta, Stuttgart, 20-40

Winnicott, Donald W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt a. M.

Winnicott, Donald W. (1984): Familie und individuelle Entwicklung. Fischer, Frankfurt a. M.

Winnicott, Donald W. (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer, Frankfurt a. M.