

Psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

D.Bürgin

Prof. Dr. med. D. Bürgin
c/o Kinder- und jugendpsychiatrische
Universitätsklinik und –poliklinik
für Kinder und Jugendliche
Schaffhauser Rheinweg 55
CH - 4058 Basel

1. Der diagnostisch-therapeutische Prozess

Überlegungen zur Diagnostik und Indikation einer psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen enthalten implizit notwendigerweise ein Konzept darüber, was mit der Bezeichnung ‚psychoanalytischer Prozess‘ gemeint ist. Was sich, neben der unendlichen Vielfalt der Inhalte, im Verlaufe einer Psychotherapie prozesshaft verändert, ist die Art der Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Diese Beziehung ist ein Austauschgeschehen mit dialogischem Charakter, ein Zwischen- und Übergangsbereich mit fluktuierendem Bedeutungsgehalt und wechselnder emotionaler Bewegung, in welchem sich Innenwelt in Außenwelt umsetzt und umgekehrt.

Bei den Überlegungen zur Indikation ist somit zu fragen, wie weit in den diagnostisch-therapeutischen Interviews ein Dialog und emotionale Bewegungen möglich werden, die uns als Hinweise auf die Fähigkeit der Patienten dienen, sich in einen psychoanalytisch-psychotherapeutischen Prozess einzulassen. Das Schaffen von Raum für eine emotionale Bewegung, sowohl in der diagnostisch-therapeutischen Beziehung als auch später im psychoanalytisch-psychotherapeutischen Prozess, ist kein ungefährliches Unterfangen. Solche Bewegungen bedürfen einer sorgfältigen gemeinsamen Steuerung von Seiten beider Interaktionspartner. Vom Patienten her erfordert dies einiges an funktionaler Ich-Stärke, Vertrauen in Beziehungen und die stete Wiederherstellung eines Arbeitsbündnisses, vom Therapeuten her angemessene Abstinenz, aber auch Natürlichkeit und Fähigkeit zu spielerischem Ernst. Beim Patienten wird die Steuerung immer wieder durch intrapsychische und interpersonale - somit auch durch intergenerationale — Konflikte, die in den therapeutischen Beziehungsraum einbrechen, in Frage gestellt und gefährdet.

Bei der Indikationsstellung sind als Grobkategorien generell die Therapiebedürftigkeit, die Therapiefähigkeit und die Therapiewilligkeit abzuschätzen. Die Therapiebedürftigkeit ergibt sich z. T. aus dem Leiden des Kindes oder Jugendlichen, z. T. aus seiner Symptomatologie. Bei der Therapiefähigkeit wird üblicherweise abgeschätzt:

- die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit;
- die Art des Dialoges;
- gibt es erste Anzeichen einer Übertragung? ; wie ist die Gegenübertragung? ;
- ob die Beziehung zum Therapeuten vom Patienten genutzt werden kann und, falls ja, auf welche Weise;
- ob es eine emotionale Bewegung im Gespräch gibt;
- welche Informationen aus der Sequenz und der Form der Gesprächsinhalte zu gewinnen sind;

- auf welchem Niveau sich konfliktuelle Abläufe bewegen und welche Ansätze von Verarbeitung erkennbar werden;
- welche funktionalen Ich-Anteile in Erscheinung treten;
- ob Zeichen von Integration/Desintegration innerhalb des Ichs, des Selbst oder des Über-Ichs manifest werden.

Bezüglich der Therapiewilligkeit stellt sich die Frage, ob im Gespräch Interesse für das Spezifische des psychotherapeutischen Geschehens entstanden ist, denn im günstigen Fall wird das diagnostisch-therapeutische Gespräch zu einer Art von Minierfahrung über den therapeutischen Prozess.

2. Therapeutischer Prozess

Innerhalb einer psychoanalytischen Psychotherapie entsteht der psychotherapeutische Prozess durch den natürlichen «Auftrieb» des Unbewussten (Freud S., 1941), d.h. durch emotionale Bewegungen, die mittels des Settings - im Sinne eines sich anbahnenden Gefälles - begünstigt werden. Solche emotionale Vektoren können als Indikatoren für die Intensität, Richtung- und Funktionsebene des therapeutischen Prozesses angesehen werden. Sie sind in Ansätzen im diagnostischen Prozess bereits erkennbar (Bürgin D., 1990, 1997).

Therapeutische Arbeit lässt sich nur mit denjenigen Teilen des Ichs leisten, die funktionell, d.h. wenig oder nicht gestört sind. Manche Kinder benötigen wiederholte Anerkennung solcher funktioneller Ich-Leistungen, bevor sie bereit sind, sich mit pathologischen, d.h. dysfunktionalen oder gestörten Beziehungsaspekten zu beschäftigen. Interventionen im ‚hic et nunc‘ des therapeutischen Geschehens vermögen bereits im diagnostischen Teil einer Beziehung diesen Erfordernissen Rechnung zu tragen. So lassen sich aus den Reaktionen der Patienten Hinweise für die wahrscheinlich günstigste technische Vorgehensart gewinnen.

Ein möglichst genauer diagnostischer Prozess umfasst somit die Abschätzung der Tiefe einer Störung eines Patienten. Je dysfunktionaler das Ich, desto mehr bedarf es vorgängig eines sorgfältigen Aufbaus von Ich-Funktionen und Selbstkohärenz/ -Kontinuität, um komplexe Beziehungsarbeit auf dem Boden einer stabilen Beziehung leisten zu können. Grundvertrauen, -sympathie und ein Wunsch nach gemeinsamer Arbeit bilden, auch beim Kind und Jugendlichen, als Erscheinungsformen einer milden, positiven Übertragung und als eigentliche Träger des therapeutischen Erfolges, die Hauptbestandteile des aufzubauenden therapeutischen Bündnisses. Dieses kommt einer Brücke gleich, die während des therapeutischen Prozesses stets unterhalten und gepflegt werden muss, damit über sie die Bewegungen der Übertragungsbeziehung ablaufen können. Je mehr destruktive Spannungen in der Umwelt eines Kin-

des oder Jugendlichen bestehen, desto schwieriger wird die ungestörte Bearbeitung von Beziehungskonflikten im therapeutischen Prozess, da dann die Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Beeinträchtigungen sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten erschwert ist und das Umfeld nicht mehr für das notwendige Experimentieren des Patienten zur Verfügung steht.

Unbewusste emotionale Bewegungen im Beziehungsgeschehen folgen zumeist einem latenten Plan, der manchmal — wie eine Darlegung eines Inhaltsverzeichnisses — den Therapeuten für das Kommende zu sensibilisieren vermag. In ihm bilden sich sowohl frühere Beziehungsmuster als auch gegenwärtige Beziehungen außerhalb der Therapie (vor allem im familiären Umfeld) sowie intrapsychische Phantasmen ab. Diese letzten stellen teils bewusste, teils unbewusste, bildlich-szenische Abläufe verhältnismäßig fixierter Art dar, entsprechen summierten Gerinnungsprodukten verschiedenster innerseelischer Triebkräfte. Häufig werden sie aber auch als Abwehrkonfigurationen gegenüber den eigentlichen Triebimpulsen eingesetzt.

Bei den Bewegungen des therapeutischen Prozesses werden, wie eine Neuinszenierung, intrapsychische Konfliktkonfigurationen (z. B. zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, zwischen Ich- und Über-Ich oder zwischen Es und Ich) als Übertragungsphänomene in interpersonale Störungen zwischen Patient und Therapeut umgeschrieben. Diese Wiederholungen und Um-Schreibungen sind nie genaue Kopien von früher, sondern wiederkehrende, aber meist fruchtlose, idealtypische Versuche, günstigere Bewältigungsmöglichkeiten, geeignetere Aussagen, neue Auswege und frische Lösungen im Beziehungsgeschehen zu finden. Bei Kindern und Jugendlichen erfolgen Neuinszenierungen nicht selten durch Handeln und nicht durch Verbalisieren. Je archaischer die vorliegende Problematik, desto mehr wird auch der Körper miteinbezogen, und die Objekte werden, mittels Nötigung zu projektiver Identifikation, manipuliert. Widerstände sind, als externalisierte Formen intrapsychischer Abwehr- und Anpassungsprozesse, so etwas wie natürliche Hindernisse im emotionalen Fluss zwischen Patienten und Therapeuten. Sie weisen auf gewachsene oder primär bestehende Umleitungen der emotionalen Abläufe hin und entsprechen entweder Gegebenheiten, die im Individuum strukturellen Niederschlag gefunden haben oder aber zu seiner konnatalen, funktionalen Ausstattung gehören.

Der therapeutische Prozess entspricht somit der Gesamtbewegung, welche Patient und Therapeut zusammen auf die Behandlungsziele hin durchführen. Er basiert auf dem therapeutischen Dialog, einem interaktiven, emotionalen Feedback-System, das der Freilegung von blockierten Entwicklungsstrebungen dient.

Der Therapeut erleichtert die emotionalen Strebungen und Tendenzen durch seine Haltung und seine Interventionen. Er wird zum Empfänger, Bewahrer und Bearbeiter von affektiven Botschaften, aber auch zum Animator für die Reflexion des Geschehens. Durch das Setting geschützt, kann er eine verhältnismäßig ausbalancierte Emotionalität in Form einer auf das Verstehen ausgerichteten Zuwendung bereitstellen und bei bestimmten emotionalen Bewegungen des Patienten partiell mitschwingen. Die Funktionen des Therapeuten werden vom Patienten im Verlaufe des therapeutischen Prozesses allmählich und selektiv internalisiert und assimiliert.

Wenn immer möglich sollten zu Beginn der Therapie, wenigstens versuchsweise, die hauptsächlichsten Beziehungsprobleme und Behandlungsziele (Luborski L., 1988) benannt und zu einem gemeinsamen Fokus des Interesses gemacht werden. Auf diesen gemeinsam festgehaltenen, archimedischen Ort, — ein Null-Punkt in dem vieldimensionalen Koordinatensystem der emotionalen Bewegungen und Beziehungsgeschehnisse — können die Bewegungen des therapeutischen Prozesses von beiden Beziehungspartnern jederzeit rückbezogen werden. Falls er sich im Verlaufe der Therapie als nicht mehr zutreffend erweist, so ist vom Therapeuten, gemeinsam mit dem Patienten, eine Neueinschätzung vorzunehmen, die dann als frischer Ausgangspunkt zu dienen vermag.

3. Der psychoanalytische «Dialog»

Wie weit ein Kind bereit ist, im psychotherapeutischen Dialog seine bewussten und unbewussten Schwierigkeiten und Ängste zu zeigen, hängt sehr davon ab, was das Gespräch mit dem Psychotherapeuten für das Kind bedeutet. Dies ist abhängig von der Vorbereitung des Kindes oder Jugendlichen durch die Eltern und damit auch von seinem Alter. Die jungen Patienten bringen für das Gespräch oft ein erstaunlich großes Vertrauen mit und sind anfänglich recht freigiebig im Zeigen ihrer Problematik. Nur selten ist ihre Fähigkeit, daran zu glauben, dass sie auf eine verstehende Person treffen, so verschüttet, dass sie nicht mehr in Erscheinung tritt. Was immer im Dialog mit dem Kinde passiert: es ist das Bedeutungsvolle, sofern dem Kind ein humanes und natürliches Setting angeboten worden ist. Das erste gegenseitige sich Einstimmen im emotionalen Kontakt erlaubt eine Interrelationsdiagnose, die patientenorientiert und maßgeschneidert ist. Wie der geeignete emotionale Kontakt, wie solche Augenblicke des Aufblitzens eines echten Selbst in der Atmosphäre der Intimität hergestellt und aufrechterhalten werden können, hängt wahrscheinlich von beiden Beziehungspartnern ab. Auf der Seite des Therapeuten setzt es aber eine Fähigkeit voraus, sich auf das jeweilige Alter und die vorliegende Entwicklungsstufe des Kindes einzustimmen und einen mühelosen Zu-

gang zu den Gefühlen der eigenen Kindheit zu haben. Am besten ist es, wenn der Psychotherapeut sich im Dialog vom Kind führen lässt. Die Qualität der aus einer solchen Haltung resultierenden Beziehung kann für die Beurteilung eines Symptoms oder Verhaltens mitbezogen werden. Natürlich wird sich der Therapeut immer mit dem Aufstellen und Testen von Hypothesen beschäftigen müssen. Fragen stellen im Allgemeinen keine Störung der spontanen Entfaltung eines Kindes dar, wenn sie sich natürlich aus dem ergeben, was ein Kind mitteilt. Sie können sogar als Anstöße zur Erweckung gefühlsgeladener Antworten dienen. Immer wieder ist es notwendig, sich nicht nur auf eine Hypothese festzulegen, sondern immer gleich eine Palette von solchen aufzustellen, um sich den nötigen Freiraum zu erhalten. Wird eine Hypothese durch eine Probedeutung geprüft, so gibt die Reaktion des Kindes Auskunft darüber, wie zugänglich es für einen verstehenden, psychodynamisch-dialogischen Prozess ist. Macht das Kind im Dialog mit dem Psychotherapeuten eine positive Erfahrung im Sinne der Vertiefung gegenseitigen Vertrauens, der Schaffung von Einsicht und der Neukonfiguration von Affekten in der Beziehung, so wird es im Wunsche bestärkt, auf einer solchen Kooperationsebene weiterzuschreiten. Es hat eine Situation und ein Klima hoher Gefühlsspannungen und unausgesprochenen Einvernehmens erlebt, in welchem bedeutungsvolle und neuartige Erfahrungen stattfinden konnten (Bürgin D., 1988).

Der Psychotherapeut ist durch seine Art zu hören, die Weise, in der er die Abläufe in sich gestaltet und sie zu Worte bringt, aber auch durch sein Verhalten an der Strukturierung der unbewussten Prozesse beteiligt und wohnt deren Entfaltung im Dialog bei. Er ist grundsätzlich an der Erzeugung und Erhaltung eines prozesshaften Geschehens interessiert, das vor allem vom Kind oder Jugendlichen her entwickelt wird, ihn aber stark miteinbezieht. Es muss die Bereitschaft bestehen, jede Deutung wieder zurückzunehmen, wenn ein Kind ablehnend oder gar nicht reagiert. Es ist selten, dass ein Kind durch eine falsche Interpretation verletzt wird, wenn diese in einem echten Versuch unternommen wurde, das vom Kind oder Jugendlichen im Dialog Mitgeteilte ernsthaft zu verstehen.

Jede psychische Untersuchung wirkt als solche auf die Untersuchungssituation ein und verändert den Untersuchungsgegenstand. Der Psychotherapeut ist im Dialog mit dem Kind kein reiner Beobachter, sondern ein beteiligter Partner in der Interaktion. Seine Einwirkungen können nur theoretisch vernachlässigt werden, praktisch strukturiert er immer mit.

Das Besondere des verstehenden Dialoges mit dem Kind oder Jugendlichen liegt in der Tatsache, daß sich die Patienten an einem Ort der Begegnung befinden, bei dem der Dialogpartner eine besondere Rezeptivität, eine für das Kind oder den Jugendlichen völlig neuartige Art des Aufnehmens besitzt. Diese spezifische Art des Aufnehmens und damit Verstehens bewirkt,

dass das Gesprochene sich verändert, einen neuen Sinnzusammenhang bekommt. In den diagnostischen Gesprächen verhilft das Kind oder der Jugendliche dem Psychotherapeuten, etwas von den komplexen emotionalen Prozessen zu verstehen, die im Patienten ablaufen. Erst danach kann der Therapeut dem Kind behilflich sein, dessen ureigene Wahrheit zu finden, zu einer Begegnung mit sich selbst zu kommen. Für nicht wenige Kinder und Jugendliche ist ein solcher Dialog die erste Gelegenheit, etwas anderes zu erleben als nur eine Rede, auf welche der andere reagiert. Vertieft sich der Dialog, so zeigt sich eine Verminderung der Abwehr und ein Anstieg des Grundvertrauens.

Das Symptom selbst ist eine vielschichtige Botschaft, die es zu dechiffrieren gilt. Es ist eine Aufgabe des Psychotherapeuten, sie auf demjenigen Niveau anzunehmen, auf welchem sie gerade übermittelt wird (z. B. Symbolsprache, Bilderwelt der Phantasie oder Spiel). Innerhalb dieses Dechiffrierungsdialoges besteht die Chance eines Neuanfangs, bei welchem eine größere Distanz zum Falschen und eine verstärkte Nähe zum echten Selbst gewonnen werden kann. Diagnostik muss Pathologie sehen, sich aber in überwiegendem Maße an den gesunden Persönlichkeitsanteilen eines Patienten orientieren. Natürlich kann der tiefere Sinn einer Störung oder des Leidens eines Kindes oder Jugendlichen nur auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte, der emotionalen Einstellung der Eltern und der Familiendynamik verstanden werden. Der Psychotherapeut muss sich dabei in acht nehmen, nicht leichtfertig und vorschnell zu Vorstellungen über Ätiologie und Pathogenese zu gelangen, da diese nur das Kausalitätsbedürfnis von Patient und Therapeut befriedigen und eventuelle Sündenböcke benennen, den Dialog und das prozesshafte Geschehen in der psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie aber kaum je zu weiterer Vertiefung führen.

4. Psychoanalytische Psychotherapie

Das psychotherapeutische Ziel bei Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich ein anderes als bei den Erwachsenen: es geht in erster Linie darum, die weitere psychische Entwicklung und Reifung des Patienten zu ermöglichen. Wie beim Erwachsenen ist nicht die Symptombeseitigung das Ziel, hingegen eine ganz starke Orientierung am Symptom als dem Prototypen des scheinbar Unverständlichen.

Im Allgemeinen ist der Therapeut in psychoanalytischen Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen durch das Setting viel weniger geschützt als bei der Arbeit mit Erwachsenen. Er muss sich gegebenenfalls zeitweilig in Rollenspiele einlassen, wird viel stärker immer wieder in dyadische Abläufe einbezogen, aus denen er stets wieder hinaus muss. Zudem spielt der direkte körperliche Kontakt bei Klein- und Schulkindern eine viel größere Rolle. In der Adoleszenz bedarf es eines besonderen Gefühls für Takt, um sowohl die körperlichen Abläufe der

sexuellen Erregung anzusprechen als auch vor allem dem gegengeschlechtlichen Adoleszenten emotional nicht zu nahe zu kommen.

Weiterhin muss der Therapeut in viel stärkerem Ausmass im Stande sein, sich in seine eigene Kindheit und Adoleszenz zu versetzen. Er darf sich durch solche therapeutische Regressionen nicht bedroht fühlen, denn die Arbeit mit den entsprechenden Patienten führt notgedrungen zur Reaktivierung eigener Kindheits- und Adoleszenzerfahrungen. Er muss sich selbst sein, natürlich bleiben können und den Lauf der Dinge nicht durch ein Handeln oder Nicht-Handeln auf Grund von eigenen Ängsten, Schuldgefühlen oder dem Bedürfnis, erfolgreich zu sein, verzerren lassen. Der Respekt vor dem Patienten und die Erhaltung seiner Würde sind deshalb auch bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zentrale ethische Grundwerte.

Wir gehen davon aus, dass ein Säugling von Anfang an zu triadischen und polyadischen Beziehungen befähigt ist. Die Bevorzugung der dyadischen Beziehungsform ergibt sich aus deren verhältnismässig einfachen Struktur. Tri- oder polyadische Formen zerfallen leicht in dyadische, da sie viel schwieriger zu stabilisieren sind. (Bürgin D., 1994)

Die frühen präödipalen Drei- oder Vielsamkeiten entwickeln sich über die postödipalen in die adoleszenten und adulten Formen. Je nach den libidinösen und aggressiven Besetzungen werden unterschiedliche dyadische Beziehungskonfigurationen hervorgehoben oder treten wieder in den Hintergrund; je nach affektiver Nähe oder Distanz gestalten sich die Beziehungsdrei- oder Viel-Ecke symmetrisch-ausgeglichen oder asymmetrisch-unausgeglichen. Den Realobjekten kommt bei diesen Vorgängen im Kleinkindesalter eine sehr grosse Bedeutung zu, da sie anhaltend mitregulieren und damit gleichsam direkt in die innere Beziehungswelt des Kleinkindes eingreifen (von Klitzing K. et al., 1999).

Erst wenn das reale Gegenüber mit einer Innenwelt von der gleichen Art wie die eigene ausgestattet wurde, vermag sich das Kleinkind vorzustellen, dass auch das Gegenüber Beziehungen zu verschiedenen Objekten haben kann und diese zudem untereinander in Beziehung stehen. Gelingt es, sich im lebendigen Spiegel eines Gegenübers wiederzufinden, so kann nicht-fusionär imitiert und verglichen werden.

Der Gesichtspunkt einer triadischen Beziehungskonstellation lässt sich auch bei einer Präsenz von nur 2 Personen (z.B. Mutter und Kind) vertreten, insbesondere, wenn das Kind Symbolspiele macht, entsprechende Geschichten erzählt, aber auch beim verbalen Erwähnen von Dritten. Wird ein Affekt, ein kognitiver Inhalt oder eine Intention zwischen Patient und

Therapeut gemeinsam geteilt, so entsteht ein spezifisches interpersonales Drittes (Ogden Th.,1994), das innerhalb einer analytischen Beziehung türöffnend wirkt, damit weiterhelfen kann und Bausteine für die Ko-Konstruktion eines gemeinsamen Narrativs liefert.

Auch in einer dyadischen Beziehung existiert stets eine virtuelle dritte Person in der Innenwelt des erwachsenen Gegenübers. Schliesslich ist die virtuell dritte Person (z.B. Eltern, Vormund, Erzieher) beim Kind in ganz anderem Ausmass präsent und relevant als bei der Psychotherapie mit Erwachsenen. Sie muss in jeweils adäquater Form mit einbezogen werden. Eltern gewinnen manchmal durch die Psychotherapie ihres Kindes vertiefte Einsicht in ihre eigenen Störungen. Manchmal aber verschlimmert sich auch gerade durch den therapeutischen Prozess des Kindes das psychopathologische Störungsbild bei einem oder beiden Eltern. In seltenen Fällen ist auch Neid der Eltern auf die spezifische Form der Zuwendung zu beobachten, die ein Kind oder Jugendlicher innerhalb der Therapie bekommt.

In gewissen Fällen sind pädagogische Interventionen zur Erhaltung des psychotherapeutischen Settings unumgänglich. Sie sollten aber nur nach reiflicher Überlegung und zeitlich limitiert eingesetzt werden, so dass sie, wie eine Parenthese eingeschoben, ebenso leicht wieder weggelassen werden können. Das verbale oder nicht verbale Eingreifen stellt eine bewusste Aktivität dar, die keine Deutung ist, sondern die vom Therapeuten auf Grund seiner metapsychologischen Einschätzung der Situation bewusst zu Behandlungszwecken eingesetzt wird und ein bestimmtes Ziel hat, das im Dienste des therapeutischen Prozesses steht und das mit keinem anderen Mittel erreicht werden kann.

Das Kind geht auf dem Weg der therapeutischen Arbeit voran, der Therapeut folgt nach und muss der Verführung entgegenwirken, dem Kind oder Jugendlichen die Arbeit abzunehmen, d.h. ihm die Eigenerfahrung der Selbstorganisation von Beziehungsprozessen vorzuenthalten. Zu Beginn passt sich der Therapeut im allgemeinen erst recht stark den Erwartungen des Kindes oder Jugendlichen an und kommuniziert mit ihm aus der Position heraus, in die er durch die Übertragungen des Patienten gestellt wird. Er ist in einem Intermediärraum der Beziehung positioniert, in welchem er für den Patienten ein "subjektives Objekt" ist, nämlich eines, dem nur eine begrenzte Eigenständigkeit zugesprochen wird, das gleichzeitig aber auch das Realitätsprinzip vertritt, z.B. die Einhaltung des Zeitgefässes der psychotherapeutischen Sitzungen oder der abgemachten Behandlungsregeln, das überlebt, gesund und wach bleibt.

Die therapeutische Arbeit wird vom Patienten geleistet, auch wenn es sich um ein kleines Kind handelt. Die unbewusste Mitarbeit zeigt sich oft in Form eines sog. Widerstandes. Denn

dieses weist auf eine intrapsychische Reaktion bei einer emotionalen Bewegung hin. Wird er angemessen angesprochen und gedeutet, so setzt er eine Kooperation in Gang, die positiven Übertragungselementen Platz macht.

Auch das Kind kann für seine therapeutische Arbeit davon profitieren, wenn es sich eine Vorstellung davon erwerben kann, was Übertragung, was der therapeutische Prozess ist. Denn es baut neben der Übertragungsbeziehung auch eine ganz reale Beziehung zum Therapeuten auf, welcher ihm als eigenständige Person gilt, und die, bei angemessener Deutungsarbeit, im wesentlichen doch recht frei von Übertragungselementen gehalten werden kann. Bei Kleinkindern hat der Therapeut in noch viel stärkerem Ausmass als später oder beim Erwachsenen auch Aufgaben eines realen Primärobjektes, nämlich die Gewährleistung von Schutz, Begrenzung, Abgrenzung etc.

Das Kind assoziiert verbal oft nicht so direkt und frei wie der Erwachsene. Dennoch kann die Sequenz seiner verbalen und averbalen Aktivitäten genau gleich wie die freie Assoziation verstanden und für den therapeutischen Prozess genützt werden. Alle Aktivitäten und Verhaltensweisen während der Behandlungsstunde können bedeutsames Material ausdrücken. Dennoch gibt es für jedes Kind spezifisch bevorzugte Kommunikationsmittel, die es freiwillig oder unfreiwillig gebraucht. Humor und das Spielerische nehmen im Allgemeinen einen größeren Platz im therapeutischen Geschehen ein. Das Spiel, aber auch Zeichnungen oder gestaltete Produkte, erlauben, ähnlich wie der Traum, den altersadäquaten Ausdruck innerseelischer Abläufe. Es enthält, wie fast alle Produktionen eines Menschen, die innerhalb einer Beziehung Bedeutung erlangen, stets Wunsch- und Abwehranteile zugleich und es muss sich mit der Widerständigkeit des Spielmaterials der gemeinten Bedeutung gegenüber auseinandersetzen. Zumeist steht es in enger Verbindung zu den Inhalten der Phantasie, die sich mittels der vorliegenden Gegebenheiten mehr oder weniger geeignet umzusetzen versuchen. Je nach Patient ist das Spiel an sich bereits ein Stück weit heilend oder auch blockierend. Durch die Deutung erfährt es eine Anhebung auf die Ebene eines zentralen intersubjektiven Kommunikationsgeschehens. Jegliche Abwehr, sei es, dass sie sich im sprachlichen Ausdruck, im Verhalten allgemein, im (Rollen-)Spiel, beim Zeichnen oder innerhalb einer andern Form kreativen Gestaltens zeigt, ist immer zuerst als eine adaptative Ich-Leistung zu deuten, bevor ihr defensiver Aspekt aufgenommen wird.

Die psychoanalytische Psychotherapie stellt einen Ort der Begegnung zur Verfügung, welcher durch die spezifische Präsenz des Dialogpartners bewirkt, dass sich das Gesprochene, Empfundene oder Gespielte verändert und einen neuen Sinn bekommt. Das Kind kommt über den

therapeutischen Dialog zu einer Begegnung mit sich selbst. Jede deutende Intervention hat neben ihrem therapeutischen auch einen partiell diagnostischen Charakter. Sie muss stets mit aller Sorgfalt auf das jeweilige Sprachniveau des Kindes transformiert werden. Das Kind zeigt seine Reaktionen auf Deutungen und Interventionen aber nicht nur in der Form und dem Inhalt seiner sprachlichen Produktionen, sondern auch in seinem Spiel, dem kreativen Gestalten und dem jeweiligen Verhalten.

5. Kontraindikationen

Die psychoanalytische Psychotherapie ist ein emotionaler Prozess mit Übertragungsbewegungen, bei dem intrapsychische Konflikte, die sich mittels Übertragung in den interpersonalen Bereich umsetzen und im geschützten Raum durch sprachliche Interventionen des Therapeuten und nachfolgende psychische Arbeit des Patienten von diesem neu bearbeitet, d.h. im Sinne erhöhter Autonomisierung verändert werden. Symptome müssen hierfür einen Krankheitswert aufweisen und ein Arbeitsbündnis muss aufbaubar sein. Bei den Kontraindikationen zu einer psychoanalytischen Psychotherapie ist zu unterscheiden zwischen:

a) Aus dem Umfeld stammenden Faktoren:

- Klar und überwiegend interpersonale familiäre, d.h. nicht vorwiegend internalisierte Konflikte.
- Fehlende Betreuung des Kindes und mangelndes Holding durch die Umwelt.
- Überenge Eltern-Kind-Beziehung mit zu erwartender hoher Rivalität.
- Zu hohe Ambivalenz.
- Unvermögen, das Setting einzuhalten.
- Beidseitig fehlende Garantie für eine minimale Zeit, die für den therapeutischen Prozess zur Verfügung steht.

b) Therapeuten bezogenen Faktoren:

- Dem Therapeuten gelingt es nicht, seine therapeutische Position aufrecht zu erhalten oder wieder zu gewinnen.
- Die Struktur des Patienten stellt eine Bedrohung des intrapsychischen Gleichgewichtes des Therapeuten dar.

c) Patienten bezogenen Faktoren:

- Hinter der Symptomatik stehen vor allem organische Defekte.
- Übermässiges oder fehlendes Übertragungsangebot im Sinne einer massiven strukturellen Abwehr (z.B. Liebeswahn).
- Übermässig starke Neigung zum Agieren. Die vorliegende Störung ist fast ausschliesslich nur durch pädagogische Interventionen angebar (z.B. beim Vorliegen einer heftigen antisozialen Tendenz).

- Massiver Hungerzustand (z.B. bei Anorexia nervosa).
- Schwere Schmerzzustände.
- Ausgeprägte Deprivation, so dass der reale Beziehungsanspruch stark überwiegt, d.h. keine Versagungen ertragen werden können, keine Objektverwendung im Sinne von Winnicott möglich wird.
- Durch die Therapie entstehen unlösbare Loyalitätskonflikte.
- Extrem schwaches Ich oder schwere Entwicklungsasynchronie.
- Therapeutische Zuwendung und therapeutisches Verständnis werden konsumierend missbraucht.
- Ungenügende Fähigkeit zur Steuerung, Regulation und Dosierung von Affekten, Regression und Handlungen.
- Nicht ausreichend vorhandene oder fehlende Fähigkeit zu psychischer Arbeit.
- Psychotherapie wird als Alibiübung missbraucht, d.h., es besteht kein Veränderungswunsch.
- Ungenügende Fähigkeit für eine psychotherapeutische Ich-Spaltung.
- Sprache und Wörter werden zu einem übergreifenden Aggressor, wirken lebensgefährlich, d.h., es besteht beim Patienten keine Voraussetzung für einen hilfreichen Gebrauch der Sprache als dialogisches Mittel.
- Extreme zwischenmenschliche Traumatisierungen.

d) Beziehungsrelevanten Faktoren:

- Extrem asymmetrischer Dialog.
- Kein konstruktiver intersubjektiver Austausch.
- Kein minimal gemeinsamer Bereich (bzw. „Spielraum“) aufbaubar.

Bei all den genannten Kontraindikationen ist hingegen stets eine psychoanalytische Haltung und Konzeption des Geschehens möglich und sinnvoll, sei dies im pädagogischen, medizinischen oder familialen Bereich.

Grenzen ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie werden offensichtlich:

- wenn mehr zeitliche Kontinuität und Intensität der Psychotherapie oder der pädagogischen Betreuung erforderlich ist. (z.B. bei Patienten mit schwerer Deprivation, leichten geistigen Behinderungen, ausgeprägten Ich-Störungen, massiv einschränkenden, neurotischen, psychotischen Störungen, psychosomatischen oder schweren Verhaltensstörungen).
- wenn geeignete ambulante Therapiemöglichkeiten fehlen,
- wenn eine Trennung von der Familie für einen psychoanalytischen Prozess unabdingbar ist.

- wenn eine ausgeprägte Suizidalität, Fremdgefährlichkeit oder eine massive familiäre Krise vorliegt.

6. Spezifika der Adoleszenz:

Die Adoleszenz entspricht etwa einer Brückenzeit, welche für den Übergang von der Kindheit zum Erwachsensein gebraucht wird. Durch Reifungs- und Entwicklungsprozesse wird der junge Mensch in diese Phase der Wandlungen förmlich hineingestoßen. Er oder sie stehen vor einmaligen Veränderungen des eigenen Körpers, der nach langer Zeit endlich die Geschlechtsreife erreicht hat, und vor einem zweiten Individuationsvorgang, der innert weniger Jahre durchlaufen und abgeschlossen wird. Solche Übergangszeiten bilden, ohne gesellschaftlich schienende „Rites de Passage“ (Van Gennep A., 1908), Phasen großer Labilisierung, was sich z.B. am Ausbruch vieler Psychosen und einer hohen Suizidrate zeigt (Laufer M., 1984). Jugendliche brauchen in dieser sich oft krisenhaft vollziehenden Umstrukturierungsphase Spielräume. Sonst müssen sie fürchten, ihr kostbarstes Gut - die Freiheit, neue Ideen zu haben und ihre eigenen Wünsche, Gefühle und Impulse zu entwickeln – zu verlieren.

Adoleszente beginnen als unabhängiger Personen zu funktionieren. Dabei ist es entscheidend zu wissen, wie sie auf Belastungen reagieren und ob dadurch ihre Fähigkeit, seelische Entwicklungsschritte zu machen, beeinträchtigt wird. Insbesondere kommt der physischen Fähigkeit, Vater oder Mutter zu werden, eine besonders bedeutsame Rolle zu, machen die psychologischen Reaktionen darauf doch einen nicht unbeträchtlichen Teil dessen aus, um was es im Adoleszenzprozess eigentlich geht.

Im Verlaufe der Adoleszenz gilt es, verschiedenste Aufgaben zu lösen. Über die ganze Kindheit hinweg bestand die Sehnsucht, "groß" zu werden. Auch wenn sich diese Strebung im Verlauf der Adoleszenz allmählich realisiert, so ist sie dennoch mit der Notwendigkeit verbunden, um die Kindheit mit all ihren Funktions- und Erlebnisweisen zu trauern. Die Entwicklung der physischen Fähigkeit zur Generativität ist eng verbunden mit einer Neustrukturierung der sexuellen Erlebnis- und Handlungsmuster. Liebes- und Tötungsimpulse aus der Kindheit liegen, wegen des Erreichens der körperlichen Kraft eines Erwachsenen, einer Umsetzung in Handlung viel näher. Um trotz dieser Tatsache als soziale Individuen leben zu können, müssen sich die Mechanismen der Aggressionsverarbeitung bei den Adoleszenten gegenüber denen ihrer Kindheit deutlich verändern. Eine relative Steuerungsschwäche des Ichs mit Verstärkung der Intensität von Gefühlen und Impulsen, die mittels einer Differenzie-

rung von Regulationsvorgängen im Verlauf der Entwicklung wieder wett gemacht werden muss, kennzeichnet die psychophysische Situation zu Beginn der Adoleszenz.

Langjährige Umarbeitungsprozesse zwischenmenschlicher Beziehungen bewirken zu Beginn der Adoleszenz eine kritische Distanzierung von den Liebesobjekten der Kindheit (d.h. vom Vater oder der Mutter bzw. ihren Substituten), - eine Bewegung, welche üblicherweise als "Ablösung" bezeichnet wird. Parallel dazu kommt es, in einer Art experimentierender Basisverbreiterung, zu einer Veränderung der Beziehungsfähigkeit gegenüber Gleichaltrigen und zu einer Bewegung von der emotionalen Abhängigkeit zu affektiver Unabhängigkeit. Der größte Teil der Gedanken, Gefühle und Handlungen muss notwendigerweise von den Reaktionen der Eltern losgelöst werden. Die Adoleszenten werden dabei rasch gewahr, dass ihre gleichaltrigen Freundinnen und Freunde eindeutig andere Erwartungen und Forderungen an sie stellen als die erwachsenen Beziehungspartner der Kindheit. Diese ganzen Umgestaltungen der Beziehungen zu bedeutungsvollen Anderen ist mit einer Neudefinition der eigenen Person, einer Neukalibrierung des eigenen Wertesystems und der Entwicklung einer neuen Identität verknüpft.

Versucht man, die Adoleszenz in verschiedene Entwicklungsstadien zu unterteilen, so ergibt sich die Notwendigkeit einer solchen Untergliederung bereits aus einfachen Fragen, zum Beispiel, wann es angemessen ist, von zu Hause auszuziehen, die Eltern aus persönlichen Beziehungen auszuschließen oder wann die Sorge um den eigenen Körper (d.h. um dessen Größe, Funktion, Entwicklung, Gesundheit, Stärke oder Schönheit) sinnvoll und wann sie ein Zeichen von Überbesorgtheit ist. Blos (1973) unterschied schematisch 5 Phasen, die u.E., trotz großer gesellschaftlicher Veränderungen, für den klinischen Alltag und für psychotherapeutische Prozesse noch immer sehr relevant sind. Solche idealtypische Entwicklungsabschnitte unterliegen starken historischen, kulturellen und sozialen Variationen. Sie werden zudem noch durch spezifische familiäre Erwartungen, persönliche Charakteristika der Eltern und die individuellen Erfahrungen der Heranwachsenden moduliert.

Für die Durchführung von psychoanalytischen Psychotherapien bei Adoleszenten bedarf es besonderer Fähigkeiten und Fertigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten:

- eines leichten Zuganges zur eigenen Adoleszenz. Sie dürfen sich durch therapeutische Regressionen der Heranwachsenden nicht bedroht fühlen, denn die Arbeit mit diesen führt notgedrungen zur Reaktivierung eigener Adoleszenzerfahrungen;
- einer Stetigkeit im bei-sich-selbst-Sein und im Natürlich-Bleiben;

- einer genügenden Gelassenheit, um den Lauf der Dinge nicht auf Grund eigener Ängste, Schuldgefühle oder dem Bedürfnis, erfolgreich zu sein, durch Handeln oder Nicht-Handeln zu verzerren;
- einer Toleranz für starke emotionale Wechsel in der Beziehung infolge hoher narziss-tischer Kränkbarkeit und zugleich heftiger Ansprüchlichkeit der Jugendlichen;
- einer Festigkeit in der eigenen Identität. Insbesondere soll keine Anbiederung an die Heranwachsenden stattfinden, sondern, bei höchst möglicher Empathie, der Standort eines postadoleszenten Erwachsenen beibehalten werden;
- einer Fähigkeit, auch unter Belastungen eine spielerische als-ob-Ebene und authentischen Humor bewahren zu können;
- einer gesicherten triadischen Kapazität, d.h. der Möglichkeit, in den verschiedensten Beziehungssituationen eine emotional flexible, das Dritte oder die dritte Person beziehungs-mäßig einschließende Haltung und Einstellung zu bewahren (von Klitzing K. et al. 1999; Meng H. et al., 2002; Schleske G. et al., 2002);
- einer Gewissheit, Angriffe und Entwertungen, aber auch liebevolle Zuwendung bis zur Idealisierung, als variable Verpackungselemente konzipieren zu können, die, von den Jugendlichen her gesehen, Kontakte ermöglichen und ihnen gleichzeitig die Autonomie eines inneren Schutzraumes oder Treibhauses gewährleisten;
- einer Akzeptanz der Tatsache, dass sie es einem adoleszenten Menschen eigentlich nie recht machen können;
- eines Vermögens, sich im psychotherapeutischen Prozess orientieren zu können, auch wenn es manchmal kaum möglich ist, viel von den Abläufen zu verstehen.

Obwohl das Konzept der Triangulation im psychoanalytischen Sinne mit den Strukturen der Innenwelt arbeitet, kann man sich im therapeutischen Prozess durchaus auch an beobachtbare triadische Phänomene halten. Die triangulären Konstellationen in der Innenwelt und in den Außenbezügen der Adoleszenten sind, im gesunden und im pathologischen Bereich, zu Beginn andere als in der Mitte und am Ende ihrer Adoleszenz. So ist üblicherweise intrapsy-chisch - und damit dann auch in der Übertragung - in der *Frühadoleszenz* vor allem die trian-guläre Struktur ‚Selbstrepräsentanz (präadoleszent) mit primären Liebesobjekten der Kind-heit‘, in der *Mitt-Adoleszenz* diese einer ‚narzisstisch aufgeladenen Selbstrepräsentanz mit (Selbst-)Objekten wechselhafter Art‘ und in der *Spätadoleszenz* diese einer ‚in einer neuen Identität ruhenden, postadoleszenten Selbstrepräsentanz mit zaghaft-unsicher besetzten, vor allem gleichaltrigen heterosexuellen Anderen‘ prominent vertreten. Im Verlaufe eines psy-

choanalytisch-psychotherapeutischen Prozesses in der Adoleszenz werden somit über mehrere Jahre hinweg bereits in der Normalentwicklung unterschiedliche, triadische Konfigurationen durchlaufen. Im pathologischen Bereich finden wir vielfach Blockierungen, Verspätungen, schnelle, temporäre oder permanente Regressionen auf frühere bzw. dyadische Formen oder Verzerrungen, die auf Grund bereits präadoleszentiär vorhandener oder im Verlauf der Adoleszenz erworbener Beziehungsverbiegungen zu Stande kamen.

Bei der Beendigung einer psychoanalytischen Psychotherapie in der Adoleszenz ist zu unterscheiden zwischen dem eigentlichen Wunsch der Jugendlichen, die Therapie zu beenden und dem für die Adoleszenz spezifischen Wunsch, sich von Primärobjekten abzulösen. Adoleszente planen oft heimlich, seit dem Anfang ihrer Therapie / Analyse, einen einseitigen Abschluss. Als Aufhänger für das Ende finden sie dann oft ein entsprechendes äußeres Ereignis, das genügend plausibel erscheint (Novick J., 1976). Erwünscht ist aber, sowohl in der Latenz als auch gerade in der Adoleszenz, ein gegenseitiges sich Absprechen und Akzeptieren des herannahenden Therapieendes. Das führt zu Änderungen in der Übertragung, im Arbeitsbündnis und in der Gegenübertragung. Das Ende sollte ein aktives, gegenseitiges Abschiednehmen sein und nicht ein Sich-Verlassen. Die Bearbeitung der Übertragung kann nur in einem geschützten Rahmen erfolgen, um - vor allem bei Traumatisierungen - „miserogene Gewohnheiten zu erkennen und durch bessere zu ersetzen“ (Sloterdijk P., 2001, pag. 209). Die Therapeutinnen und Therapeuten werden von den Jugendlichen als Übertragungsobjekte am Schluss einer psychoanalytischen Psychotherapie zwar zurückgelassen, und das Ende der Beziehung wird in der Therapie nur mehr oder weniger betrauert. Von der Beziehung zu ihnen als Realobjekte bilden sich die Patientinnen und Patienten aber spezifische Beziehungsrepräsentanzen, die Sicherheit und Vertrauen in Stabilität im Wandel enthalten. Mit deren therapeutischen Funktionen identifizieren sich die Jugendlichen. Günstigenfalls werden diese in ihr umgebautes Ich-Ideal aufgenommen.

Literatur:

Blos P. : Adoleszenz. Klett, Stuttgart 1973

Bürgin D. / von Klitzing, K.: Adoleszenz: Gesichtspunkte aus der Jugendpsychiatrie. Therapeutische Umschau 51 (5): 345-353, 1994.

Bürgin D.: Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfallkind. In : Klosinski G. (Ed.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen. Huber, Bern, 1988

Bürgin D.: Einige Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses bei Jugendlichen. In: Steinhäuser Chr. (Hrsg.): Das Jugendalter, pp. 238-245, Huber, Bern, 1990

- Bürgin D.:** Psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Ahrens St. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin., pp.608-611, Schattauer, Stuttgart 1997
- Freud S.:** Abriss der Psychoanalyse. Schriften aus dem Nachlass. GW Bd. XVII, p.104 ff., S.Fischer, Frankfurt
- Laufer M. :** Adolescence and developmental breakdown. Yale University Press 1984
- Luborsky L.:** Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin, 1988
- Meng H., Schleske G., Bürgin D.:** Trianguläre Phänomene in der Behandlung Jugendlicher im milieuthérapeutischen Setting I. Kinderanalyse, 10/1, 23-39,2002
- Novick J.:** Termination of treatment in Adolescence. Psychoanal. Study Child 31, 389-414, 1976.
- Ogden Th.:** The analytic third: working with intersubjective clinical facts. In: Ogden Th.: Subjects of Analysis. J.Aronson, Northvale 1994
- Schleske G., Meng H., Bürgin D.:** Trianguläre Phänomene in der Behandlung Jugendlicher im milieuthérapeutischen Setting II. Kinderanalyse, 10/2, 143-160, 2002
- Sloterdijk P.:** Nicht gerettet. Versuche nach Heidegger. Suhrkamp, Frankfurt, 2001
- van Gennep A.:** The rites of passage. Routledge and Kegan, London 1960. Franz.: les rites de passage, 1908
- von Klitzing, K., Simoni H., Bürgin D.:** Child development and early triadic relationships. Int.J.Psychoanal.,80,71-89, 1999