

Schattner-Meinke, Ursula

Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 2, S. 57-63

urn:nbn:de:bsz-psydok-30877

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein ‚Mimikry‘-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom*

Von Ursula Schattner-Meinke

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Übersicht über Erkenntnisse zu Ätiologie und Verlauf des Gilles de la Tourette-Syndroms wird in der vorliegenden Arbeit ausführlich die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom beschrieben. Anhand dieses Fallbeispiels wird gezeigt, wie sich im Laufe der Behandlung ein Wandel der psychopathologischen Auffälligkeiten durch die Bewältigung der intrapsychischen Konflikte und der allmählichen Nachreifung des Patienten vollziehen kann. Die Behandlung umfaßt 100 Einzelstunden und 35 Stunden begleitende Psychotherapie mit den Eltern. Die Katamnese nach vier Jahren zeigt einen stabilen Therapieerfolg.

1. Einleitung und Literaturüberblick

Das von einem französischen Arzt beschriebene und nach ihm benannte Gilles de la Tourette-Syndrom ist ein relativ seltenes Krankheitsbild, das etwa vom 10. bis 16. Lebensjahr auftritt. Kennzeichen für das Syndrom sind multiple motorische Tics und unprovokierte Laute, vokale Äußerungen, die sich bis zum Hinausschreien von

Obszönitäten entwickeln können. Ein Symptomwandel ist typisch. Die Verlaufsbeschreibungen zeigen häufig eine sich verschlechternde Entwicklung auf, die eine Dauerhospitalisation der Kranken notwendig macht. Auch Übergänge in eine schizophrene Erkrankung wurden beobachtet (*Bockner*, 1959). Berichtet wird auch von seltenen Spontanremissionen oder Teilbesserungen der Tic-Symptomatik (*Fernando*, 1967). Ätiologisch wird aus psychiatrischer Sicht, obwohl bei neurologischen und elektroencephalographischen Untersuchungen pathologische Auffälligkeiten fehlen, eine organische Ursache des Syndroms angenommen. Therapeutisch wird im wesentlichen über pharmakologische Maßnahmen und symptomorientierte Verhaltenstherapie berichtet. Auch psychoanalytische Autoren haben sich mit der Ätiologie des Syndroms befaßt. *Mahler* (1949) kommt zu dem Urteil, daß die Tics die physiologische Begleitung eines affektiven Spannungszustandes sind. *Mitscherlich* (1963) hebt hervor, daß es durch die Hemmungen im affektiven Bereich zu Dauerspannungen kommt, die zur Automatisierung des Tics beitragen. In einer ausführlichen Arbeit hat *Hering* (1972) sich mit den ätiologischen Faktoren befaßt und mit zwei Fallbeispielen belegt. Seine Untersuchungen zeigen unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten folgende Ursachen auf. Sie bestehen erstens in einer schweren Behinderung der intentionalen Entwicklung. Die Patienten erleben Menschen als ängstigende fremde Wesen, die Welt wirkt feindselig. Die Folge ist Isolierung und Ausbildung eines ausgeprägten Narziß-

* Frau Dr. Bolk-Weischedel, die die psychoanalytische Supervision der Psychotherapie von Simon durchführte, verdanke ich wertvolle Einsichten in die Psychodynamik dieser Erkrankung.

mus. Die zweite primäre Ursache liegt in der Behinderung der motorisch aggressiven Entwicklung. Die stark verunsicherten Patienten haben daher keine Möglichkeit, mit ihren motorisch aggressiven Impulsen Erfahrungen zu machen, was zu Fehl- und Riesenerwartungen führt. Nach *Herings* Auffassung stellen die Fehlerwartungen die stabilisierenden Faktoren des Krankheitsbildes dar. Sie lösen ständig kleine Enttäuschungsaggressionen aus, die zu einer affektiven Gespanntheit führen und von einem erhöhten Muskeltonus begleitet werden.

Schleiffer (1981) findet bei seinen Patienten mit Gilles de la Tourette-Syndrom Borderline-Strukturen. Bei ihnen prägt nach *Kernberg* (1978) ein Übermaß nicht neutralisierter Aggressionen prägenitalen Ursprungs die Phantasien und das manifeste Verhalten. Die Patienten werden daher als Menschen angesehen, die zwischen einzelnen Gefühlen nicht differenzieren können, sondern bei Verunsicherungen mit Unruhe und aggressiven Entladungen reagieren. Ihre passiven Riesen- und Fehlerwartungen und ihr oberflächliches Geltungsbedürfnis machen eine Kontaktaufnahme schwierig. In den geschilderten Fallbeispielen wird die Psychodynamik der Erkrankung deutlich; psychotherapeutische Prozesse wurden bisher jedoch nicht aufgezeigt.

In der vorliegenden Arbeit wird daher ein Behandlungsverlauf beschrieben. Die schwere Störung des 10jährigen Kindes macht eine Doppelfunktion der Therapeuten als Übertragungs- und Identifizierungsobjekt notwendig, um eine tiefe Regression und die Austragung der in der Mutter-Kind-Beziehung umgangenen Konflikte zu ermöglichen. Im Verlauf der Behandlung kann sich dann ein Wandel der psychopathologischen Auffälligkeiten des Jungen im Zusammenhang mit der Bewältigung der intrapsychischen Konflikte und der allmählichen Nachreifung vollziehen. Die Behandlung wird ambulant in einer psychiatrischen Klinik durchgeführt, in der es möglich ist, den Patienten nach seiner vorübergehenden Ausschulung in der hauseigenen Schule zu unterrichten.

2. Falldarstellung

2.1 Symptomatik und Vorgeschichte

Nach Angaben der Eltern muß *Simon* in unbestimmten Situationen mit wechselnder Intensität ticartig mit den Augen rollen, das Gesicht grimassenartig zusammenziehen und kreischende Töne ausstoßen. Zeitweilig habe er auch heftig geatmet, als ob er Atemnot habe. Zu Beginn und während der Behandlung hat er Tics mit fuchtelnden und stoßenden Armbewegungen und schwere Grunztics. Seit Ausbruch der Tic-Symptomatik ist es zu einem partiellen Leistungsversagen in der Schule gekommen. Diktate und andere schriftliche Arbeiten sind mit Sprechblasen, in denen Mord und Rache steht, und mit Zeichnungen mit folgendem Inhalt versehen: Schiffsschlachten, Kriegsgemetzel, erhängte und erdolchte bluttriefende Gestalten, Folterkammern, in denen Vampire

ihr Unwesen treiben, und Monster, die mit den Menschen kämpfen. *Simon* beteiligt sich kaum noch am Unterricht, er wirkt abwesend, bei den mündlichen Leistungen zeigt er große Unsicherheit. Er bemüht sich ständig um freundschaftliche Beziehungen zu den Mitschülern, die ihn wegen seiner Auffälligkeiten ablehnen und verspotten. Außerhalb seines Elternhauses ist *Simon* von jeher ängstlich und unsicher gewesen. Er gerät in panikartige Angstzustände, wenn er sich auf neue Situationen einstellen muß. Er ist nicht in der Lage, alleine eine Strecke mit dem Bus zu fahren, weil er befürchtet, der Bus könne woanders hinfahren oder er könne während der Fahrt vergessen, wo er aussteigen muß. Außerdem fahre mit dem Bus soviel „Gesindel“, das eine Schlägerei anfangen könne. Er beginnt heftig zu weinen, wenn die Eltern abends weggehen, da er befürchtet, sie könnten sterben. Er äußert auch, er würde Selbstmord begehen. Abends kann er nicht einschlafen, da er sich vor den schlimmen Träumen fürchtet.

Primordialsymptomatik: Seit dem 4. Lebensmonat bis zum 4. Lebensjahr eine Neigung zu Allergien, bis 5½ Jahre eine Enuresis nocturna, schwere Jaktationen bis zur Einschulung sowie starke Trennungsängste und Erbrechen. Bei der neurologischen Untersuchung wird kein pathologischer Befund festgestellt. Auch das EEG ist unauffällig. In der testpsychologischen Untersuchung wird eine überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit mit einem IQ von 138 im HAWIK festgestellt.

Simon wird nach mehreren problematischen Ehejahren geboren. Die Mutter des Patienten wächst als Einzelkind in einer Familienatmosphäre auf, die von Haß und Angst geprägt ist. Sie lebt in einer symbiotischen Beziehung mit ihrer Mutter, aus der sie sich bis zur Vorstellung des Patienten noch nicht lösen kann. Zu ihrem Vater hat Frau H. als Kind keine gute Beziehung. Er wird von der Großmutter dämonisiert und als brutaler Egoist bezeichnet. Mit diesen Vorwürfen kann die Großmutter ihren Mann in den Hintergrund drängen, er zieht sich von der Familie zurück und bestätigt durch seine aggressiven Durchbrüche das von seiner Frau aufgezeigte negative Bild. Durch die Heirat versucht Frau H., sich aus der engen Beziehung zur Großmutter zu lösen. Nach der Heirat muß sie jedoch feststellen, daß dieser Versuch mißlungen ist. In der eigenen Wohnung, die in einem anderen Stadtteil liegt, lebt sie während der Woche nur für den Besuch am Wochenende im Elternhaus. Der Vater des Patienten wird als nicht eheliches Kind einer berufstätigen Mutter groß. Die Mutter hat für ihn wenig Zeit. Er ist froh, wenn sich überhaupt jemand um ihn kümmert. Daher ist er bereit, den Bedürfnissen seiner Frau nachzugeben, ins Haus der Großeltern zu ziehen, da sich durch den Umzug auch sein Wunsch nach Anlehnung an den Großvater erfüllt. In der Lebensgemeinschaft mit den Großeltern dominieren die Frauen, und die Männer werden abqualifiziert. Der Großvater, ein ehemaliger Seefahrer, als sexhungriges Monster, der Vater als dummer Trottel. Als Junge ist *Simon* nur vom Großvater erwünscht. Die Geburt des Jungen und seine Vitalität lösen in der Mutter Ängste aus, ihn nicht satt zu bekommen,

was in diesem Lebensabschnitt das sich ausbildende emotionale Vertrauen und die Bindungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Die heftigen expansiven motorischen Betätigungswünsche von Simon lösen in den Eltern und der Großmutter die Angst vor Beschädigung und Verletzung aus und führen dazu, daß im gesamten Haus alle Ecken und Kanten mit Schaumstoff ausgepolstert werden. Diese massive Einengung verhindert bei Simon ein Umgehen mit der eigenen Kraft und den Umgang mit den motorischen Grenzen. Sie hat zur Folge, daß er emotionale Sicherheit zu Menschen und den Umgang mit motorisch-aggressiven Impulsen nicht entwickeln kann. Die bereits vorausgegangene krisenreiche Entwicklung und die pathogene Familienatmosphäre machen eine normale ödipale Entwicklung unmöglich. Der schwache, sich der offiziellen Moral der Frauen beugende Vater bietet ihm keine positive Identifikationsmöglichkeit. Der Großvater, der ihn mag und ihn als Jungen bestätigt, stirbt auf dem Höhepunkt der ödipalen Entwicklung von Simon. Die Ablehnung in der Schule und der zusätzliche Druck scheinen in der krisenreichen Entwicklung des Jungen der Tropfen zu sein, der das Faß zum Überlaufen bringt. Die Tics sind der Notschrei eines unsicheren und ständig eingegengten Kindes.

2.2 Verlauf der Behandlung

Der ängstliche Junge

Zur ersten Therapiestunde wird Simon von seiner Mutter gebracht. In meinem Zimmer setzt er sich ängstlich auf die Stuhlkante, er weicht meinem Blick aus, wirkt unruhig und getrieben. Simon berichtet, daß er seinen Entschluß zur Therapie zu kommen, schon bereut habe. Er habe nachts vor Aufregung nicht mehr schlafen können. Unmittelbar nach all seinen Bedenken sagt er seufzend: „*Hoffentlich haben Sie Verständnis für eine Heulsuse wie mich.*“ Während er mit mir spricht, verzieht er grimassenartig sein Gesicht und rollt mit den Augen, stößt dabei unartikulierte Laute aus. Ohne die verschiedenen Spiele sich weiter anzuschauen, greift er zum Konterball, einem Schieß- und Abknallspiel. Nach anfänglicher Gehemmtheit spielt er mit sichtlichem Spaß. Jeder Schuß scheint als lustvoller aggressiver Durchbruch erlebt zu werden, der durch ein lautstarkes „Peng“, durch eine ausdrucksstarke Mimik und ein Mitgehen in der gesamten Körperhaltung begleitet wird. Dabei erzählt er von seiner großen Faszination für Krimis, Horrorgeschichten wie Frankenstein, Drakula und Science-Fiction-Filme. Seine Eltern können nicht verstehen, daß er sich für solche Filme interessiere. Sie verbieten ihm, diese Filme zu sehen mit der Begründung, er bekomme davon Angstträume. „*So ein Quatsch, ich träume mich doch immer als Held, der die anderen vernichtet und der mit Fäusten und üblen Tricks aus jeder schlimmen Situation herauskommt.*“ Beim Konterballspiel und den Erzählungen sind die Tics verschwunden, die Angst ist kaum noch zu spüren. Am Ende der Stunde stellt Simon erleichtert fest: „*Ich weiß überhaupt nicht, warum ich solche Angst hatte.*“

Ich möchte auf die erste Therapiestunde und die Phantasien ausführlicher eingehen, da die Themen die unbewußte Problematik im ersten Behandlungsabschnitt vorwegnehmen und in Variationen immer wieder auftauchen. Der Beginn der Therapie und die damit verbundene Kontaktaufnahme zu einer ihm fremden Person scheint Simon aufgrund seiner früheren Beziehungsstörung auf bedrohliche Weise zu verunsichern. Die alten Erfahrungen werden wieder belebt und mobilisieren zugleich depressiv-resignative sowie wütend-erregte Gefühle, die wegen ihrer archaischen Form verdrängt werden, und die in ihm die Tics und die panische Angst provozieren.

In der zweiten Stunde entdeckt Simon ‚Stratego‘, ein Kriegsspiel, das er bis zur 18. Stunde regelmäßig spielt. Die Stunden wirken wie ein festgelegtes Ritual. Hinter einem Bombengürtel in einer Festung mauert er seine schlagkräftigen Soldaten ein; mit dem Rest der Mannschaft veranstaltet er eine Art Scheingefecht. Wenn ich ihm mit meinen Figuren zu nahe komme, fliege ich in die Luft oder meine Bombenentschärfer werden sofort vernichtet.

Nachdem vorsichtige Deutungen von ihm überhört werden, greife ich aktiv ins therapeutische Geschehen ein und unterbreche das Ritual. Mit dieser Intervention will ich die in der Behandlung wieder auftretenden Vermeidungsstrategien verhindern, mit denen Simon die gefürchteten Kränkungen oder den Verlust des geliebten Objektes umgehen will. Er soll mit mir in der Therapie die Möglichkeit haben, den in der Mutter-Kind-Beziehung umgangenen Konflikt auszutragen, um den Umgang mit den eigenen Aggressionen zu üben und diese zu neutralisieren.

Simon ist durch mein Eingreifen zunächst irritiert, dann wird er ärgerlich. Ich hätte gesagt, er könne in den Stunden spielen, was er wolle. Dabei hat er starke Gesichtstics. Er entschließt sich zunächst unwillig, mit den Kasper-Puppen zu spielen, was für ihn in den nächsten Stunden die bevorzugte Form der Konfliktbewältigung bleibt und ihm zunehmend mehr Spaß macht. In den verschiedenen Spielen weist er mir die Rollen von Räubern, Banditen und prügelnden Jungen zu, die seine abgewehrten aggressiven, räuberischen Impulse personifizieren. Diese Impulse werden von ihm so bedrohlich erlebt, daß er sie im Spiel nicht direkt ausagieren kann. Er selbst wählt die Figuren des überlegenen aber listigen Professors, des gerechten Rächers in der Gestalt von Polizisten und Jägern oder des um Gerechtigkeit bemühten Kaspers. Bezeichnend ist, daß Simon mich in allen Rollen den Bösen, den Aggressiven, aber letztlich auch den Unterlegenen spielen läßt.

Das Monster tritt auf

In der 29. Stunde kommt es zu einer bedeutsamen Wende. Er malt erstmals ein Bild, das seine verdrängte Aggressivität deutlich macht, was er bisher ängstlich vermieden hat.

Simon malt die altgriechische Stadt Atlantis, in der die Leute friedlich leben, bis ein Monster auftaucht. Es ist so stark und so

gewaltig, daß die Tempel Risse bekommen, wenn es nur einen Schritt macht. Die Leute bekommen Angst, versuchen das Monster aus der Stadt zu vertreiben, sie beschießen es mit Laser-Strahlen. Das Monster scheint die Laser-Strahlen in sich aufzunehmen und dadurch noch gefährlicher zu werden. Die geängstigten Leute jagen Raketen und Düsenjäger auf das Monster. Es wird verletzt, aber aus der Wunde kommt nicht Blut, sondern schwarze Scheiße. Das Monster wird ärgerlich, zerquetscht mit den Händen die Düsenjäger, aus der Nase kommt Giftgas. Das Flugzeug verglüht, alles explodiert. Die Stadt fällt zusammen, die Leute flüchten.

Simon muß beim Malen grimassenartig sein Gesicht verziehen, er hat dabei einen starken Speichelfluß. Er wirkt beim Malen wie ein Monster. Am Ende der Stunde fragt er ängstlich: „*Macht es Ihnen nichts aus, wenn ich solche Geschichten male?*“. Als ich dies verneine, scheint er erleichtert zu sein. In dieser Stunde ist der Bann gebrochen. Simon hat es nicht mehr nötig, sich einzumauern oder seine aggressiven Impulse an mich zu delegieren. Er kann auf seine zwanghafte Abwehr verzichten, er kann sich öffnen und sich als zerstörerisches Monster zeigen, das man nicht lieben kann, von dem die Leute weglaufen und dem sie feindlich gesonnen sind. Er ist mit diesem Schritt übertragungsbereit geworden. Die bisher im Hintergrund gebliebenen oralen Bedürfnisse drängen an und leiten eine neue Phase der Therapie ein.

Durch die Sümpfe der Depression

Die nun beschriebene Therapiephase umfaßt einen Zeitraum von etwa 30 Stunden. Sie war für mich, aber sicher auch für Simon, die schwerste. Schwierig für mich war, ein optimales Maß an Nähe und Distanz, das Simon von mir brauchte, einzuhalten und das unstrukturierte Nebeneinander unterschiedlicher Gefühlszustände auszuhalten. In der 32. Stunde verlagert er sein Spiel in den Sandkasten. Er füllt ihn mit Wasser, um darin Boote schwimmen zu lassen. Die Verlagerung des Spiels in ein anderes Element unterstreicht die regressive Entwicklung in dieser Therapiephase. Ich gebe eine Zusammenfassung der sich in den Stunden häufig wiederholenden Geschichten. Es dauert lange, bis eine Wandlung der sich wiederholenden Kämpfe anzeigt.

Beim Bootefalten fragt mich Simon, ob ich auch ein Piratenschiff falte. Auf mein „Ja“ antwortet er: „*Das ist gut, zu zweit sind wir stärker*“. Wir fahren mit unseren Booten umher, wir sind hungrig und suchen nach Nahrung. Als wir Land entdecken, sind wir erleichtert, bald werden wir etwas zu essen bekommen. Die Bewohner der Insel rufen uns zu, wir seien ihnen lästig, sie erleben uns als gefährlich. Beim Anlegen am Strand zünden sie unsere Boote an, die dann verbrennen. Wir haben keine Zeit, an Land zu gehen, sondern treiben auf einem Holz auf dem Meer. Nach dem ängstigenden Umhertreiben landen wir auf einer verlassen Bohrinsel mitten im Meer, wir atmen erleichtert auf. Simon stapelt Papier, zündet es an und erzählt dazu: „*Auf der Bohrinsel ist Feuer ausgebrochen, wir müssen uns beide in einen feuerfesten Bunker zurückziehen*“. Er ist dabei ziemlich erregt: „*Ob der Bunker wohl hält?*“. Ich antworte ihm, daß ich ganz sicher bin, Simon scheint dies nicht zu genügen. In den folgenden Stunden überprüft er immer wieder aufs neue meine Verlässlichkeit. Wir werden weiterhin in unserem feuerfesten Bunker be-

droht. Inzwischen hat sich soviel Hitze entwickelt, daß Teile der Bohrinsel explodieren. Immer wieder kommt die bange Frage, ob der Bunker wohl hält; unser Bunker hält. Nachdem das Feuer gelöscht ist, bauen wir die Bohrinsel neu auf und erweitern sie. Doch schon beim Ausbau kommt Sturm auf, und die Flut wird stärker. Wir versuchen, uns vor der Flut in den Bohrturm zu retten. „*Auch hier können wir nicht bleiben, wir sind vor nichts sicher*.“ Simon bewegt so lange das Wasser, bis der Bohrturm ins Wasser fällt. Resigniert sagt er dann: „*Der Flut ist keiner gewachsen, sie ist unberechenbar*“.

In dieser regressiven Phase werde ich auch zum Piraten, der gefährliche oral aggressive Impulse hat und deshalb verjagt wird. Durch das Gefühl der Einheit im Bunker, wo wir beide dem Rest der Welt und ihren Gefahren Widerstand leisten, zeigt sich in der Therapie die Suche nach Neuem an. Die Angst vor der gefährlichen Oralität wird mit Hilfe der Abwehrmechanismen Introjektion und Projektion bewältigt. Zu Hause fällt Simon durch eine fordernde Haltung und verstärkte Freßsucht auf. Die erlebte Nähe im therapeutischen Raum, die zu einer Stärkung seines Selbstwertgefühles führte, bekommt in dieser Zeit eine gefährliche Tönung, wobei gleichzeitig verdrängte oral aggressive Impulse wiederbelebt werden. In der folgenden Zeit muß Simon, wenn er sich von mir verabschiedet, zwei- bis dreimal wieder zurückkommen und nachschauen, ob ich noch im Raum bin. Als ich ihn nach dem Grund frage, teilt er mir mit, daß er sich speziell auf dem Heimweg Geschichten von Urmenschen ausdenkt. Urmenschen können, wenn sie gereizt werden, andere verschlingen. Er müsse nachschauen, ob ich noch da sei. Auf dem Heimweg geht er dann zwei Schritte vor und einen Schritt zurück, damit die Befürchtungen nicht eintreten. Zu Hause kommt es teilweise zu Nahrungsverweigerung und zu schweren Grunz- und Schrei-Tics, die vorübergehend zu seiner Ausschulung führen.

Simon gebraucht die Introjektion als primitive Abwehrmaßnahme. Für ihn bedeutet Einssein mit dem Objekt die Vernichtung des Objektes, was in ihm Angst mobilisiert, die er mit magischen Ritualen (Schritte) und durch Impulsabwehr der sadistischen Triebe (Nahrungsverweigerung) bewältigen muß. Es kommt zu einer neuen Symptomatik, er bekommt Grunz- und Schreit-Tics, mit denen er auf sich als gefährliches „Maul“ aufmerksam macht und gleichzeitig davor warnt.

In den Therapiestunden nehmen die Spiele nun einen sadistischen Charakter an. Simon hat im Sandkasten eine schlammartige Masse hergestellt, in der die letzte Etappe der Marne-Schlacht stattfindet. Wir beide sind ein „kümmerliches Häufchen“ von Soldaten in der letzten Etappe der Schlacht, die im Grunde schon verloren ist. Die Truppe ist versprengt, es gibt keinen Nachschub mehr, weder Waffen noch Nahrung. Die Einöde bietet uns auch keine Möglichkeit, die notwendige Nahrung zu besorgen. Wir haben uns in die Schlammlöcher zurückgezogen und kämpfen mit den letzten Kräften, es gibt keine Chance für uns, wir versinken in unseren Schlammlöchern.

Jetzt symbolisiert die Landschaft, die in der analytischen Literatur häufig für den menschlichen Körper steht und dessen vielfältige Aspekte ausdrückt (Rudolf, 1972), in Simons Spielen die projizierte gefährliche ag-

gressive Oralität. Das Gefühl, im therapeutischen Raum alle grausamen und ängstigenden Phantasien mitteilen zu können, ohne die konstante teilnehmende Bezugsperson zu verlieren, macht den Weg von der destruktiven zur selektiven Identifikation (Jacobsen, 1977) frei. Die Oralität verliert in der Therapie allmählich ihre Gefährlichkeit und kann in das Ich integriert werden. Zur Veranschaulichung wieder eine gespielte Geschichte.

In der 55. Stunde wirft Simon alle Soldaten aus dem Sandkasten. Der Krieg ist zu Ende. Wir stehen jetzt an der gleichen Stelle, wo vor Jahren die Marne-Schlacht stattgefunden hat. Wir bauen uns ein Haus, in dem wir geschützt sind, und bepflanzen den dazugehörigen Garten mit Gemüse und Beeren. Alles ist friedlich. Wir liegen im Garten und lassen uns von der Sonne bescheinen und essen unsere Mahlzeiten, als ein Traktor an unserem Haus vorbeikommt. Ich frage Simon, ob das ein Kriegsfahrzeug war. „Nein, der Krieg ist vorbei, der Traktor fährt zur Kartoffelernte.“ Am Abend ziehen wir uns ins Haus zurück. Simon zieht die Gardinen zu, und wir genießen bei Kerzenlicht die gemütliche und intime Atmosphäre. Das Spiel und der verbale Kontakt verlieren für kurze Zeit ihre Bedeutung.

Hier hat sich auf regressivem Wege die frühe Zweier-Beziehung konstituiert. Er kann sich mir ohne Angst überlassen, ein Stück positive Identifikation (Hartmann, 1972; Jacobsen, 1977) kündigt sich an, zu deren Gunsten die archaische Identifikation aufgegeben werden kann.

Der Rächer tritt auf

In den nun folgenden Therapiestunden hat Simon meine Bestätigung nicht mehr nötig. Damit setzt er eine Distanz zwischen sich und die Umwelt, die in der vorangegangenen Phase noch undenkbar gewesen wäre. Seine Spiele und seine Handlungen haben etwas Lautes und Triumphierendes, er dokumentiert in seiner Haltung: „Ich mache, was ich will, ich kann alles, und niemand wird mich daran hindern“. Er geht aktiv an seine Mitmenschen heran und verfällt nicht mehr in depressive Hilflosigkeit. In den Therapiestunden fordert er mich zum Kampf heraus. Er verzichtet jetzt auf mich als Alliierte, er selbst ist ein bekannter, immer siegreicher Feldherr. Auch auf der realen Ebene wird ein anderes Verhalten deutlich. Simon hält sich nicht mehr so oft zu Hause auf, sondern stromert in der Umgebung umher. Die aggressiven Spiele sind jetzt auch Abflußventil für die aufgeregten inneren Erregungszustände.

Für mich ist zunächst unverständlich, warum die Tics, die lange Zeit behoben waren, in dieser Phase zu Hause wieder auftreten. Simon ist mit der Mutter sechs Wochen alleine. Der Vater macht eine Kur. Nach der Rückkehr des Vaters setzten die Tics wieder ein, und zwar stößt er ausschließlich nachts, wenn er am Schlafzimmer der Eltern vorbeigeht, grunzende Laute aus. Ich bekomme die freiwerdende Aggressivität und seinen Herrschaftsanspruch sehr direkt zu spüren:

Simon besucht in dieser Zeit noch zusammen mit anderen Kindern der Station die Klinikschule. Eines Tages kommt er ziemlich aufgebracht zur Therapiestunde. Von den Mitschülern hat er gehört, daß ein Junge namens Simon heute stationär auf-

genommen werde. Er faucht mich an: *Sie glauben doch nicht, daß Sie heimlich einen Aufnahme Termin ausmachen können*“. Als ich ihm sage, daß ich dies auch nicht getan habe, hier muß es sich um einen Jungen mit einem gleichen Namen handeln, läßt er sich nicht beeindrucken, er wütet weiter. Er ist der Chef einer Bande, die mich pausenlos überwacht, ihm bleibt nichts verborgen. „*Bis jetzt haben wir dank meines Scharfsinns immer gewonnen*“, dann mit Nachdruck „*mich schlagen Sie nicht, ich gewinne immer*“. Plötzlich sagt er zwischen den Sätzen ticartig „*Ficken und Vergewaltigung*“. Ich versuche, das angebotene Thema Sexualität aufzugreifen. Voller Wut nimmt er eine Handvoll Sand, wirft den Sand auf meinen Schreibtisch und schreit: „*Sie alte Sau, Sie sind an allem schuld, bei Ihnen fallen mir nur schweinische Sachen ein, zu Hause käme ich nie auf die Idee, aus Ihrem Schandmaul kommt nur Scheiße!*“ Dann greift er zum Plastikschwert, ich habe mir eine Lanze gegriffen, und ein wilder Kampf beginnt, bei dem Simon immer wieder auf mein Genital zu zielen versucht. Dabei sagt er „*Vergewaltigung*“.

Nach dieser Therapiestunde wird die Symptombildung nun verständlicher. Gemäß seinem Entwicklungsstand in dieser Phase der analen Bemächtigung werden sexuelle Vorstellungen als „schweinische Vorstellungen“ abgewehrt. Das Verdrängte erscheint in der Symptomatik wieder. Simon grunzt wie ein Schwein, wenn er am Schlafzimmer der Eltern vorbeigeht. In den Therapiestunden werden die „schweinischen Vorstellungen“ zunächst auf mich projiziert. Das Ausagieren der andrängenden Impulse ist Simon auf dem Boden einer tragfähigen Übertragungsbeziehung möglich. Damit vollzieht er den Schritt von der analen Aggression zur phallischen Aggression. Die starke Verdrängungsdecke ist gerissen und macht in den folgenden Stunden ein Gespräch über Sexualität möglich. Das Erleben der Sexualität ist für ihn stark sadistisch gefärbt. Die Vorstellungen von Geschlechtsverkehr werden mit Scham und Ekelgefühlen zunächst abgewehrt. Immerhin hat er erstmals den Mut, sich von seinen Eltern sachliche Informationen zu holen. Nach diesem Gespräch sind fast schlagartig die Tics wieder verschwunden.

In den folgenden Stunden thematisiert Simon vor allen Dingen feindselige Gefühle gegenüber Frauen und Mädchen. Voller Haß werden in den Spielen die gefährlichen Frauen erledigt, sie werden bestialisch ermordet und erniedrigt, als Geisel benutzt und anschließend gefühllos erschossen, werden klein und hilflos gemacht, sie haben untergeordnete niedrige Funktionen zu erfüllen, in denen sie nicht gefährlich werden können. Zu Hause kommt es zu aggressiven Durchbrüchen, nachmittags schnappt er sich eine Puppe, die er im Wald mit vielen Messerstichen durchbohrt. Auch mir gegenüber hat er „wilde Rachegedanken“, berichtet die Mutter. Er nimmt sich vor, ein Messer mit zur Therapie zu nehmen, um mich zu erstechen. In den Therapiestunden gelingt es mir, die aggressiven Impulse zu entschärfen, indem wir sie gemeinsam im Spiel ausagieren.

Die Befreiung

Die Therapiestunden haben jetzt eine ungeheure Wichtigkeit, der Krieg geht weiter. Jeder muß seine Armee aufrüsten, ich bekomme die Rolle des kampfunfähigen alten und kranken Ter-

rorherrschers. Simon schreit: „Wir werden immer mächtiger, jedes Wehren ist aussichtslos. Wir schießen jetzt mit Laser-Strahlen und brennen Euch von innen aus“.

Sensibel hat Simon seine eigene ödipale Situation erfaßt. Mit dem Vater lohnt sich ein aktiver Kampf nicht, er ist alt und krank im Zelt (der Vater weicht tatsächlich in Konfliktsituationen damit aus, alt und verkalkt zu sein). Der eigentliche Kampf muß mit der Tochter (Mutter) und der Königin (Großmutter) ausgefochten werden.

Zur nächsten Seeschlacht muß ich mich als Königin an den Hafen setzen und ansehen, wie meine Schlachtschiffe verbrennen. Die Leibgarde beginnt dann mit dem Aufstand. Vier Soldaten werfen die Königin ins Hafenbecken und ertränken sie: „Die ist entleert“. Nun befreien die Soldaten das Land von der Terrorherrschaft der Königin, ihr Palast wird verbrannt und dann die Terrorgesetze. Simon ruft: „Die hängen in jeder Kneipe und in jedem Haus, sie müssen eingesammelt und verbrannt werden, dann wird ein junger und gerechter König regieren, ein König des Volkes“.

Simon fühlt sich jetzt so mächtig, daß jedes Wehren aussichtslos ist, was sicher auch heißt, daß er die Mutter als verschlingendes und infantilisiertes Objekt nicht mehr fürchtet.

Mir kommt es so vor, daß mit dem Wachsen der Flammen, mit denen er Stunde um Stunde die Terrorgesetze verbrennt, seine männlich aktive Seite wächst. Nach den Erkenntnissen von Gerson und Schwidder (1953) liegt eine mehrfache Determinierung des Feuererlebens vor, die Stauung aggressiver, aber auch sexueller Impulse. Für Simon sind die Flammen vermutlich Ausdruck der Spannungsabfuhr von gehemmten aggressiven und sexuellen Impulsen.

Nach der Befreiung von den Terrorgesetzen der Königin fährt Simon mit seinen Eltern in den Urlaub. Er findet spontan Kontakt zu zwei gleichaltrigen Mädchen, mit denen er während der Urlaubszeit spielt, u. a. auch Hochzeit. Seine Revolution, wie er die Therapie nachträglich nennt, wird mit dem Kampf um Troja in der 90. Stunde beendet:

Simon spielt den klugen Odysseus, der mit List ein hölzernes Pferd mit seinen Soldaten in Troja einschleust. Nachdem alle betrunken sind und schlafen, öffnet er das Holzpferd und der Kampf beginnt, den er natürlich für sich siegreich entscheidet. Bevor er mit der schönen Helena wegreitet, wird Cassandra, das nörgelende angstmachende Weib, auf dem Scheiterhaufen verbrannt. Ihr „Kadaver“ wird zur Mahnung vor der Stadt aufgespießt.

Auf der Basis seines neuen Sicherheitsgefühls müssen nun sexuelle und Zärtlichkeitswünsche nicht mehr verleugnet werden. Die Beziehung zu Mädchen kann adäquat aufgenommen werden, er kann mit ihnen Hochzeit spielen, oder wie im Spiel die Geliebte aus der Gefangenschaft befreien. Die Ablösungsphase zieht sich über einen Zeitraum von zwei Monaten hin, in der Simon nur einmal wöchentlich zur Therapie kommt. Diese Phase ist gefühlsmäßig geprägt von Ambivalenz. Einerseits freut er sich über seine Selbständigkeit und sein Selbstver-

trauen, andererseits empfindet er Trauer über den Verlust einer Beziehung. Auch tauchen Fragen und Zweifel auf, ob er wohl ohne Therapie schwierige Situationen meistern werde oder wieder seine „Macken“ bekommen werde.

Wie ich vier Jahre später von der Mutter erfahre, sind seine Bedenken unnötig. Simon ist symptomfrei, hat altersgemäße Interessen und Kontakte und besucht bei guten Schulleistungen das Gymnasium.

3. Zum Verlauf der begleitenden Psychotherapie mit den Eltern

Therapeutisches Ziel in den Gesprächen mit den Eltern ist es, ihnen eigene Ängste zugänglich und erlebbar zu machen. Die Mutter ist zunächst voller Ungeduld, sie will ein rasches Ergebnis haben, zweifelt am Ergebnis der Therapie überhaupt. Ihr Mißtrauen und ihr anfängliches Agieren wirken sich in der Anfangsphase hemmend auf die Therapie und Simons expansive Entfaltung aus. Erst als ihr häufigere Gespräche angeboten werden mit der Überlegung, daß sie diese Gespräche braucht, um die symbiotische Beziehung mit der Großmutter lösen zu können, hört ihr Agieren auf. Wir besprechen die schrittweise Überwindung der Hindernisse. Kleine Erfolge und Auseinandersetzungen mit der Großmutter ermutigen sie zu mehr. Mit der sich anbahnenden Lösung von ihrer Mutter kann sie sich positiver mit der eigenen Mutterrolle auseinandersetzen. In dieser Zeit zeigt sich, daß die Großmutter begrenzt, aber immerhin noch lernfähig ist, daß sie sich auf neue Situationen einstellen kann, ohne zu dekomensieren. Es wird ihr möglich, Simon mehr Freiheit zuzugestehen und seinem Selbstbehauptungsbedürfnis gelassener gegenüberzustehen.

Auffallend in den Gesprächen mit dem Vater ist seine aggressive Gehemmtheit und eine gewisse masochistische Einstellung, die sich hemmend auf den Fortgang der Behandlung auswirkt. In Form von uninteressierter Passivität entzieht er sich in den Gesprächen, um seiner Angst vor einem schutzlosen Ausgeliefertsein zu entgehen. In den Reflexionen wird ihm seine Einengung und die Verzichtleistung der eigenen Kindheit deutlich. Die daraus entstandene Neidreaktion und unbewußte Aggressionen, die er bisher an Simon abreagiert, können danach stärker zurückgenommen werden.

Summary

Psychoanalytic Treatment of a ten-year-old Boy suffering from Tourette's Syndrome

After a short review of insights into etiology and course of Tourette's syndrome this paper describes psychoanalytic treatment of a ten-year-old boy suffering from the syndrome. The case-report demonstrates an improvement of psychopathological symptoms due to coping with intra-physic conflicts and maturation of the

patient. Treatment comprised one hundred sessions of individual therapy and thirtyfive sessions of counseling of the parents. Follow-up examination after four years demonstrated enduring treatment effects.

Literatur

Bockner, S. (1959): Gilles de la Tourette's Disease. In: J. ment. Sci. S. 1078–1081. – *Dührssen, A.* (1973): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – *Eisenberg, G., Asher, E. and Kanner* (1958): A Clinical Study of Gilles de la Tourette's Disease in Children. In: Amer. J. Psychiat. S. 715–723. – *Fernando, S.J.M.* (1967): Gilles de la Tourette's Syndrome. In: Brit. J. Psychiat. S. 607–617. – *Hartmann, H.* (1972): Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett-Verlag. – *Heigl, F.* (1955): Ein Fall von generalisiertem Tic. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 3. S. 200–205. – *Hering, A.* (1971): Zur Ätiologie der Gilles de la Tourettes Erkrankung. In: Ztsch. Psychosomat.

Medizin, S. 244–270. – *Jacobsen, E.* (1977): Depression. Frankfurt. – *Kernberg, O. F.* (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt. – *Mahler, M. S.* (1949): A Psychoanalytic Evaluation of Tic'in Psychopathology of Children, Symptomatic and Tic-Syndrome. Psychoanal. Study Child, S. 279–310. – *Mahler, M.* (1972): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Verlag. – *Mitscherlich, M.* (1963): Beitrag zur Psychologie des Tic und des Torticollis spasticus. In: Adv. Psychosomatische Med. 3, S. 203–207. – *Rudolf, G.* (1971): Zur Psychologie der Horrorkliteratur. In: Ztschr. Psychosomat. Medizin, S. 205–219. – *Schwidder und Gerson* (1953): Ein jugendlicher Brandstifter. In: Prax. Kinderpsychol. Psychiat., 2, S. 202–212. – *R. Schleiffer* (1981): Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms In: Prax. Kinderpsychol. Psychiat., 31, S. 196–204.

Anschr. d. Verf.: Ursula Schattner-Meinke, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Abt. für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin, Platanenallee 23, D-1000 Berlin 19.