

Hopf, Hans H.

Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit prä- ödipalen Störungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 4, S. 154-160

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31041

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>Zschesche, 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	

Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit prä-ödipalen Störungen

Von Hans H. Hopf

Zusammenfassung

Neben dem freien Spiel kommt der Trauminterpretation in der Kinderpsychoanalyse nur eine untergeordnete Rolle zu. Dies hat vielfältige Ursachen, der wichtigste Grund dürfte wohl sein, daß es kaum gelingt, Kinder zum verbalen Assoziieren anzuleiten.

Seit *Eriksons* bahnbrechender Arbeit (1955) hat sich das Interesse innerhalb der Psychoanalyse zunehmend auf die im manifesten Traum sichtbar werdenden Ich-Strukturen und Ich-Leistungen verlagert. Damit kommt einer Verwendung des Kindertraums für die Diagnose und die Therapie, insbesondere bei prä-ödipalen Störungen, eine ganz neue Bedeutung zu. Im vorliegenden Beitrag wird aufgezeigt, wie sich Träume in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in verschiedenster Weise nutzen lassen: So können mit Hilfe des manifesten Traumes die Subjekt-Objekt-Differenzierungen, symbiotische Bedürfnisse und Probleme von Individuation und

Loslösung erkannt und besser bearbeitet werden. Es wird zudem dargestellt, wie in der Psychotherapie von überwiegend prä-ödipal gestörten Kindern und Jugendlichen Träume genutzt werden können, um das Ich zu stärken und weiterzuentwickeln, wie eine Integration von dissoziierten Objektvorstellungen eingeleitet und eine Verbesserung des Realitätsbezuges bewirkt werden kann.

1 Träume in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen – Historischer Rückblick

Zwar wurde dem Kindertraum seit dem Entstehen der Psychoanalyse Aufmerksamkeit geschenkt, seine Bedeutung für die Therapie wurde jedoch eher gering eingeschätzt. *Sigmund Freud* (1916/1917) charakterisiert die Träume der Kinder bis etwa zum fünften Lebensjahr als kurz, klar, kohärent, leicht zu verstehen und unzweideutig. Er versteht die Kinderträume als einfache, meist an

ein Vortagesereignis anknüpfende unverhüllte Wunsch-erfüllungen und erwähnt, daß bis zum fünften Lebens-jahr manifester und latenter Trauminhalt zusammenfal-len, erst dann setzt in der Regel die Traumentstellung ein und die Träume werden komplizierter. Insofern sind auch die Träume der kleinen Kinder für *Freud* nicht in-teressant, als daß sie eben für das Studium der Träume der Erwachsenen von Nutzen sein könnten: „Die aller-einfachsten Formen von Träumen darf man wohl bei Kindern erwarten, deren psychische Leistungen sicher-lich minder kompliziert sind als die Erwachsener. Die Kinderpsychologie ist nach meiner Meinung dazu beru-fen, für die Psychologie der Erwachsenen ähnliche Dinge zu leisten wie die Untersuchungen des Baues oder der Entwicklung niederer Tiere für die Erforschung der Struktur der höchsten Tierklassen. Es sind bis jetzt we-nig zielbewußte Schritte geschehen, die Psychologie der Kinder zu solchem Zwecke auszunützen.“ (*Freud* 1900, S.145).

Auch die Pioniere der Kinderanalyse beschäftigten sich mit den Träumen der Kinder, wie *Hermine von Hug-Hellmuth*, *Anna Freud*, *Melanie Klein* und *Hans Zulliger* und verwendeten ähnliche Definitionskriterien für den Kindertraum wie *Sigmund Freud*. Allerdings konnte der Kindertraum auch später nie jene zentrale Bedeutung für die Kinderanalyse gewinnen, wie sie die Träume der Er-wachsenen in der Psychoanalyse einnehmen. Zum einen, weil Kinder – wie *Wolfgang Zierl* (1973) schreibt – in der Wiedergabe ihrer Träume ungenau und unzuverlässig sind: „Erinnerungsfälschungen, Umdichtungen nach Maßgabe des Wachbewußtseins, konfabulatorische Aus-schmückungen und Elemente des Wunschenkens kön-nen den Traumtext bis zur Unkenntlichkeit modifizie-ren.“ (*Zierl*, 1973, S.415) Entscheidend für die geringe Bedeutung des Kindertraumes für die Psychotherapie war jedoch der Ausfall der freien Assoziation. So schreibt *Anna Freud* (1971): „Was für den erwachsenen Patienten eine Grundregel ist, die Aufgabe, seine Einfälle kritiklos mitzuteilen, stößt bei Kindern auf starre Ver-weigerung. Sie finden sich in der Mehrzahl bereit, nicht anders als die Erwachsenen, ihre Träume und Tagträume in die Analyse zu bringen; aber im Gegensatz zu den Er-wachsenen liefern sie nur selten Einfälle zu den einzel-nen Traumelementen, eröffnen dem Analytiker also kei-nen verlässlichen Weg vom manifesten zum latenten Trauminhalt. Sie teilen ihre Erlebnisse mit dem Analyti-ker, vorausgesetzt, daß ein Vertrauensverhältnis inner-halb der Analyse hergestellt ist; aber ohne das Mittel der freien Assoziation können ihre Mitteilungen nicht über den Rahmen des Bewußtseins hinausgehen. Daß Kinder nicht frei assoziieren können oder wollen, ist eine allge-meine Erfahrung und hat mehr als eine Ursache. Für das Bewußtsein ist es wahrscheinlich die Position des Er-wachsenen als Autoritäts- und Über-Ich-Figur, die eine uneingeschränkte Aufrichtigkeit von seiten des Kindes verhindert. Dahinter spielt es im Unbewußten eine Rolle, daß das kindliche Ich seiner eigenen Widerstandskraft dem Triebleben gegenüber mißtraut und daß deshalb das volle Ausschalten von Kritik und Zensur dem unreifen

Individuum eine größere Gefahr bedeutet als dem reifen Menschen.“ (*Freud*, A. 1971, S.37).

In den letzten fünfzig Jahren gab es auch Versuche, empirisch-statistische, allgemeingültige Aussagen über die Träume der Kinder zu gewinnen, zum Teil auch von außerhalb der Psychoanalyse. (*Fischer*, 1928; *Kimmins*, 1931; *Foulkes*, 1979; *Fahrig* und *Horn*, 1983). Zur letzten Untersuchung ist zu sagen, daß *Fahrig* und *Horn* mit Hilfe der Contentanalyse nach *Jorswieck* bei 200 Kinder-träumen zum Ergebnis kamen, daß Kindertraum (ab dem 6. Lebensjahr) und Erwachsenentraum inhaltlich weitge-hend übereinstimmen und nur wenige altersspezifische Merkmale zu erkennen sind.

Die Träume der Kinder sind neben dem freien Spiel – aus den zuvor zitierten Gründen – nur von geringer Be-deutung in der Psychotherapie und spielen auch für die Diagnostik im allgemeinen nur eine untergeordnete Rolle; die Frage ist dann wohl zu stellen, welchen prakti-schen Nutzen die Beschäftigung mit den Kinderträumen überhaupt für die Kinderpsychotherapie bringen kann.

Von praktischer Bedeutung sind seit jeher die Träume Jugendlicher für die Psychotherapie. Aber auch für die Diagnostik und Psychotherapie des Kindes scheint die Beschäftigung mit dem Traum wieder von größerer Be-deutung, nämlich auf dem Hintergrund der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie von einer Es-Psycholo-gie über eine Ich-Psychologie zu einer Objektbezie-hungspsychologie. Dabei kommt der Einbeziehung des manifesten Traum Inhaltes ein ganz anderes Gewicht zu. Seit *Erikson* (1955) die Strukturtheorie und ich-psycho-logische Aspekte in die Traumanalyse einführte, war der manifeste Trauminhalt nicht mehr ‚die nutzlose Nuß-schale‘, welche man wegwirft, um an den ‚wertvollen la-tenten Kern‘ zu gelangen. Der manifeste Trauminhalt kann uns Auskunft geben über die individuelle Ich-Lei-stung des Träumers bei der Traumbildung, über seine ty-pische Ich-Struktur und seine Ich-Funktionen. Damit ge-winnt die ich-psychologische Nutzung des Kindertrau-mes – insbesondere bei überwiegend ich-gestörten Pa-tienten – für die Diagnostik und die Therapie einen ganz neuen Rang, weil ja der Ausfall der freien Assoziation nun nicht mehr ins Gewicht fällt.

2 Störungen der Subjekt-Objekt-Differenzierung in den Träumen von Kindern und Jugendlichen

Im folgenden möchte ich an zwei Beispielen aufzeigen, welche neuen Einsichten unter ich-psychologischen Ge-sichtspunkten der Traum eines Kindes in der Therapie gewähren kann.

Der 11jährige Michael kommt in die erste Therapie-stunde. Er wirkt schüchtern, verängstigt und unterwür-fig. Von seinen Eltern weiß ich, daß sie sich demnächst trennen wollen. Sie sorgen sich allerdings sehr um Mi-chael, wie er das überstehen wird, er hätte überhaupt kein Selbstbewußtsein, reagiere scheu und überängstlich und versage zusehend in der Schule. Die Mutter ist voller Selbstbezüglichkeiten; sie hätte das Kind nie haben wol-

len, hätte dann wegen Michael heiraten müssen und den Jungen schon immer abgelehnt, ja gehaßt, weil er an ihrem verpfuschten Leben Schuld wäre.

Michael erzählt folgenden Traum: „Ich war unter vielen, vielen Menschen. Aber meine Eltern waren nicht mit dabei, ich war allein. Da war eine schreckliche Sache. Die Erde ist auseinandergefallen und das war der Weltuntergang.“ Es ist zu vermuten, daß die zunehmende Triebstärke der beginnenden Adoleszenz große Ängste und Schuldgefühle auslöst und an der Entstehung des Katastrophentraumes mitbeteiligt ist. Nach der herkömmlichen Deutungsmethode würden die Symbole des manifesten Traum Inhaltes mit Hilfe der Assoziationen des Träumers (so welche kämen!) enthüllt, um den sich im latenten Traum manifestierenden Triebkonflikt zu rekonstruieren. Dabei würden wahrscheinlich die Themen Masturbation, Schuldgefühle, Kastrations- und Strafängste eine bedeutsame Rolle spielen. Von einem solchen Vorgehen ist bei dem schwachen Ich des Jungen dringend abzuraten, auch wenn man davon ausgehen kann, daß von dem 11jährigen kaum verbale Assoziationen kämen. Aber das ist auch nicht nötig, denn schon der manifeste Traum zeigt sehr eindrücklich die aktuelle Situation des Träumers auf: „Viele, viele Menschen, aber die Eltern sind nicht dabei, allein.“

Es ist einmal die Angst, die Eltern, welche sich ja scheiden lassen wollen, zu verlieren. Das ist dann so, als ob die Erde auseinanderfiele gleich dem Weltuntergang, also dem Verlust der Existenz. Diese Befürchtung forciert gleichzeitig die durch die beginnende Adoleszenz eingeleitete Loslösung aus den infantilen Bindungen, was gleichermaßen zu einem Anwachsen von Angst führen muß.

Direkt und unverschlüsselt stellt sich jedoch im manifesten Traum auch eine präverbale, in das erste Lebensjahr gehörende andere Erlebnisebene dar. Die fehlende Entstellung erklärt sich, wie *Friedrich Beese* (1983) meint, aus der Unentwickeltheit der frühen undifferenzierten Vorphase der Entwicklung, welche noch nicht über Funktionen und Fähigkeiten zur Traumarbeit verfügt, insbesondere auch noch nicht über die semantische Fähigkeit, Gefühle in Sprache umzusetzen. Das Auseinanderfallen der Erde, was ja den Weltuntergang, also eine existentielle Urangst nach sich zieht, beruht auf der schockartigen Feststellung des Kleinkindes, daß getrennte Objekte existieren: Die angsterfüllte und feindselige Mutter konnte keine ausreichende und ‚gute‘ Symbiose bieten, so daß es zur Störung des primitiven Selbstgefühls kam.

Diese frühen, schockartigen Ängste beim vorzeitigen Auseinanderbrechen der symbiotischen Beziehung werden also im Bild der auseinanderfallenden Erde sichtbar und sind jetzt im Traum mit späteren Ausformungen ähnlicher Themen verwoben: Mit dem beginnenden Loslösungskonflikt der Adoleszenz und der bevorstehenden Trennung der Eltern.

Insofern ergeben sich entscheidende Konsequenzen für das Vorgehen in der Therapie. Die existentielle Bedrohung des Patienten wird hinreichend aus dem manife-

sten Trauminhalt ersichtlich und braucht nicht durch eine komplizierte Deutungsarbeit enthüllt zu werden, welche nur Ängste freisetzen würde, denen das schwache Ich nicht gewachsen wäre. Es käme vielmehr darauf an, wie *Beese* meint, „mittels Aufgreifen der in den Träumen sichtbar werdenden konstruktiven Ich-Anteile diese weiterzuentwickeln, zu organisieren, zu erproben und zu stärken.“ (*Beese*, 1983, S. 31).

Dies dürfte bei dem vorliegenden Traum, dem eine positive Perspektive fehlt, jedoch noch nicht möglich sein, außer eben den Schutz der therapeutischen Beziehung zu gewähren und die Angst mitzutragen. Aber wenn wir davon ausgehen, daß dieser Initialtraum die gesamte Psychodynamik des Jungen aufzeigt und seinen Versuch, mit dem Therapeuten in Kommunikation zu treten, so ist er als Entwurf für den künftigen Therapieverlauf von großer Bedeutung. Die zuvor erwähnten konstruktiven Ich-Anteile können jedoch durchaus in den Träumen von Kindern und Jugendlichen sichtbar werden und dann therapeutisch genutzt werden.

Jens, vierzehneinhalb Jahre alt, litt an Migräne, manchmal von Übelkeit und Erbrechen begleitet, an depressiven Verstimmungen, Gefühlen der Entfremdung und an innerer Leere. Der Junge war nicht ehelich geboren, seine Mutter studierte damals noch und reichte ihn deshalb von einer Pflegestelle zur anderen. Erst mit fünf Jahren nahm sie ihn zu sich.

Auffällig war die Scheu des Jungen, mir in die Augen zu sehen; insgesamt wirkte er verunsichert, saß mir distanziert gegenüber. Zumeist schwieg er, gähnte auch schon mal und gab sich recht gelangweilt. Die Stunden waren quälend lang, zurückgezogen in sein Schneckenhaus schwieg der Junge vor sich hin, so als hätte er kein Gegenüber.

Nach der 24. Stunde erkrankte Jens, er hatte hohes Fieber, und in der Nacht träumte er den folgenden, ihn zutiefst erschreckenden Traum, welchen er in der folgenden Stunde erzählte: „Es war vollkommene Dunkelheit um mich herum. Ich hatte keinen Körper, aber gleichzeitig das Gefühl, als sei ich doppelt da. Dieses ‚Doppelte‘ war irgendwo außerhalb. Alles war zeit- und raumlos. Dort, wo ich war, war irgendein Raum, in dem ich schwebte, irgendwelche Dimensionen. Diese Dimensionen waren unterteilt in einzelne Räume, die sich ständig veränderten und die wie Spinnenweben aneinander hingen. In einem kleinen Raum innerhalb dieser Spinnenetze war ich, wollte raus und drückte gegen die Wände. Diese gaben zwar nach, doch nirgends war eine Öffnung. Ich konnte nicht hinaus! Ich geriet in panische Angst. Ich fühlte in mir, wie sehr ich rauswollte und daß es mir gleichzeitig unmöglich war. Und ich merkte, daß außerhalb des Raumes ein Teil von mir war, vermutlich mein Gehirn, und ich wollte damit wieder vereinigt werden. Da plötzlich ertönte eine Stimme, die von irgendwoher kam, überall war, raumlos war: ‚Jetzt kämpft der mit dem Wahnsinn!‘ Da wurde meine Angst noch größer, und ich habe geschrien. Unendlich später dann, meine Angst dauerte schon ewig, sah ich etwas Größeres, etwas Ovale. Da habe ich hineinkriechen können, und ich fühlte mich

geborgen und erleichtert. Da wich alle Angst von mir. Jetzt vereinigte ich mich wieder mit dem ‚anderen‘, und ich spürte darüber unendliche Erleichterung.“ (Hopf, 1980, S.66).

Ganz sicher begünstigte die fiebrige Erkrankung des Jungen eine Regression des Ichs in sehr frühe Entwicklungsstufen, und die manifesten Traum inhalte sprechen auch eine deutliche Sprache: Körperlosigkeit, dann Doppelheitsgefühle, Flucht in die Fragmentierung, Angst vor der Selbstauflösung. Es werden offensichtlich jene Angstvorläufer erkennbar, welche während der ungenügenden Symbiose im ersten Lebensjahr vom mütterlichen Partner nicht ausreichend aufgefangen werden konnten, so daß es zu keinem Urvertrauen kam. Insofern ähnelt dieser Traumteil dem zuvor erwähnten Traum.

Im zweiten Traumteil, und das läßt diesen Traum dann doch noch prognostisch günstiger wirken, weil sich eine Lysis andeutet, regrediert das Ich noch in eine tiefere Ebene, offensichtlich bis in die Zeit im mütterlichen Uterus, wo Geborgenheit und Angstfreiheit vorherrschen. Dieser Traumteil zeigt die intensiven – kompensatorisch zur bewußten Situation mit Berührungs- und Beziehungsängsten – Wünsche des Patienten nach Verschmelzung mit einem Objekt, also seine starken symbiotischen Bedürfnisse. Andererseits ist denkbar, daß dieser Traumteil den von *Michael Balint* (1960) so bezeichneten Prozeß ‚Neubeginn‘, eine gutartige Regression und die Auflösung der Grundstörung, einleiten könnte.

Die beiden zitierten Träume haben gemeinsam, daß keine definierten Objekte in Erscheinung treten: Im ersten Traum waren es nur fremde Menschen, im zweiten Traum nur das Traum-Ich und seine Fragmente. In beiden Träumen schlagen sich symbiotische Verschmelzungswünsche bzw. Angst vor dem Auseinanderfallen der Symbiose nieder, oder in der Terminologie von *Balint*: Die oknophile Welt mit ihren furchterregenden Leerräumen. Sie ist die Antwort auf die traumatische Erfahrung, weil vom mütterlichen Objekt nur ungenügend gemildert, daß die Objekte getrennt und unabhängig sind. Durch seine Anklammerungswünsche verrät der Oknophile, daß zwischen ihm und dem Objekt keine vertrauensvolle Beziehung besteht, in der er sich gehalten und sicher fühlen kann. Solche ‚oknophilen Träume‘ mit Ängsten, den Boden zu verlieren, angstmachenden leeren Räumen, einsamen Flügen durch das Weltall, also mit heftigen Objektverlustängsten, lassen sich bei prä-ödipal gestörten Kindern schon ab dem achten Lebensjahr beobachten. Seltener sind meiner Erfahrung nach rein ‚philobatische Träume‘, mit freundlichen Weiten und mit gefährlichen Objekten.

So können Träume von Kindern und Jugendlichen der zuvor zitierten Art zum einen in der Therapie genutzt werden, andererseits auch zur Diagnose und zur Prognose des geplanten Behandlungsverlaufes herangezogen werden, um etwa ungestillte symbiotische Bedürfnisse, mißlungene Individuation und Loslösung festzustellen, oder auch um die Subjekt-Objekt-Differenzierung und die spezielle Form der Objektbeziehung zu beschreiben.

3 Ich-Stärkung durch die therapeutische Arbeit mit dem Traum

Mit den Träumen von ich-gestörten Kindern und Jugendlichen, von Borderline-Fällen und von narzißtisch gestörten Patienten muß innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung anders umgegangen werden als mit den Träumen von sogenannten neurotischen Patienten. *Christa Rohde-Dachser* (1983) begründet ein modifiziertes Vorgehen so: „Solche Patienten sind in der Regel nicht in der Lage, inkompatible Inhalte zu verdrängen und sie durch eine stabile Gegenbesetzungsbarriere vom Wiedereintritt ins Bewußtsein fernzuhalten. Ihr schwaches Ich ist deshalb einer wiederkehrenden Bedrohung durch die Überschwemmung mit primär-prozeßhaften Inhalten ausgesetzt, welche sich insbesondere in unstrukturierten und damit regressionsfördernden Situationen aktualisiert, wie sie unter anderem durch das Setting des psychoanalytischen Standardverfahrens hergestellt werden. Die Patienten reagieren auf diese Bedrohung regelhaft mit dem verstärkten Einsatz archaischer Abwehrmechanismen, vor allem der Spaltung und der projektiven Identifizierung, aber auch mit Fragmentierungstendenzen, Manövern also, die zwangsläufig mit einer Minderung der Realitätsprüfung einhergehen und so die ohnehin prekäre Ich-Integration weiter schwächen. Jede psychotherapeutische Technik, welche die Aufmerksamkeit des Patienten vermehrt auf primärprozeßhafte Inhalte lenkt und entsprechende regressive Prozesse anstößt oder verstärkt, ist bei diesen Patienten deshalb kontraindiziert.“ (Rohde-Dachser, 1983, S.107). Die Autorin meint weiterhin, daß bei schwer ich-gestörten Patienten die Fähigkeit des Ichs zur Symbolisierung und zur Traumarbeit zumindest reduziert, situativ sogar aufgehoben sein kann. Solche Träume haben dann die Funktion einer primitiven Spannungsabfuhr, wobei ‚Es-Impulse von sadistischer oder inzestuöser Art häufig ganz unverhüllt zutage treten.‘ (Green, 1977; zitiert nach Rohde-Dachser, 1983, S.107).

Solche Träume sind dann für das träumende Kind oder den Jugendlichen schockierend und erschreckend, weil das schwache Ich von ihnen geradezu überflutet wird, und es ist eine wichtige Aufgabe des Therapeuten hier Zuflucht und Schutz zu bieten.

Die vierzehneinhalbjährige Sandra ist wegen ihrer Magersuchtsproblematik auf dem Hintergrund einer gestörten Individuation in psychotherapeutischer Behandlung und erzählt – etwa um die 30. Stunde – den folgenden Traum: „Ich muß etwas ganz Schreckliches erzählen und ich hab das Gefühl von Ekel und daß es mir weh tut die ganze Zeit seit dem Traum. Ich hab im Bett gelegen und war unten nackt. Und dann war da ein Mann, es war vielleicht mein Vater und hat auf mir gelegen. Und dann hat es ganz arg wehgetan, ein furchtbarer Schmerz und den Schmerz spüre ich jetzt noch.“

Dieser Traum weist verschiedene Strukturmerkmale auf, wie sie für Träume bei Jugendlichen mit prä-ödipalen Störungen typisch sind: Das alptraumhafte Entsetzen, welches durch nichts gemildert wird und sich noch tage-

lang im Wachzustand fortsetzt, der manifeste, grob sexuelle Inzest im Traum und der sichtbare Mangel an Symbolisierungsfähigkeit. Eine besondere Eigenart dieses Traumes ist zudem, daß nicht nur die Affekte bis in das Wachleben reichen, sondern sogar körperliche Schmerzempfindungen. Dies erklärt sich möglicherweise daraus, daß es dem Ich nicht gelingt, Sekundärprozesse zu benutzen, und daß es unerträgliche Konfliktspannungen mit Hilfe von primitiv-somatischen Aktionen abreagiert.

Es ist davon abzuraten, an einen solchen Traum mittels Assoziationen analysierend-deutend heranzugehen, weil, wie bereits erwähnt wurde, hierdurch die vorliegende Ich-Integration eher noch geschwächt würde. Genauso schädlich wäre es jedoch, den Traum nicht zu beachten, was ebenfalls Kränkungen und neue Ängste nach sich ziehen könnte, weil die Jugendliche sehr leicht die Unsicherheit und die Scheu des Therapeuten spüren würde. Es erscheint deshalb als angemessen, auf Assoziationen völlig zu verzichten, den manifesten Trauminhalt zu betrachten und die dem Therapeuten bekannten anamnестischen Daten und Mitteilungen der vergangenen Stunden mit einzubeziehen. So kann ich erkennen, daß verschiedene Erlebnisebenen in dem Traumbild verwoben sind.

Als Sandra zwölf Jahre alt war, kurz vor Ausbruch der Magersuchtsproblematik, wurde sie überfallartig von einem damals siebzehnjährigen Jungen geküßt und betastet. Tagelang, so weiß ich von ihr, hätte sie damals Ekel und Abscheu verspürt. Mit sechs Jahren war das Mädchen beim Schlittenfahren verunglückt und hatte sich an der Scheide verletzt. Als es sich zu Hause auskleidete, war das Höschen voller Blut und Sandra fürchtete, zu verbluten. Unter entwürdigenden Bedingungen wurde das Kind in der Nacht auf dem Gang des Krankenhauses von einem wenig einfühlsamen, groben Arzt untersucht. Anschließend fand eine schmerzhaft Operation statt.

Zum Vater hat das Mädchen praktisch keine Beziehung, als existiere er nicht. Die Mutter bedeutet Sandra alles, diese Beziehung ist – was nicht verwundert – äußerst ambivalent: Sandra hat vor einiger Zeit erzählt, daß sie als kleines Kind oft vor der übermächtigen Mutter Angst, ja geheimes Grauen gespürt hätte. Bis zum 4. Lebensjahr hätte sie geglaubt, die Mutter wäre ein verkleideter Mann.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse ergeben sich wiederum verschiedene Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen. Zum einen, wie schon erwähnt, ist es notwendig, das Entsetzen und das Ausgeliefertsein des Mädchens mitzutragen. Der Therapeut hat die Aufgabe, solange Geborgenheit und Schutz zu spenden, bis es diese Funktion allmählich verinnerlichen kann. Sandra erzählte beispielsweise später den Eltern, sie stellte sich während der Erzählung von schrecklichen Träumen vor, sie säße auf dem Schoß des Therapeuten und hielte sich an dessen Bart fest. Daß heißt allerdings nicht etwa, die Wirkung eines solchen Traumes herunterzuspielen. Es ist vielmehr sogar wichtig, dem Patienten zu verstehen zu geben, daß ein solcher Traum berechtigterweise schwere Ängste auslösen kann, daß uns ein solcher Traum aber

auch dazu verhelfen kann, stärker zu werden und die schockierenden Impulse aus dem Es besser auszuhalten.

Andererseits hat mir dieser Traum auch das immense Ausmaß von Kränkung und Verletzung des Mädchens aufgezeigt, durch sein Leben zieht sich eine Kette von Vergewaltigungen, welche mit der männlich identifizierten Mutter ihren Anfang nimmt, die ja Sandra narzißtisch ausbeutet. Der Traum zeigt auch, wie *Jochen Stork* (1977) schreibt, 'daß eine überstarke Bindung an die Mutter sich wie ein Inzestwunsch darstellt, wenn der Vater nicht vermittelnd eingreifen kann.' (Stork, 1977, S. 184).

Ich werde bei der Bearbeitung dieses Traumes natürlich nicht auf diese ganz frühe infantile Erlebnisebene eingehen, sondern auf die Affekte in bezug zu den vergangenen realen Erlebnissen und Träumen. Ich gab Sandra also zu verstehen, daß ich ihren Ekel nach dem Erlebnis mit dem Jungen nach diesem Traum noch besser verstünde. Ich würde jetzt auch begreifen, wie einsam sie sich damals im Krankenhaus gefühlt habe und welche nicht nur körperliche Schmerzen sie erleiden mußte. Ich versuche damit, die sexuell grob dargestellte Vergewaltigung auf eine allgemeinere Ebene zu heben. Nach einer Weile des Schweigens meinte das Mädchen, daß es das Erlebnis mit dem Jungen inzwischen anders sehen würde. Neulich wäre sie ihm begegnet und hätte ihn sogar angelacht. Ich entnehme dieser Aussage, daß das von früher Kindheit in seiner Weiblichkeit verletzte Mädchen die damalige Attacke des Jungen auch zärtlich gefärbt erinnern kann. Ich halte es jedoch in diesem Falle für verfrüht, auf die ambivalente Beziehung zur Mutter und die auf sie projizierten aggressiven Impulse einzugehen.

4 Integration von Objektvorstellungen

Meiner Erfahrung nach werden Träume wie der von Sandra und die folgenden auch schon von kleineren Kindern geträumt, oft erinnern sich Jugendliche daran, daß es früher solche Alpträume gab. Sie werden jedoch im allgemeinen erst mit beginnender Präadoleszenz erzählt, wahrscheinlich weil im kleineren Kind noch die Angst zu mächtig ist, Kritik und Zensur ganz auszuschalten und auch – wie *Anna Freud* meint – die Position des erwachsenen Therapeuten als Über-Ich-Figur volle Aufrichtigkeit verhindert.

Es gibt Träume bei Kindern und Jugendlichen, welche sehr deutlich die Neigung zur Spaltung in ein gutes und in ein böses mütterliches Objekt aufzeigen und welche sich darum eignen, den Realitätsbezug zu verbessern und eine Legierung der konträren Vorstellungen vorzubereiten.

Mit 12 Jahren kam Klaus wegen schweren Stotterns in psychotherapeutische Behandlung. Der Junge wirkte ausgesprochen feminin, unterwürfig und angepaßt. Trotz seines Alters von 12 Jahren verbrachte Klaus die meiste Zeit gemeinsam mit der Mutter, die er augenscheinlich abgöttisch liebte. Seit früher Kindheit litt er allerdings unter Trennungsängsten und fürchtete, die Mutter

könnte überfahren werden oder getötet werden, wenn sie einmal abwesend war. Die Mutter war eine dominierende, jegliche Individuation im Keime erstickende Frau, die phasenweise zu depressiven Verstimmungen neigte und sich dann besonders eng an den Jungen klammerte. Zu Beginn der Therapie erinnerte sich Klaus an zwei Angstträume im Alter von 10–11 Jahren.

(1) „Ich hab den Film ‚Der Wachsb Blumenstrauß‘ mit Miss Marple gesehen. Darin kommt eine Szene vor: Miss Marple liegt auf der Couch und soll mit einer Hutnadel erstochen werden, weil sie herausgefunden hat, wer die Mörderin ist. Es ist eine 30jährige Frau, welche nicht besonders hübsch ist. Ich träumte, daß ich wie Miss Marple auf der Couch liege. Da kommt die Frau, die Mörderin auf mich zu. Sie ist im Traum etwas älter, so um die 40 (wie meine Mutter!) und versucht mich zu umschlingen und nicht mehr loszulassen. Ich schreie vor lauter Angst.“

(2) „Vor einiger Zeit habe ich geträumt, daß meine Mutter der Dracula ist. Sie lag auf der Couch, hat ganz langsam die Augen aufgeschlagen, langsam ihren Mund aufgemacht, und da habe ich gesehen, daß sie die Zähne von Dracula hat, spitz und lang. Sie wollte bei mir Blut saugen.“

Die aktuelle Thematik wird durch den manifesten Trauminhalt der beiden Träume deutlich beschrieben: Die Mutter, die Klaus bewußt so sehr liebt, daß er nicht von ihr lassen kann, ist jetzt eine Mörderin, klammert sich an ihn, umschlingt ihn, hält ihn fest und versucht ihn auszusaugen. Er selbst ist das wehrlose Opfer.

Etwa in der 40. Stunde kam es zu einer kleinen häuslichen Auseinandersetzung. Die Mutter wünschte, daß Klaus sein Zimmer aufräumen sollte, was der Junge verweigerte. Darauf wurde die Mutter wütend: Wenn er weiter so frech wäre, dann würde er schon sehen, wer der Stärkere von beiden wäre. Darauf fügte sich Klaus und räumte auf. In der folgenden Nacht hatte er folgenden Traum, den er in der nächsten Stunde erzählte.

„Ich bin in mein Zimmer hinaufgegangen. Es war dunkel auf der Treppe, und da stand auf einmal meine Mutter. Ihr Gesicht war so fremd, schrecklich und wutverzerrt. In der Hand hatte sie ein langes Messer, und das hat sie mir ohne Warnung in die Brust gestochen. Ich spürte einen fürchterlichen Schmerz und wußte, daß ich jetzt sterben muß. Von dem Schmerz in der Brust bin ich aufgewacht.“

Der Junge spürte den Schmerz in der Brust noch den ganzen folgenden Tag und glaubte, daß dieser Traum der schlimmste war, den er je hatte.

Die Machtprobe mit der Mutter, bei der Klaus unterlag, war der aktuelle Anlaß und lieferte den Tagesrest, der sich mit den früheren Erinnerungsbildern und Ich-Zuständen verquickte. Die Mutter ist aufgespalten in ein gutes und in ein böses Objekt. Sie wird zum gefährlichen, übermächtigen Wesen, ja zur bedrohlichen Rache-göttin, welche über Leben und Tod entscheidet, weil der Junge seine aggressiven und sadistischen Impulse auf sie projiziert. Alle Wünsche nach Loslösung, Individuation und Verselbständigung bedeuten dann tatsächlich den

Tod. In diesem Traumbild spiegeln sich also sowohl der Haß auf die Mutter, als auch die Ängste vor Vergeltung.

Doch um es ganz einfach zu formulieren: Man kann nicht eine gute Mutter wollen, ohne gleichzeitig die andere, die böse zu haben. Damit eine Lösung aus der im wahrsten Sinne mörderischen Symbiose überhaupt möglich erscheint, ist es notwendig, daß der Junge die beiden Bilder, gute und böse Mutter, zu einem einzigen zusammenfügt und Ambivalenz gegenüber einem einzigen Objekt erleben kann. Natürlich ist es auch in diesem Fall sehr wichtig, erst einmal den Patienten vor den eigenen sadistischen Impulsen zu schützen und – wie zuvor erwähnt – mit ihm die Angst gemeinsam aushalten, ihm zu verstehen zu geben, daß er in seiner Not nicht allein ist. Der Traum bietet jedoch auch die Gelegenheit, den Jungen mit seinem mangelhaften Bezug zur Realität zu konfrontieren. Es ist dabei naheliegend beim aktuellen Anlaß zu beginnen. Ich sage also etwa: „Du hast Dich geärgert, als Deine Mutter gesagt hat, daß Du aufräumen sollst.“ Klaus antwortet: „Ja, ich hab eine Wut auf sie gehabt, aber nur ganz kurz, ich hab sie ja eigentlich sehr lieb.“ Darauf ich: „Das gibt es oft, daß man jemanden sehr gern hat und trotzdem auf ihn wütend wird. So war es auch bei Dir.“ Es kommt dabei darauf an, die Existenz der beiden konträren Gefühle, Wut und Liebe, gegenüber der einen Person zu unterstreichen und das Gefühl mit-schwingen lassen, daß dieses etwas Allgemeinmenschliches und Allgegenwärtiges ist. Erst dann kann an den Ursachen der aggressiven Impulse gearbeitet werden.

Diese Impulse sind letztlich im allmächtigen Anspruch auf unendliche Befriedigung aller Bedürfnisse durch die Mutter zu suchen, gerade weil sie ja von der emotional unsicheren und narzißtischen Mutter nie gestillt werden konnten. Orale Abhängigkeitswünsche und sadistische Vernichtungswünsche, das eine die Kehrseite des anderen, sind dann der Analyse zugänglich, wenn der Junge über längere Zeit mit seiner Neigung zur Spaltung und zur Verleugnung konfrontiert wurde und wenn es ihm allmählich gelingt, gute und böse Mutter in ein ambivalentes Bild zu integrieren.

Summary

Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents

In comparison to the free play the interpretation of dreams in children's psychoanalysis is just of secondary importance. There are many reasons. The most important one might be that it is most difficult to lead a child to verbal association. Since Erikson's pioneering essay the interest within psychoanalysis has increasingly been transferred to the ego-structures and ego-ability which grows evident by the manifest dream. The application of the children's dream for diagnosis and therapeutics asks for a completely new importance especially as to pre-oedipal disturbances. The contribution in hand is to show how dreams in psychotherapy of children and adolescents can be used in the most different ways: So it is

possible by aid of the manifest dreams to find more effective ways in recognizing and working subject-object-differentiation, symbiotic necessities and problems of individuation and separation. Moreover it presents how in psychotherapy it is possible to use dreams with pre-oedipal-disturbed children and adolescents in order to fortify and develop the ego, how an integration of dissociated object imagination can be initiated and how an improvement of the relation to reality can be reached.

Literatur

- Balint, M.* (1960): Angstlust und Regression. Reinbek. – *Beese, F.* (1983): Neuere Aspekte des Traums bei Übertragungsneurosen, narzißtischen Störungen und Psychosen. In: *M. Ermann* (Hg.): Der Traum in Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie. Berlin. – *Erikson, E. H.* (1955): Das Traummuster der Psychoanalyse. In: *Psyche*, S. 561–575. – *Fahrig, H.* und *Horn, H.* (1983): Der Traum in Diagnostik und Therapie bei Kindern. In: *M. Ermann* (Hg.): Der Traum in Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie. Berlin. – *Fischer, E.* (1928): Kinderträume. Stuttgart. – *Foulkes, D.* (1979): Der Traum – Spiegelbild der kindlichen Entwicklung. In: *Psychologie heute*, 5, S. 58–63. – *Freud, A.* (1971): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Bern/Stuttgart. – *Freud, S.* (1900): Die Traumdeutung. Studienausgabe Bd. II, Frankfurt, 1972. – *Freud, S.* (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Bd. I, Frankfurt, 1969. – *Geist, W. B.* und *Kächele, H.* (1979): Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Bd. XI, Bern. – *Hopf, H. H.* (1980): Kinderträume. Reinbek. – *v. Hug-Hellmuth, H.* (1913): Kinderträume. In: *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 1, S. 470–475. – *Kimmins, C. M.* (1931): Childrens dreams. In: *Murchison, C.* (ed.): *Handbook of Child Psychiatry*, Worcester/Massachussetts; Clark University Press. – *Klein, M.* (1973): Die Psychoanalyse des Kindes. München. – *Mahler, M. S.* (1972): Symbiose und Individuation. Stuttgart. – *Rohde-Dachser, C.* (1983): Träume in der Behandlung von Patienten mit schweren Ich-Störungen. In: *M. Ermann* (Hg.): Der Traum in Psychoanalyse und Psychotherapie. Berlin. – *Stork, J.* (1977): Die seelische Entwicklung des Kleinkindes in psychoanalytischer Sicht. In: *Tiefenpsychologie*, 2, Weinheim, 1982. – *Thomä, H.* (1984): Was heißt ‚Neubeginn‘ (M. Balint)? In: *Psyche*, 38. – *Zierl, W.* (1973): Die Rolle des Traumes in der Psychotherapie des Jugendlichen. In: *Biermann, G.* (Hg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Bd. 1, München. – *Zulliger, H.* (1972): Mädchenträume im Vorpubertätsalter. In: *Die Pubertät der Mädchen*. Bern.
- Anshr. d. Verf.: Hans H. Hopf, Fliederweg 3, 7121 Mundelsheim.