

Streeck-Fischer, Annette

„Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen - Entwicklungsförderliche „Laufställe“ oder „sich vor Gefährlichem hüten und sich üben damit umzugehen“

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 2, S. 50-55

urn:nbn:de:bsz-psydok-31498

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>Bartoszyk, J., Nickel, H.:</i> Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life)	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.:</i> Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.:</i> Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce)	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.:</i> Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?)	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.:</i> Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery)	214	<i>Sarimski, K.:</i> Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children)	16
<i>Boehnke, K.:</i> Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R)	34	<i>Schechter, D.E.:</i> Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.:</i> Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin)	170	<i>Schütze, Y.:</i> Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years)	130
<i>Fischer, G.:</i> Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations)	2	<i>Streeck-Fischer, A.:</i> „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents)	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.:</i> Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transfer of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group)	177	<i>Süssenbacher, G.:</i> Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis)	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.:</i> Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations)	248	<i>Wiesse, J.:</i> Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents)	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.:</i> Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles)	207	<i>Wirsching, M.:</i> Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine)	118
<i>Hartmann, H.:</i> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children)	242		
<i>Hobrücker, B.:</i> Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment)	82	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Klosinski, G.:</i> Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.:</i> Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust)	222
<i>Knölker, U.:</i> Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence)	8	<i>Hartmann, K.:</i> Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation)	146
<i>Krampen, G.:</i> Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.:</i> Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry)	261
<i>Ossowsky, G.:</i> Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation)	56	<i>Hubbertz, K.P.:</i> Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling)	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.:</i> Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?)	184

Familientherapie

Austermann, W., Reinhard, H. G.: Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) 302

Buchholz, M. B.: Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) 274

Heekerens, H. P.: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) 294

Müssig, R.: Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . 283

Rückert-Emlden-Jonasch, I. u. a.: Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag 150

Buchbesprechungen

Armstrong, L.: Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest 151

Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive 155

Beland, H. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 27

Belz, H., Muthmann, Ch.: Trainingskurse mit Randgruppen 26

Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.: Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen 104

Bettelheim, B.: So können sie nicht leben 25

Biber, B.: Early Education and Psychological Development 156

Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik . 106

Boczkowski, K.: Geschlechtsanomalien des Menschen . . 266

Bös, K., Mechling, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen 106

Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.): Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research 111

Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung 108

Brand, M.: Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule 157

Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne 192

Briel, R., Mörsberger, H.: Kinder brauchen Horte 75

Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.: Jugend: Psychologie einer Kultur 153

Brunner, E. J.: Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie 268

Bundschuh, K.: Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen 231

Burkhardt, H., Krech, R.: Aggression und geistige Behinderung 76

Dietrich, G.: Erziehungsvorstellungen von Eltern 234

Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder 318

Eggers, Ch. (Hrsg.): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter 156

Eichseder, W.: Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern 73

Eiser, Ch.: The Psychology of Childhood Illness 318

Fleischer-Peter, A., Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie 320

Freinet, E.: Erziehung ohne Zwang 25

Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien 267

Fromm, E.: Psychoanalyse und Religion 155

Fthenakis, W. E.: Väter (Bd. I und II) 315

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie 72

Füssenich, I., Gläß, B.: Dysgrammatismus 191

Göppner, H. J.: Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung 103

Haubl, R., Peltzer, U.: Veränderung und Sozialisation . . 158

Heil, G.: Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik 26

Hennig, C., Knödler, U.: Problemschüler – Problemfamilien 232

Jüttemann, G. (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen 319

Krähenbühl, V. u. a.: Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie 267

Kleine-Moritz, G.: Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems 265

Klicpera, Ch.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten 316

Krech, D. u. a.: Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . 104

Langenmayr, A., Prümel, U.: Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken 92

Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz 234

Marx, H.: Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten 104

Mehringer, A.: Verlassene Kinder 73

Meyer, W. U.: Das Konzept der eigenen Begabung 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39)	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II)	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III)	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	320	Autoren der Hefte: 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen	265	Diskussion/Leserbriefe: 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen	232	Tagungskalender: 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus	235	Mitteilungen: 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr	316		

„Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Entwicklungsförderliche „Laufställe“ oder „sich vor Gefährlichem hüten und sich üben damit umzugehen“*

Von Annette Streeck-Fischer

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt bestimmte therapeutische Haltungen im mehrdimensionalen Ansatz klinischer Psychotherapie dar, die der Entwicklung und Stabilisierung der Ich-Organisation des Kindes bzw. Jugendlichen dienen. Diese Haltungen werden in ihrer „bündnisbildenden“ und „rahmensetzenden“ therapeutischen Funktion untersucht und in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des kindlichen bzw. jugendlichen Ichs diskutiert. Anhand von zwei kurzen Falldarstellungen wird das Vorgehen dargelegt, das Kind bzw. den Jugendlichen als aktiven Bündnispartner in die klinische Psychotherapie einzubeziehen, und einen auf die Ich-Organisation des jeweiligen Patienten bezogenen passenden Umweltraumen bereitzustellen. Es wird gezeigt, daß solche ich-stabilisierende Angebote die Gefahr von Ich-Dekomensationen (Gefahr von psychotischer Dekompensation, maligne Regression wie in den genannten Beispielen) verhindern können.

... Und während der folgenden Tage tat Ronja nichts anderes, als daß sie sich vor Gefährlichem hütete und sich darin übte, keine Angst zu haben¹. In den Fluß zu plumpsen, davor sollte sie sich hüten, hatte Mattis gesagt, und darum sprang sie am Ufer kühn und keck von einem glatten Stein zum anderen, dort wo das Wasser am wildesten tobte. Schließlich konnte sie sich ja nicht in dem Wald davor hüten, in den Fluß zu plumpsen. Sollte das Sich-hüten überhaupt von Nutzen sein, dann müßte sie es bei den Stromschnellen und Strudeln und nirgends wo sonst üben. Auf diese Weise konnte sie sich gleichzeitig darin üben, sich nicht davor zu fürchten (A. Lindgren, S.25).

* Prof. Dr. med. Friedrich Specht zum 60. Geburtstag gewidmet.

¹ Gemeint ist hier, daß das Kind Ronja lernte, gefährliche Situationen durch Aneignung von Ich-Instrumenten (z.B. durch Geschicklichkeit) zu bewältigen.

In der stationären, psychoanalytisch orientierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen werden mehrere Therapieansätze miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt; psychotherapeutische, pädagogische und sozialtherapeutische Bemühungen werden individuell für jeden Patienten in einem integrierten Gesamtbehandlungsplan zusammengefaßt (vgl. Heigl 1981; Zauner 1972, 1975). Dieser mehrdimensionale Ansatz setzt Beziehungs- und Organisationsstrukturen im klinischen Setting voraus, die therapiebegünstigend und entwicklungsfördernd sind. Um eine therapeutisch fruchtbare Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen herzustellen, sind alters- und entwicklungsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Dazu bedarf es im mehrdimensionalen Ansatz klinischer Psychotherapie strukturierter Angebote, die auf die Entwicklung von Behandlungsbündnissen und auf Festlegung eines ausreichend überschaubaren, individuell passenden Rahmens ausgerichtet sind.

Ein einfaches Beispiel aus dem Alltag soll hier auf bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen von Müttern im Umgang mit ihren Kindern aufmerksam machen, die uns selbstverständlich erscheinen; es sind Einstellungen und Verhaltensweisen, die – wie ich noch ausführen werde – die Entwicklung und Reifung des kindlichen Ichs fördern und die in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen nutzbar gemacht werden können:

Wenn an einer verkehrsreichen Straße einem spielenden Kind ein Ball auf die Straße rollt, so wird das von seinen unmittelbaren Bedürfnissen geleitete Kleinkind dem Ball hinterherlaufen und sich selbst größter Gefahr aussetzen, es sei denn, eine achtsame Mutter hält es rechtzeitig zurück.

Demgegenüber wird das auf die Gefahr vorbereitete, vernunftgeleitete Kind vielleicht warten bis der Autofahrer anhält, um sich erst dann den Ball zu holen. Eine

entwicklungsfördernde Mutter wird dieses Kind ausreichend auf Gefahren der Straße vorbereitet haben, es zum Bündnispartner im Hinblick auf vernunftgeleitetes, seine Bedürfnisse aufschiebendes Verhalten im Straßenverkehr gemacht haben. Zweierlei wird diese Mutter dabei berücksichtigt haben: die alters- und entwicklungsabhängige Fähigkeit ihres Kindes, eine solche „Absprache treffen“ zu können und zum anderen die Bereitstellung eines dem Entwicklungsstand des Kindes angemessenen (Umwelt-)Rahmens (etwa eine relativ wenig befahrene Straße).

Beide Funktionen dieser Mutter – ich nenne sie hier – die „bündnisbildende“ und „rahmensetzende“ Funktion, sind für die Entwicklung des Kindes wichtige Voraussetzungen. In der klinischen Gesamtbehandlung sind sie grundlegend, um „Behandelbarkeit“ (Sandler et. al., 1982, S. 146) herzustellen und ichstrukturelle Entwicklungen zu fördern.

Erziehung zum Behandlungsbündnis

Für eine therapeutisch fruchtbare Zusammenarbeit mit dem Patienten ist das Behandlungsbündnis von entscheidender Bedeutung. Das Behandlungsbündnis kennzeichnet die „relativ unneurotische, rationale Beziehung zwischen Patient und Analytiker, die es dem Patienten ermöglicht, in der analytischen Situation zielstrebig zu arbeiten“ (Greenson 1973, S. 59). Das Bündnis wird zwischen dem „vernünftigen, realitätsgerechten Ich des Patienten und dem Ich des Analytikers geschlossen und setzt die Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung voraus“ (Sterba 1974, S. 56). Eine solche Fähigkeit, die als Grundlage der Kooperation anzusehen ist, kann jedoch bei Kindern und Jugendlichen allenfalls begrenzt vorausgesetzt werden (vgl. A. Freud 1973, S. 16).

Die Entwicklung und Herstellung einer solchen Fähigkeit ist besonders wichtig, weil sie das Kind bzw. den Jugendlichen zum verantwortlichen Partner in seinem eigenen therapeutischen Prozeß macht. Die Respektierung des anderen – hier des jungen Patienten – als Person, die „so gesund wie möglich“ ist (Morgenthaler 1978, S. 22), appelliert an dessen gesunde Ich-Strukturen, regt Entwicklungen an und hilft strukturschädigende Regression zu vermeiden.

Strukturschädigende Regression zeigt sich beispielsweise, wenn der Jugendliche – eingerichtet im Schonklima der Klinik – von bedürfnisbefriedigenden oralen Versorgungsansprüchen bestimmt, sich weigert, soziale Lernschritte zu unternehmen. Sie kann auch als Hospitalisierungseffekt nach langjähriger klinischer Behandlung eintreten.

Gerade im mehrdimensionalen interpersonellen Bezugssystem der Klinik ist wichtig, daß der Patient, insbesondere der im Entwicklungsprozeß befindliche junge Patient, zum aktiven (Mit-)Gestalter seiner Therapie wird, um nicht Bedingungen entstehen zu lassen, unter denen er zum Schaden seiner strukturellen Entwicklung nur verwaltet wird. Da es den psychisch kranken Kin-

dern und Jugendlichen häufig an ichinstrumentellem Rüstzeug fehlt, müssen ihnen entsprechende Hilfen angeboten werden.

Anna Freud meint, es sei notwendig, Kinder und Jugendliche zur „Analyse zu erziehen“. Sie verstand darunter – wie Balint darlegt – keineswegs eine sich in dirigistischem Vorgehen niederschlagende Überich-Pädagogik, vielmehr eine Ich-Pädagogik, die zum Ziel hat, dem Kind und dem Jugendlichen „Ich-Instrumente“ anzubieten und zur Verfügung zu stellen, die es ihnen erst möglich machen, im Sinne von Therapie zu arbeiten (Balint 1974).

Wenn ich mich auf das Beispiel des ballspielenden Kindes noch einmal beziehe, so hat die Mutter in einer relativ konfliktfreien, neutralen Situation ihrem Kind die Gefahr von unbedachtem Verhalten an der Straße erklärt. Sie hat dabei das Maß an schon entwickelter Einsichtsfähigkeit, die sich auf der „breiten Skala von diffusem Lust-Unlust-Erleben bis hin zur konkreten bewußten Erkenntnisleistung“ (Kennedy 1981) bewegen kann, beachtet. Nach Kennedy reicht die „Entwicklungslinie der Fähigkeit vom vorübergehenden Bewußtsein für angenehme und schmerzliche Gefühlsstadien (des Kindes, u. U. des schwer gestörten Patienten, Verfasser) bis zur objektivierenden Selbstbeobachtung“ (der reifen Persönlichkeit, Verfasser) (Kennedy 1981, S. 150).

Die Mutter wird vielleicht auch den vorhersehbaren Konflikt mit dem Kind antizipiert haben, dem Kind Verbalisierungshilfen hinsichtlich der zu erwartenden Befindlichkeit gegeben haben; sie wird dabei intuitiv eine Reifung des kindlichen Ichs bewirkt haben (vgl. Schowalter 1976). In diesem Sinne betont Katan, daß „die Ichkontrolle über Affekte und Triebe, die ich-integrative Funktion sekundärprozeßhaften Denkens und die Unterscheidung zwischen Wunsch, Phantasie und Realität entscheidend von der Fähigkeit zur sprachlichen Symbolisierung geprägt werden“ (Katan 1961). Schließlich wird diese Mutter noch als Vorbild, als Identifikationsperson gewirkt haben. Hoffmann und Trimborn haben auf die Entwicklung von psychischen Substrukturen auf der Basis von Identifikationsangeboten (Internalisierung ehemals externer Objektqualitäten) im konfliktfreien Bereich hingewiesen und auf ihre Bedeutung im Hinblick auf die Herstellung von therapeutischer Ich-Spaltung. Sie stellen in diesem Zusammenhang die Frage, die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders wichtig ist, ob „nicht die Persönlichkeitsanteile, die das Ergebnis von Identifizierungsvorgängen sind, erste Grundlage für den reiferen Umgang mit eigenen Triebkonflikten (Ödipuskomplex) sind“ (Hoffmann und Trimborn 1979, S. 146). Sie diskutieren, ob es nicht bei bestimmten Patienten notwendig ist, zunächst ichstrukturelle Entwicklungen einzuleiten, ehe Triebkonflikte auf einem höheren Entwicklungsniveau bewältigt werden können.

Da bei den überwiegend schwer gestörten Kindern und Jugendlichen, die zur klinischen Psychotherapie gelangen, Strukturbildungen, die therapeutische Bündnisse möglich machen, nicht vorausgesetzt werden können,

sind entsprechende Angebote auf den verschiedenen Ebenen therapeutischen Umgangs in relativ konfliktfreien Räumen notwendig.

Aktive Anpassungsleistungen der therapeutisch arbeitenden Kräfte, die sich im Bemühen niederschlagen, sich als neue, verständnisvolle, passager zu identifizierende Objekte anzubieten, sind hier ebenso wichtig (A. Freud 1973, Streeck-Fischer 1982) wie Bestrebungen, die darauf ausgerichtet sind, Einsichtsfähigkeit und Verbalisierungsvermögen nachzuentwickeln.

Um entsprechende konfliktfreie Räume zu schaffen, die der Nachreifung von Ichstrukturen dienen, die wiederum für das Behandlungsbündnis notwendig sind, ist eine gemeinsame therapeutische Zielrichtung von allen an der Behandlung in der Klinik Beteiligten wichtig. Dazu ist es notwendig, daß die jeweiligen Funktionen der an der Therapie Beteiligten – den Berufsrollen entsprechend – zueinander passend verteilt werden. Gemeinsame Zielrichtung heißt also nicht, daß alle Beteiligten gleiche Aufgaben haben, sondern daß sie unterschiedliche Funktionen – die psychotherapeutische, die pädagogische, die sozialtherapeutische – übernehmen und hier jeweils Bündnisse mit dem Kind bzw. Jugendlichen herstellen.

Auf die in diesem Zusammenhang bedeutsame „bündnisschaffende“, „rahmensetzende“ und „integrative“ Funktion sogenannter Wiedervorstellungen (wiederholter Fallkonferenzen) soll weiter unten eingegangen werden.

Zur Organisation von psychotherapeutischen Rahmenbedingungen

Es ist für die Entwicklung des Kindes entscheidend, daß ihm ein seinem Entwicklungsstand angemessenes soziales Umfeld angeboten wird, ein Umfeld, das es weder über- noch unterfordert, das nicht zu bewältigende Gefahren meidet, zugleich aber einen Freiraum bietet, der Selbstverwirklichung und Selbstentfaltung begünstigt. Was für die normale Entwicklung des Kindes gilt, ist gleichermaßen bedeutsam für die klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, zum Teil auch von Erwachsenen; auch hier ist es wichtig, einen überschaubaren, im Hinblick auf den Entwicklungs- und Konfliktstand „passenden“ Rahmen bereitzustellen.

Bei Patienten, die mit Psychotherapie nicht vertraut sind und die ihr Verhalten an stereotypen Arzt- bzw. Patientenrollen orientieren, besteht die Gefahr, daß „organisatorisch bedingte Belastungen dazu beitragen, daß stationäre psychoanalytische Therapie vor ihnen Halt macht“; „die vergleichsweise offene soziale Situation in einer psychotherapeutischen Klinik führe zu Rollenverunsicherungen, die Lösungen erfordern“ (Streeck 1976, S. 210). Die Herstellung von Anpassung an die Wertmuster des Klinikmilieus setzt gesunde Ich-Anteile voraus, die sich unter anderem auch in der Fähigkeit zum Behandlungsbündnis niederschlagen. Häufig mißlingen solche Lösungen aufgrund des Mangels an Orientierungshilfen.

Organisationsstrukturelle Faktoren in der klinischen Psychotherapie bilden den Rahmen für das therapeutische Milieu. Dazu gehören die räumliche und funktionelle Trennung von Therapie- und Realraum², die Ausgestaltung des Stationsalltags mit gezielten auf Alters- und Entwicklungsstand abgestimmten Erziehungs- und Entwicklungshilfen, die Festlegung der Art und Ausdehnung sozialer Räume (z.B. Schulversuch), die Planung und Begrenzung zeitlicher Abläufe (Trimborn et al. 1981), Faktoren, die überschaubar und „passend“ gemacht für den jungen Patienten, sich therapeutisch günstig und entwicklungsförderlich auswirken.

Bei der klinischen Psychotherapie handelt es sich um einen zeitlich begrenzten, vielschichtig organisierten Eingriff in den Lebenszusammenhang des Kindes bzw. des Jugendlichen. Dabei ist der Rahmen so weit abzustecken, daß gesunde Ich-Strukturen zur Entwicklung angeregt werden. Der Grundsatz, den Zauner in einem anderen Zusammenhang genannt hat „so viel Schonraum (hier: Rahmen) wie nötig“, um Überforderungen und Dekompensationen zu verhindern, und „so viel Belastung (hier: so wenig Rahmen) wie zumutbar, um Entwicklungen anzuregen („entwicklungsförderliche Laufställe“) kann hier ebenso gelten (Zauner 1975).

Die oben erwähnte entwicklungsfördernde Mutter, die ihr Kind alters- und entwicklungsadäquat auf die Gefahren im Straßenverkehr vorbereitet hatte, war aufgrund ihrer empathischen Einstellung zu ihrem Kind in der Lage, ihm einen Umweltraum anzubieten, in dem das Kind eine positive und ungefährdete Entwicklung nehmen konnte. In der klinischen Psychotherapie kann ein solcher Rahmen mit gemeinsamer Zielsetzung erst nach einer gründlichen Diagnostikzeit festgelegt werden. Um pathologische Organisationsstrukturen zu vermeiden, ist es wichtig anhand der Aufträge des jungen Patienten, dessen Entwicklungsstand und Konfliktodynamik, übersichtliche Umweltbedingungen zu schaffen, in denen er sich entwickeln kann.

Hemmend wirkt etwa, wenn die Teamarbeit so organisiert ist, daß die Rahmenbedingungen unklar, unübersichtlich oder auch widersprüchlich sind oder nurmehr routinemäßig gesetzt werden (rigider, verwaltender Rahmen; einseitiges Leistungsklima); ein anhaltendes Schonraumklima kann als strukturschädigender regressiver Rahmen wirken.

Je mehr Personen psychotherapeutische Funktionen im weitgefaßten Sinn übernehmen, um so mehr integrativer Aufwand ist nötig, um entwicklungsfördernde Orga-

² Die Aufteilung in die verschiedenen Bereiche, dem sogenannten Therapieraum mit psychotherapeutischen Aktivitäten im engeren Sinne (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Familientherapie) und dem sogenannten Realraum mit pädagogischen und sozialtherapeutischen Aktivitäten, geht auf die altersspezifischen Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen ein; einerseits wird in der Psychotherapie im engeren Sinne die Bearbeitung konflikt- und entwicklungspathologischer Psychodynamik möglich, zum anderen wird im Realraum ein Übungsfeld zum Erlernen mangelhaft entwickelter sozialer Techniken Beziehungs- und Umgangsformen angeboten (Zauner 1971, 1972, 1975).

nisationsstrukturen herzustellen. Darum bedarf es gleichsam einer institutionalisierten Schaltstelle, deren Funktion es ist, die mehrfokalen Behandlungsbündnisse in der klinischen Therapie herzustellen und die Handlungsabläufe im klinischen Rahmen festzulegen und zu integrieren; eine Schaltstelle, mit der Funktion, in bezug auf das klinisch-psychotherapeutische Setting „Therapierbarkeit“ herzustellen.

Für diese Zwecke hat sich folgendes Vorgehen als sinnvoll und zweckmäßig erwiesen: nach einer einleitenden Diagnostikzeit von 2 bis 4 Wochen wird in der sogenannten Zweitsichtbesprechung eine klinische Gesamtdiagnose formuliert. Beteiligt an dieser Konferenz sind der Leiter der Einrichtung, der Therapeut als Vertreter des Therapieraumes, der Stationsarzt, der Bezugslehrer als Vertreter des Realraumes und der Sozialarbeiter in seiner Brückenfunktion für Schule und Beruf. In dieser Konferenz gilt es, den Gesamtbehandlungsplan zu erstellen mit seiner intrapsychischen, interpersonellen und sozialen Zielrichtung. Das Kind bzw. der Jugendliche werden entsprechend ihren alters- und entwicklungsspezifischen Voraussetzungen an der Konferenz in deren zweiten Teil beteiligt. Es werden mit dem Patienten gemeinsam der aktuelle Konfliktfokus bestimmt und konkrete Vereinbarungen und Paktabsprachen getroffen. Dabei wird immer Bezug genommen auf die nächstfolgende gemeinsame Besprechung, die sogenannte Wiedervorstellung (wiederholte Fallkonferenz), die von da an in gleicher personeller Zusammensetzung in zeitlichen Abständen von 2 bis 4 Wochen wiederholt wird. Diese Wiedervorstellungen unterteilen die Psychotherapie in der Klinik in zeitliche Abschnitte und dienen der Integration und Koordination der verschiedenen therapeutischen Aktivitäten. Sie werden jeweils zunächst ohne den Patienten zur Behandlungsbilanzierung anberaumt und haben im zweiten Teil die Funktion gemeinsam mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen, die weitere Behandlungsgestaltung festzusetzen. Dabei steht im Vordergrund das Bemühen zum einen um eine Allianz des realitätsangemessenen, vernunftgeleiteten Ichs des Kindes oder des Jugendlichen mit den therapeutischen Kräften in der Klinik, zum anderen um die Bereitstellung eines überschaubaren, passenden zeitlichen und räumlichen Umfeldes. Der junge Patient wird hier zum aktiven Mitgestalter seiner Behandlung, indem entsprechend seinem jeweiligen Entwicklungsstand die gesunden Ich-Anteile als Bündnispartner angesprochen und verstärkt werden. Ziel ist es, in den verschiedenen therapeutischen Bereichen – dem psychotherapeutischen, dem pädagogischen und sozialtherapeutischen – Allianzen herzustellen und zu erneuern, sei es in Form von Paktabschlüssen, sei es in Form lockerer Vereinbarungen oder Zielsetzungen.

Die integrative Funktion der sogenannten Wiedervorstellungen (wiederholten Fallkonferenzen)

Anhand von zwei Beispielen soll dieses Vorgehen illustriert werden. Es handelt sich um besonders schwierige Behandlungen.

Massive aggressive Durchbrüche und Realitätsverkennungen im Zustand psychotischer Dekompensation hatten den 14-jährigen Dieter in psychiatrische Behandlung geführt. Nach relativer Stabilisierung wurde er in unsere Einrichtung überwiesen mit der Frage, ob er hier psychotherapeutisch zu behandeln sei. Wegen der fraglichen Indikation zur stationären Psychotherapie wurde eine der genaueren Diagnostik dienende Probezeit vereinbart. In der „Zweitsichtbesprechung“ unter Beteiligung des Leiters, des Therapeuten, des Stationsarztes, des Erziehers und des Sozialarbeiters stellte sich die Frage, ob Dieter überhaupt in der Lage sei, sich in die Bedingungen einer psychotherapeutischen Kinderstation einzufügen. Die für ihn neue und veränderte Situation, der er hier begegnete, hatte zu einer vermehrten Desorganisation seines Ichzustandes geführt. Ein Hinweis auf die Ichbedrohung gab seine neu aufgetretene Klausymptomatik, die entsprechend seiner prämorbidem Struktur als Ausdruck von Desorientierung, des Verschwimmens von Selbst-Objekt-Grenzen angesehen wurde. Die Überlegung ihn als nicht behandelbar zu entlassen, lag nahe. – Es wurde vereinbart, weitere 3 Wochen als Probebehandlungszeit anzusetzen mit dem Angebot eines festen, überschaubaren Rahmens. Einzelzimmer, fester Tagesplan, tägliche Erziehergespräche, tägliche Kurzzeittherapie. In diesen drei Wochen kam es zu einer deutlichen Verbesserung im Befinden von Dieter. Er erschien regelmäßig zu den angesetzten Terminen, seine Klausymptomatik verschwand. Er hatte sich deutlich hinsichtlich seines Ichzustandes stabilisiert. In der ersten Wiedervorstellung nach 3 Wochen stellte sich nun nicht mehr die Frage, ob er überhaupt bleiben könne. Hatte er noch in der Zweitsicht jegliche Verschlechterung seines Befindens geleugnet, so konnte er jetzt feststellen, daß es ihm wieder besser gehe. Die Verbindung zwischen seiner Stabilisierung und den Hilfsangeboten durch Strukturierung der äußeren Situation war ihm selbst deutlich und konnte als Hinweis auf seine beginnende Selbstbeobachtung und erste Schritte in Richtung auf Einsicht angesehen werden. Die Frage lautete jetzt, welche Behandlungserwartungen und -ziele er selbst mit dem stationären Aufenthalt verknüpfe. Seine Antwort lautete: „Ich will zu meinen Eltern nach Hause; ich will von der Klinik aus einen Schulversuch machen.“ Als Ausdruck seines gespaltenen Ichzustandes stellte Dieter diese unvereinbaren Aussagen gleichgewichtig nebeneinander. Zusammen mit dem Hilfsangebot von synthetisch integrativen Funktionen – wenn er so Widersprüchliches sage, dann hänge das vielleicht mit seinen Zweifeln zusammen, ob er hier überhaupt eine Behandlung machen wolle (noch unklare Therapiemotivation) und dem Hinweis, daß die beteiligten Therapeuten seine Zweifel daran teilen, ob er von der Behandlung hier profitieren könne –, wurden verschiedene, auf die Ichorganisation abzielende, zeitlich begrenzte Aufträge im Sinne von Paktabschlüssen vereinbart: Vor allem sei wichtig, daß er auf sich selber achte (Appell an die Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit, Selbstbeobachtung, Beachtung von Toleranzgrenzen), insbesondere darauf, wann es ihm schlechter gehe. Wie eine Verschlechterung seines Befindens aussähe, habe er ja jetzt im Rückblick auf die Anfangszeit in der Klinik festgestellt (Vermeidung der Gefahr von Ichdekomensation). Sobald eine Verschlechterung eintrete, solle er sich an die Erzieher wenden (Sorge für sich selbst tragen) und versuchen, alleine oder mit Hilfe des Erziehers oder des Therapeuten herauszufinden, woran es liegen könne (Appell an synthetische Ichfunktionen, Anregung zur Verbalisierung). Eventuell müsse bei Verschlechterungen wieder eine engmaschigere Tagesstruktur angeboten werden („Stützkorsett“ des Ichs, „Laufstall“). Da er noch nicht wisse, ob eine Behandlung für ihn sinnvoll sei, sei es günstig mit seinem Einvernehmen eine weitere Probebehandlungszeit von 3 bis 4 Wochen zu vereinbaren (Stärkung des Zeitgefühls als

Form des Selbstschutzes, Limitierung zur Vermeidung von Entgrenzung, Stärkung der Zweifel als gesunder Ich-Anteil). Seine widersprüchlichen Aufträge „Schulversuch-Entlassung zu den Eltern“ seien in dieser Zeit gemeinsam mit den anwesenden Therapeuten und pädagogischen Bezugspersonen zu prüfen:

- im Hinblick auf den Schulversuch sei in der Klinikklasse sein derzeitiger Lern- und Leistungsstand zu prüfen;
- da er bisher nur in Begleitung außerhalb des Klinikgeländes war, sollten in Absprache mit den Erziehern seine Bewegungsräume vorsichtig weiter gesteckt werden;
- mit dem Sozialarbeiter seien Vorgespräche zur Erkundigung hinsichtlich der schulischen Bedingungen wichtig;
- mit dem Therapeuten und Stationsarzt seien die Bedingungen des Nach-Hause-gehens zu den zur Zeit ablehnend eingestellten Eltern zu prüfen;
- in der Therapie sei vorderhand wichtig, an den aktuellen Problemen zu arbeiten, die sich im Stationsleben oder bei Durchführung der oben erwähnten Absprachen ergeben.

Die 8wöchige Probebehandlung führte zu einer allgemeinen Besserung des Befindens von Dieter mit Zeichen einer stabileren Ich-Organisation. Vorläufer von Selbstbeobachtung und Einsichtsfähigkeit zeichneten sich ab, bewegten sich aber noch auf einem relativ niedrigen Entwicklungsniveau. Hinsichtlich terminlicher Absprachen und Vereinbarungen war er zur Mitarbeit zunehmend in der Lage. Grenzziehende Funktionen zur Stabilisierung seiner Selbst-Objekt-Grenzen und synthetische Funktion zur Verhinderung von Fragmentierungen mußten über rahmensetzende Hilfsangebote sowohl im Realraum als auch im Therapieraum weiterhin gefördert und gestaltet werden.

2. Fallbeispiel

Die 17jährige Andrea kommt wegen Schrei-, Zuck- und Ohnmachtsanfällen zur stationären Behandlung. Die vorherige Behandlung in einer psychotherapeutischen Einrichtung hatte dazu geführt, daß sie wegen zunehmender Verschlechterung der Symptomatik in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung verlegt werden mußte. Die etwas vorgereift wirkende Jugendliche konnte sich anfänglich gut in die Bedingungen der Jugendlichenstation einfügen. Bald aber – und dies noch während der Diagnostikzeit – verschlechterte sich ihr Zustand zunehmend. Ihre immer häufigeren Schrei-, Zuck- und Ohnmachtsanfälle versetzten die jugendlichen Mitpatienten und die Erzieher der Station gleichermaßen in Aufruhr. Im zweiten Teil der Zweitsichtkonferenz wurde gemeinsam mit Andrea über die derzeitige Situation gesprochen. Die Verschlechterung ihrer Symptomatik im Verlauf des bisherigen Aufenthaltes machte allen Beteiligten Sorge und legte den Schluß nahe, daß stationäre Therapie „Gift“ für sie sei (maligne Regressionstendenz). Man müsse an Entlassung denken, da die Grenzen der Belastbarkeit für Mitpatienten und Erzieher erreicht seien (Lernen am Modell: „Wir achten auf unsere Belastungsgrenze“). Im weiteren Gesprächsverlauf wurde auf die verschiedenen Persönlichkeitsanteile eingegangen, die Andrea bei sich selbst ebenfalls feststellen konnte. Da sei die reife Andrea, die über eine Reihe von gut entwickelten Fähigkeiten verfüge und die andere, die kranke, unreife Andrea, die all diese erworbenen Fähigkeiten aufgebe und nur noch wie ein Kleinkind schreiend und zuckend auf sich aufmerksam machen könne. Die Erfahrung habe gezeigt, wenn sie sich nicht über ihre reifen, vernünftigen Anteile mit uns verbinde, Therapie nicht möglich sei, sie vielmehr wieder auf eine geschlossene psychiatrische Station verlegt werden müsse (Versuch der Herstellung von Einsicht; Hinweis auf therapeutische Ich-Spaltung). Darum sei es wichtig von verschiedenen Seiten

anpackend, mit ihren gesunden Ich-Anteilen zusammenzuarbeiten:

- da die Anfälle bisher vor allem nach dem Besuch des Speisensaals aufgetreten waren, solle sie in den nächsten 14 Tagen auf der Station essen (Entlastung bei vermuteter Überforderung);
- den Anfällen selbst solle nicht mehr die Beachtung wie bisher geschenkt werden. Sie solle so weit wie möglich im Anfall isoliert werden von den anderen (Vermeidung von sekundärem Krankheitsgewinn). Es solle lediglich darauf geachtet werden, daß sie sich nicht selbst verletze;
- sie solle mit ihren gesunden Anteilen sich bemühen auf Zeichen zu achten, durch die sie ihre Anfälle ankündigen (Selbstbeobachtung), dann einen Erzieher aufsuchen und versuchen, Verbindungen herzustellen zwischen dem Anfall und eventuellen vorausgegangenen unangenehmen Ereignissen (synthetische Funktion des Ichs, Anregung zum Verbalisieren);
- in der Therapie solle neben anderem besonders auf die Wahrnehmung von Affekten geachtet werden.

Diese Absprachen führten dazu, daß Andrea sich innerhalb der nächsten 14 Tage zunehmend stabilisierte. Die zuvor 2 bis 3mal pro Tag aufgetretenen Anfälle wurden deutlich seltener. Andrea stellte sowohl im Therapie- als auch im Realraum zunehmend einen Zusammenhang her zwischen den Anfällen und Gefühlen von Wut, die vor allem aus dem Erleben resultierten, in den von ihr abgesteckten Grenzen nicht akzeptiert zu werden. Die Wiedervorstellung nach 4 Wochen hatte das Problem zum Thema, daß ihre Anfälle nunmehr verändert, nicht mehr als Schrei- und Zuck-Anfälle imponierten, sondern als Ausdruck blindwütigen, ungerichteten Tobens angesehen werden mußten. An diesem Punkt war jetzt angezeigt vor allem von pädagogischer Seite, Andrea Lern- und Entwicklungshilfen im Umgang mit Aggressionen anzubieten.

Durch den Appell an die reifen, vernünftigen Ichanteile der Jugendlichen und die klare Organisation und Rahmensetzung des klinischen Settings war es möglich, mit ihr ein Behandlungsbündnis herzustellen. Die Gefahr eines malignen Verlaufes konnte auf diesem Wege vermieden werden. Dabei war auch die Vorerfahrung einer ungünstig verlaufenen Behandlung hilfreich und die daraus sich ergebende Einsicht in die Notwendigkeit, ihre gesunden Kräfte in den Dienst der therapeutischen Ich-Spaltung zu stellen.

An einem alltäglichen Beispiel habe ich veranschaulicht, daß bestimmte mütterliche Einstellungen die Entwicklung des kindlichen Ichs fördern, Einstellungen, die auch in der klinischen Psychotherapie nutzbar gemacht werden können. Ich habe diese Einstellungen „bündnisbildende“ und „rahmensetzende“ Funktionen genannt. Sie müssen in der klinischen Psychotherapie – abgestimmt auf den Alters- und Entwicklungsstand des Kindes bzw. des Jugendlichen – auf den verschiedenen Ebenen therapeutischen Umganges bereitgestellt werden. Das Behandlungsbündnis fördernd und damit potentiell strukturbildend wirken dabei Angebote, die auf dem Hintergrund eines „passenden“ Umweltraumens auf die Entwicklung von Einsicht, Verbalisierung und Identifikation abzielen. Die Fähigkeit zur Herstellung von Behandlungsbündnissen gilt als Maßstab von Ich-Reife, das Angebot eines dem Entwicklungsstand angemessenen Umweltraumens dient als notwendiges äußeres Stützkorsett des Ichs.

Als Schaltstelle, die dazu dient, Allianzen zu entwickeln, zu fördern und die Organisation der verschiedenen Handlungsräume in der Klinik aufeinander abzustimmen, sind die sogenannten Wiedervorstellungen (wiederholte Fallkonferenzen) anzusehen. Sie finden regelmäßig in 2- bis 4-wöchentlichen Abständen statt unter Beteiligung des Leiters der Einrichtung, des Stationsarztes, des Therapeuten, des Erziehers und Sozialarbeiters. Der erste Abschnitt dieser Wiedervorstellungen, an dem das Kind oder Jugendliche nicht teilnehmen, dient der Behandlungsbilanzierung und -planung, während der zweite Abschnitt dem Bestreben gilt, den jugendlichen Patienten als aktiven Mitgestalter seiner Behandlung anzusprechen und einzubeziehen. Ziel ist es hier einen Prozeß der ichstrukturellen (Weiter-)Entwicklung in Gang zu setzen.

Gelegentlich wurde ich gefragt, ob das hier beschriebene Vorgehen, wenn nicht den Jugendlichen, so doch das kranke Kind überfordere. Das Gegenteil ist der Fall. Die mit diesem Vorgehen verbundene narzißtische Gratifikation des Ernstgenommenwerdens als aktiver Mitgestalter, das dem Kind oder dem jugendlichen Patienten entgegengebrachte empathische Verstehen wirken sich positiv und entwicklungsanregend aus.

Summary

“Guiding” and “Alliance Forming” Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents

The present article describes certain therapeutic attitudes in the multidimensional approach of clinical psychotherapy which assist the stabilization of ego organization in the child or adolescent. Such attitudes are investigated with regard to their alliance-forming and guiding therapeutic functions, and their significance for the development of an infantile or adolescent ego is discussed. Two short case histories are quoted to elucidate the techniques of including the child or adolescent as an active ally in clinical psychotherapy and of providing an appropriate setting, designed to suit the individual ego organization of the patient. It is shown that ego-stabilizing approaches of this kind are a means of preventing the danger of ego decompensation (danger of psychotic decompensation or malign regression, as in the case histories quoted).

Literatur

- Balint, M. (1974): Ich-Stärke, Ich-Pädagogik und „Lernen“. In: Kutter, P.; Roskamp, H. (Hrsg.): *Psychologie des Ich*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. – Freud, A. (1973): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München: Kindler. – Greenson, R. R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett. – Heigl, F. (1981): Psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan. In: Baumann, U. (Hrsg.): *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban & Schwarzenberg. – Hoffmann, S. O., Trimborn, W. (1979): Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung psychischer Substrukturen (Instanzen). In: *Psychosom. Med.* 25, 153. – Katan, A. (1961): Some thoughts about the role of Verbalization in early childhoods. In: *Psychoanal. Study Child* 16, 184. – Kennedy, H. (1981): Die Bedeutung der Einsicht in der Kinderanalyse. In: Biermann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Bd. 4. München: Reinhardt. – Lindgren, A. (1982): *Ronja Räubertochter*. Hamburg: Oetinger. – Morgenthaler, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Syndikat. – Sandler, J., Kennedy, H., Tyson, R. L. (1982): *Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud*. Frankfurt: Fischer. – Schowalter (1976): Therapeutik Alliance and the role of speech in childanalysis. In: *Psychoanal. Study child* 31, 415. – Sterba, R. (1974): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. In: Kutter, P., Roskamp, H. (Hrsg.): *Psychologie des Ich*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. – Streeck, U. (1977): Zur sozialen Situation von Patienten in einer psychotherapeutischen Klinik. In: *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 11, 193. – Streeck-Fischer, A. (1982): Einige Überlegungen zum realen Verhalten des Analytikers. Unveröffentlichte Examensarbeit. – Trimborn, W., Brodthage, H., Hoffmann, S. O., Stemmer, Th. (1981): Die Bearbeitung von Trennung und Entlassung im Rahmen der stationären Psychotherapie. In: Heigl, F., Neum, H. (Hrsg.): *Psychotherapie im Krankenhaus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Zauner, J. (1971): Zur Problematik des Arbeitsbündnisses bei der psychoanalytischen Behandlung schizoider Jugendlicher in der Klinik. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 10, 113. – Zauner, J. (1972): Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 20, 166. – Zauner, J. (1975): Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Klinik – Probleme und Möglichkeiten ihrer Anwendung. In: Pusta, F. u. Spiel, W. (Hrsg.): *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongreßbericht des V. Kongreß der Union Europäische Pädopsychiater in Wien*.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Annette Streeck-Fischer, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, 3405 Rosdorf.