

Pittner, Willi und Kögler, Michael

Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 8, S. 308-313

urn:nbn:de:bsz-psydok-29439

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

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationsverhalten im familien-therapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling)	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Enkopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60	Tagungsberichte	
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children)	238	H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160	H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konfliktziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243	H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155	H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7. 1982 in Dublin	318
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271	Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313	Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Bericht aus dem Ausland		Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75	Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250
		Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	

Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens

Von Willi Pittner und Michael Kögler

Zusammenfassung

In dieser Kasuistik geht es um ein 8-jähriges Mädchen aus einem Heim, welches durch ihr kleinkindhaftes Verhalten wie Stammeln, unmotiviert anmutendes Schreien und Lachen, Einnässen und Wutanfälle auffiel. Ihr besonderes Benehmen und ihre Konzentrationsschwäche führten zu Schulversagen. Dem Stationskonzept entsprechend entwickelte sich während des 15-monatigen stationären Aufenthaltes unter ärztlicher Supervision eine therapeutische Beziehung zu einem Heilerziehungspfleger, der dem Kind während seiner Arbeitszeit zur Verfügung stand. In einem langen regressiven Prozeß wurden die frühkindlichen Traumata verständlich und nacherlebbar. Es wird geschildert, wie das provozierende Agieren des Kindes die Gegenübertragung der Bezugsperson auf das Äußerste belastet. Schließlich wird durch das Erkennen und Wiedererleben der Not eine Beziehungsform möglich, in der das Kind nicht mehr seine Spannungen agiert, sondern sie allmählich als Konflikte zu verbalisieren vermag. Dies geschieht unter weitgehender Aufgabe der oben geschilderten Symptome.

Einleitung

An unserer kinderpsychiatrischen Station hat sich in langjährigen Erfahrungen eine analytisch orientierte Therapieform entwickelt, die von Bezugspersonen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst getragen wird. Diese unterhalten während ihres 8-stündigen Schichtdienstes zu jeweils ein oder zwei der ihnen anvertrauten Kinder mit seelischen Erkrankungen eine therapeutische Beziehung, in die alle anderen therapeutischen Aktivitäten wie z.B. Gestalt- und Mototherapie, Psychodrama, Spiel- oder Gesprächsgruppe oder Heilpädagogik integriert werden (Kögler). Jeder der zwei Gruppen mit je 8 Plätzen wird von einem Arzt oder Psychologen geleitet, dem neben den Aufgaben der Diagnostik und der Elternarbeit vor allem die Verlaufskontrollen dieser therapeutischen Beziehungen obliegt. Hier stehen vor allem die Erklärungen zum Verständnis der Psychodynamik und der inneren Not des Kindes im Vordergrund, welches auf unbewußte Art und Weise in oft dramatischen Inszenierungen immer wieder die Geschichte seiner frühen pathogenen Beziehungen erzählt. Zum anderen hat der Gruppenleiter die emotionale Einstellung der Bezugspersonen zu „ihren Kindern“ während des Therapieverlaufes immer wieder zu überprüfen, um Behinderungen zu erkennen und zu bearbeiten.

Die bei der stationären Aufnahme 8-jährige Karin, deren Heilbehandlung hier dargestellt wird, war in dem Kinderheim, in dem sie seit ihrem 3. Lebensjahr untergebracht war, durch nicht altersgemäßes Verhalten aufgefallen; sie

behne sich wie ein Baby, spreche und gehe wie ein Baby. Das Kind habe ein besonderes Bedürfnis nach Einzelkontakt und beanspruche alles Personal für sich. Sie widersetze sich aggressiv und konstant allen Anforderungen. So werfe sie in blinder Wut die in der Nähe stehenden Gegenstände um sich oder zerreiße ihre Kleider. Der Machtkampf mit dem Personal werde schließlich so beendet, daß sich das Kind irgendwo austobe. Karin näßt fast jede Nacht ein, tagsüber häufig mehrmals. Nach zwei Zurückstellungen besuchte das damals 8-jährige Kind die erste Klasse der Grundschule. Der Klassenlehrer beschreibt sie als unkonzentriert, zappelig, flüchtig, unselbständig und aufsässig. Durch ihr auffälliges Benehmen wie z.B. Essen von Herbstlaub oder ihr selbstverständliches Bedienen am Eigentum der anderen Kinder sei sie zum Außenseiter und Einzelgänger geworden.

Von Karin's frühkindlicher Entwicklung ist nur wenig bekannt. Die Eltern seien Alkoholiker gewesen. In der Jugendamtsakte ist vermerkt, daß der wütende Vater den Säugling einmal gegen die Wand geworfen habe. Nachbarn hätten sich öfter der schreienden Kinder angenommen. Karin hat noch neun Geschwister, von deren Existenz sie nur zum Teil weiß. Die Mutter verstarb 1979, zum Vater bestehen keine Kontakte.

Schilderung des Therapieverlaufs

Nach den ersten 2 bis 3 Wochen jeder Heilbehandlung versammelt sich das Team, um die beobachteten Verhaltensweisen und die gefühlsmäßigen Einstellungen der Mitarbeiter zum Kind zusammenzutragen. Unter Hinzuziehung der Anamnese und der auslösenden Situation entwickelt sich ein häufig spannender Prozeß, in dem das problematische Verhalten des Kindes und seine Symptome für uns verständlich und einfühlbar werden. Wir fanden bei Karin, daß ihr Verhalten einem Kleinkind entsprach: sie näßte Tag und Nacht ein, stammelte in Zwei-wort-Sätzen, kroch auf dem Boden umher, umklammerte jedermanns Beine, quiekte und schrie. *Alles in allem wirkte sie auf uns wie ein geistig behindertes Kind. In meiner Gegenübertragung spürte ich* bei mir, daß ich dieses Kind beschützen und bewahren will, ihm möglichst viele Schwierigkeiten ersparen möchte. Dies äußert sich darin, daß ich ihr gestatte, zu den Gruppenversammlungen freiwillig zu kommen, obwohl nach dem Therapiekonzept diese für alle Kinder verpflichtend sind. Ich wasche sie, wenn sie eingenäßt hatte, binde ihre Schuhe, obwohl sie die technischen Fertigkeiten dazu hatte. Es war mir besonders wichtig, Karin vor dem Zubettgehen eine festgelegte Zeit zur Verfügung zu stellen. Eines Abends nutzte sie diese zu folgendem Rollenspiel: sie*

* Die Ich-Form bezieht sich auf die Bezugsperson.

spielt ein Baby, das bei einem Polizisten ist. Ein Dieb soll dem Polizisten das Baby wegnehmen. Das Baby geht freiwillig zum Dieb, der sich aus Matratzen ein Haus gebaut hat. Sie kriecht in das Haus zu dem Dieb, lehnt sich an ihn an und ist schadenfreudig, wenn er auf ihre Aufforderung hin ärgerlich und ablehnend „bruddelt“. Karin weist in dieser Szene auf ihr strenges, liebloses Elternhaus hin mit dem Wunsch, durch Gestohlen-werden zu einer liebevollen Bezugsperson zu kommen. Sie nimmt die Ablehnung ihres Bedürfnisses nach Zärtlichkeit und Geborgenheit vorweg und hält sich am Dieb schadlos dadurch, daß sie sich über dessen Ärger freut. Dieses Rollenspiel zeigt, was Karin in den folgenden Wochen und Monaten immer wiederholt: indem sie sich an meine Beine klammert, äußert sie ihr Liebesbedürfnis in einer Art, die immer zu dramatischen Auseinandersetzungen führt. Sie äußert in diesen Inszenierungen ihr ursprüngliches Trauma, mit ihren natürlichen frühkindlichen narzistischen und oralen Wünschen zurückgewiesen zu sein. So stiehlt sie sich Zärtlichkeit von Erwachsenen, die sie für lieblos hält, deren phantasierte Strafen sie infolge dessen verlachen kann. (Manische Abwehr der Depression).

In den nächsten Wochen regrediert Karin, indem sie sich Pampers anziehen läßt, Flasche und Brei haben will. Ich bin besonders froh und glücklich, ihre Zufriedenheit zu erleben. Während dieser Regression und meiner zufriedenen Annahme beobachteten wir, daß sie autonomer wird. Sie lernt Fahrradfahren, Rollschuhlaufen, Schwimmen und auf Stelzen gehen. Unter welchen Umständen dies geschieht, beschreibt folgendes Beispiel: Karin will mit einem Erwachsenenfahrrad fahren und bleibt damit auf meine Hilfe angewiesen (Identifizierung und Versorgungsanspruch). Ich lehne es trotz ihrer wütenden und schimpfenden Proteste ab, sie festzuhalten und mache ihr stattdessen ein Kinderfahrrad zurecht. Jetzt lernt sie damit umzugehen und fährt schließlich lustvoll in der Gegend umher.

Karin ist in mich verliebt. Gleichzeitig zeigt sie erstmals in offener Weise ihre Wut, indem sie z.B. einen Stuhl zerschlägt. Nach einem Kurzurlaub, den ich in dieser Zeit mache, reagiert sie zunächst mit der bis dahin üblichen Sprachlosigkeit ihres Inneren. In den Gruppenversammlungen schreit sie, lacht sie und kriecht wie ein Kleinkind auf dem Boden umher. Unter dem Einfluß der Rückmeldungen aus der Gruppe wirkt sie dann erstmals betroffen, zieht sich zurück und kann ihre Enttäuschung spüren.

Es folgte nun eine lange Phase, in der Karin abwechselnd einmal in mich verliebt ist oder sich bei Anforderungen wütend verweigert. Soll sie z.B. ihre Schuhe suchen, beschimpft sie mich lauthals, wertet mich ab und versteckt sich hinter ihrem Pullover, wenn ich auf meiner Forderung bestehe. Obwohl ich bei mir spüre, welche Energie es mich kostet, konsequent zu bleiben, verlange ich weiterhin mehr Selbständigkeit von ihr.

Karin schämt sich, weil ihre Augen schielen. Sie erlebt dies offenbar als narzistische Kränkung. Anfangs noch verschämt, dann immer offener beklagt sie sich darüber, daß sie keinen Penis hat. Sie wirft mir vor, ich hätte ihn abgeschnitten. Immer wieder modelliert sie einen Penis aus Knet und steckt ihn provozierend in ihre Hose. Einmal

spricht sie wieder verschämt und kleinlaut mit mir über ihre Penislosigkeit. Dann möchte sie, daß ich ihren Po bewundere, den sie sogleich mit Creme pflegt. Ich habe Verständnis für ihre Not und creme bewundernd, wie sie es möchte, ihren Po ein. Als sie zu Fasching eine schöne Prinzessin sein möchte, merke ich, daß sie einen wichtigen Entwicklungsschritt getan hat.

Ich möchte an dieser Stelle kurz beschreiben, daß wir zum damaligen Zeitpunkt aufgrund unserer Überlegungen einen Umbau der Schlafräume durchgeführt haben. Wir ließen uns von *Bettelheim* inspirieren: nach seinen Erfahrungen haben die Kinder aufgrund ihrer Ängste vor dem Verlassenwerden und ihrer Neidgefühle in der Gruppe bessere Bedingungen. In unserem neuen Schlafsaal hatte jedes der 8 Kinder einen eigenen Bereich mit Bett, Schrank, Regal und Arbeitsplatz. Am Bett findet sich ein Vorhang, so daß sich die Kinder wie in eine Höhle zurückziehen können. Ein anderer Bereich ist für Gemeinschaftsaktivitäten vorgesehen. Mit dem bisherigen Zustand, der Unterbringung in Zwei- und Dreibett-Zimmern hatten wir keine guten Erfahrungen gemacht. Meist schlossen sich Kinder mit ähnlicher Problematik zusammen, wobei sich die Stillen und Depressiven zurückzogen, um sich gegenseitig zu stabilisieren, während die Kinder mit Plus-Symptomatik stets enttäuschende Erfahrungen miteinander machten. Beim Umzug in den neuen Schlafsaal zusammen mit den anderen Kindern ist Karin sehr aktiv und selbständig; sie will alles alleine einräumen, wirkt ausgeglichen und glücklich. Am Abend wird sie während meiner Abwesenheit von einer Mitarbeiterin zusammen mit einem anderen Mädchen und einem Jungen im Bett gefunden, während sie an ihren Geschlechtsteilen spielten. Auf Intervention der Betreuerin reagiert Karin mit Betroffenheit, in der Nacht bekommt sie Fieber, Halsweh, Husten und starke Atemnot (Pseudocroup). Ihre Erkrankung wurde offenbar ausgelöst durch die Angst vor Strafe, nachdem sie sich zuvor in ihrem Bereich auf diese Art und Weise entfaltet hatte. Sie ist wohl deshalb so plötzlich körperlich erkrankt, weil sie wegen ihrer strengen und lieblosen Vergangenheit keinen Zugang zu ihren Gefühlen hatte finden können. Ich war tief betroffen und erschrocken über die Schwere ihrer Reaktion, die sich so schnell während meiner Abwesenheit entwickelt hatte. Durch meine Anteilnahme und durch ein Geschenk konnte ich sie zur raschen Genesung ermutigen. Mir wurde klar, daß Karin meine Anwesenheit und mein Verständnis brauchte, wie die Luft zum Atmen. Karin zeigte mir damals in vielen Situationen, daß sie noch in einer engen Symbiose mit mir sein und mich wie einen verlängerten Arm benutzen wollte. So ist sie z.B. enttäuscht, als ich ihren Handschuh von einem anderen Kind nicht zurückfordere oder weil ich ein Kind nicht bestrafe, auf das sie gerade eine Wut hatte. In dieser Zeit spüre ich wieder einmal, wie mühsam so ein Heilungsprozeß ist, sich nichts von heute auf morgen ändert, sondern alles in kleinen Schritten geschieht.

Nach fast einem Jahr möchte ich Karin erzählen, wo ihre Eltern verblieben sind. Unter dem Eindruck, daß der Gesprächstermin zusammen mit ihrer Heimleiterin näher kommt, wird Karin erneut krank, bekommt Fieber und erbricht. Ihre Gefühle, die sich auf diesen Gesprächstermin

beziehen, kann sie offenbar nur mit ihrem Krank-werden zeigen. Ich weiß von mir, daß ich in dieser Zeit große Ängste hatte, ihr diese Belastung zuzumuten. Ich war schon geneigt, den Gesprächstermin abzusagen, um sie zu schonen. Schließlich mute ich ihr doch zu, sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen. Als ich ihr dann mitteile, daß ihre Mutter gestorben sei und ihr Vater sich seit ihrer frühen Kindheit nicht um sie gekümmert habe, reagiert sie erschrocken und verängstigt. Auch war ein Anflug von Wut zu spüren, als sie fragte, warum ihre Mutter denn gestorben sei. Ansonsten wirkte sie sehr gehemmt. Ich war zum Schluß sehr erleichtert.

In der folgenden Zeit werden die Auseinandersetzungen zwischen Karin's Wünschen nach Versorgung und meinen Wünschen nach ihrer weiteren Verselbständigung immer intensiver, so daß heftige Machtkämpfe entstanden. Meine Ängste sie zu erziehen, d.h. sie nach meinen Wünschen zu verändern, wurden immer deutlicher. Damit hätte sich aber Karin's ursprüngliches Trauma, von Erwachsenen aus Gründen der Machtausübung überfordert zu werden, wiederholt. Ich wäre zu dem Polizisten geworden, den sie in ihrem Initialspiel fürchten mußte. Durch meine eigenen depressiven Gefühle in dieser Zeit konnte ich meine Kindheitsgeschichte nacherleben und eine Identifikation mit der Erzieherrolle verhindern. Es gelang mir mehr und mehr eine gelassene Distanz zu wahren, und durch meine veränderte Haltung konnte Karin Vertrauen gewinnen und sich weiter entwickeln. Damals in einem Gespräch erzählte sie mir, daß sie sich schämt, weil sie nicht gelernt habe, sich zu wehren. Die Mitteilung ihres Schamgefühls zeigt nun deutlich, daß der Zustand ihrer Sprachlosigkeit sich geändert hat. So forderte sie mich auch auf, mit ihr in Konfliktfällen mehr Geduld zu haben, was mir nun tatsächlich immer leichter fiel.

Eine Begebenheit gegen Ende des stationären Aufenthaltes zeigt mir, wie verführbar Karin ist. Sie war zusammen mit einem anderen Mädchen zu spät von einem Ausflug zurückgekommen, so daß ihr eröffnet wurde, sie könne in nächster Zeit weitere Ausflüge in dieser Art nicht mehr unternehmen. Mit diesem Verbot waren die beiden Mädchen überfordert: sie liefen sogleich weg, warfen mehrere Fensterscheiben in einem der Handwerksbetriebe der Klinik ein. Im Unterschied zu ähnlichen Situationen in der Vergangenheit konnte Karin nun aber in den folgenden Gruppenversammlungen über ihre Enttäuschungswut reden, die zu diesem Vorfall geführt hatte. Sie äußerte Schuldgefühle und war zur Wiedergutmachung bereit, indem sie selbstgebackenen Kuchen zu dem betroffenen Handwerker brachte.

Während des abschließenden Sommerzeltlagers zeigte sich Karin sehr lebendig und ausreichend stabilisiert, so daß wir die Entlassungen mit der damit verbundenen Ablösung vorbereiten konnten. Sie hatte das Glück, in eine geeignete Pflegefamilie aufgenommen zu werden, wo sie sich inzwischen gut weiterentwickelt.

Ergebnisse

Nach übereinstimmender Meinung aller Mitarbeiter der Gruppe hatten sich bei Karin im Laufe ihres 15-monatigen

stationären Aufenthaltes sehr augenscheinliche Veränderungen vollzogen: das anfangs ganz in der Babyrolle verhaftete, wie geistig behindert wirkende Kind hatte bis zur Entlassung eine altersgemäße Sprache erworben, sie geht regelmäßig und meist gerne in die Schule und kommt in der zweiten Grundschulklasse gut mit.

Ihre Körperhaltung war nun aufrecht, die Bewegungen harmonischer. Im Körper-Koordinations-Test für Kinder hatte sich ihr Motilitätsquotient um 15 Punkte verbessert. Karin hatte gelernt, Fahrrad, Rollschuhe und Schlittschuhe zu fahren, auf Stelzen zu laufen sowie zu schwimmen.

Tagsüber war sie beständig trocken geworden, nachts näßte sie noch ca. einmal pro Woche ein. Bezüglich ihrer Körperhygiene sowie der Auswahl und Pflege ihrer Kleidung hatte sie eine annähernd altersnormale Selbständigkeit erreicht.

Besonders auffällig war ihr verändertes Verhalten in der Kindergruppe. Während Karin anfangs stets den Einzelkontakt zu einem Erwachsenen suchte, indem sie z.B. seine Beine umklammert hielt, schien sie schließlich in der Gruppe der Gleichaltrigen ganz gut integriert zu sein. Karin hatte große Freude an Gesellschafts- und Brettspielen, die sie gut verstand und durchhielt. Entsprechend ihres Nachholbedarfes war sie ganz begierig, immer neue Spiele zu erlernen. Sie unterhielt bis zu ihrer Entlassung zu einem etwas älteren Mädchen eine Freundschaft, die 4 Monate Bestand hatte.

Karin konnte im Verlauf der Heilbehandlung ihre weibliche Rolle besser annehmen. Während sie anfangs unter der als Kränkung erlebten Penislosigkeit litt und lange Zeit mit einem Ersatzpenis agierte, begann sie sich später mit Luftballons einen Busen zu machen, sie cremte sich sehr ausgiebig ein, badete stundenlang und wollte schließlich als Prinzessin bewundert werden.

In unseren Gruppenversammlungen hatte sie gelernt, sich zu behaupten, von ihr erlebte Ungerechtigkeiten anzuklagen, Wünsche zu äußern oder von ihr gebastelte Gegenstände vorzuzeigen. Während sie anfangs offenbar unter Scham- und Angstgefühlen in entsprechenden Situationen schrille Schreie ausstieß, sich auf dem Boden wälzte oder ihren Pullover über den Kopf zog, ritt sie später wütende, überschießende Attacken und wurde schließlich zunehmend lebendig und angemessen: Karin hatte ihre Sprache gefunden.

Das bedeutendste Ergebnis, so schien es uns, war jedoch Karin's Fähigkeit, sich in Konfliktfällen besser zu verhalten. Dadurch, daß sie ihre Sprache gefunden hatte, konnte sie über ihre Wut reden, dadurch, daß sie gelernt hatte, daß es sich lohnt, einem verständnisvollen Menschen ihre Gründe, ihr Erleben mitzuteilen, konnte sie Vertrauen fassen, Kompromisse finden und Verzicht leisten. Während sie anfangs bei Vergehen wie Weglaufen, eine Scheibe einwerfen, Zündeln oder Betätigen des Feuermelders verlegen war oder die Geschädigten sadistisch verhöhnte, konnte sie zuletzt über Gewissensbisse und Ängste reden und zeigte eine Bereitschaft zur Wiedergutmachung. All dieses drückte sich in ihrer Stimmung aus. Ihre Anfälligkeit für Kränkungen, Neidgefühle sowie die Ruhelosigkeit hatten wesentlich abgenommen. Sie wirkte ausgeglichener und lebendig.

Dieser Zustand konnte sich auch in ihrer Kreativität im Basteln und Werken ausdrücken. So fing sie an zu malen, zu stricken, mit Bausteinen zu spielen oder zu turnen. Über weite Strecken war sie ein fröhliches Mädchen geworden.

In analytischen Begriffen ausgedrückt sahen wir eine strukturelle Änderung, da sich Ich-Funktionen wie z.B. Erfassung der Realität, Angstkontrolle oder Synthese von libidinösen und aggressiven Triebimpulsen deutlich weiterentwickelt hatten. Durch die Aufgabe von Abwehrmechanismen und die zunehmende Fähigkeit zur Triebneutralisierung standen dem Ich nun größere Energiemengen zur Verfügung, welches sich unter anderem in einer Zunahme des Spannungsbogens, in ihrer Kreativität und in der Verbalisationsfähigkeit von Gefühlen zeigte. Sie war von der Haltung des Agierens, welche zum Ziel hatte, alle Unlust abzuführen und einen harmonischen Zustand herbeizuführen, zur Fähigkeit des Verbalisierens gekommen, welche ihr erlaubt, Spannungen zu fühlen und ihre Befindlichkeit mitzuteilen. Auf der Beziehungsebene wurden wesentliche Schritte zur Erlangung der Objektkonstanz erreicht. Der Aufbau von positiven und beständigen Objekt- und Selbstrepräsentanzen durch Verinnerlichung ließ eine Verringerung der Angst vor Objekt- und Liebesverlust zu, während sich die Anpassungsbereitschaft steigerte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die anfangs geschilderte Symptomatik eines kleinkindhaften Verhaltens die Folge einer Regression ist und nicht Ausdruck eines etwa organisch bedingten Entwicklungsrückstandes. Die Regression ist hier als Abwehrmechanismus zu verstehen, der die archaische Wut gegen traumatisierende Objekte zurückhält.

Diskussion

Nach der Auflistung der Behandlungsergebnisse möchten wir nun die Frage erörtern, welches Element der Behandlung war wirksam, was hat die insgesamt positive Entwicklung bewirkt? Heute ist in vielen kinderpsychiatrischen Einrichtungen eine problemorientierte Behandlung üblich (z.B. E. Kammerer, F. Mattejat), d.h. Beiträge verschiedener therapeutischer Richtungen werden von mehreren Mitarbeitern dem seelisch kranken Kind angeboten. Unter diesen Umständen ist es schwer, eine Veränderung einem bestimmten Therapieelement zuzuschreiben. Da in unserem Fall der integrierten Psychotherapie alle Aktivitäten der therapeutischen Beziehung zwischen dem Kind und einem Mitarbeiter untergeordnet sind bzw. in diese integriert werden, stellen wir als erstes fest, daß eben diese Beziehung einen heilenden Einfluß ausgeübt hat. Es ist eine Beziehung, die in der 8-Stunden-Schicht während aller Alltagssituationen gelebt wird, in der sich reale Beziehung und Übertragung sehr vermischen und in der das Arbeitsbündnis Bestand haben soll, das da heißt: mit dem Kind zusammen seinen frühkindlichen Leidensweg zu erfahren und ihm neue Möglichkeiten zu eröffnen. So wird die Bezugsperson vom Kind zwar als überfordernd, böse oder sadistisch erlebt, sie darf es aber niemals sein (Bettelheim). Um den Unterschied zur problemorientierten Therapie zu verdeutlichen, sei auf das Symptom der Enuresis hingewiesen; es

wurden keine speziellen, darauf abzielenden therapeutischen Aktivitäten unternommen. Das Einnässen besserte sich vielmehr ganz selbstverständlich in dem Maße, in dem die dyadische Beziehung Fortschritte machte.

Welche Elemente innerhalb dieser Beziehung waren nun fördernd? Wir glauben, es ist vor allem die innere Einstellung der Bezugsperson, die Achtung, Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft zuzuhören ausdrückt. So war es das zunächst für beide Seiten unverständliche initiale Rollenspiel vom Baby, dem Polizisten und dem Dieb, welches von der emphatischen Bezugsperson als etwas Besonderes erkannt wurde, als die verschlüsselte Geschichte von einem lieblosen Elternhaus, dem Wunsch von dort zu entkommen, (gestohlen zu werden) und dem Zwang, den Erretter (Dieb) ständig zu quälen. Überhaupt schien Karin zunächst zunehmend aggressives Verhalten ausdrücken zu wollen, daß sie mit allen Erwachsenen abrechnen will, stellvertretend für die frühen Beziehungspersonen, die ihr so viel Härten zugemutet haben. Es ist schwer, die Kraft zu beschreiben, die jeden Tag notwendig war, um in dem aggressiv-sadistisch agierenden Kind das Kind zu sehen, das selbst in frühester Zeit gequält und vernachlässigt wurde, sowie die Kraft, die erforderlich ist, der Versuchung zu widerstehen, das Kind durch Unterdrückung dem eigenen Willen gefügig zu machen.

Es war wichtig, dem Kind als Hilfs-Ich zur Verfügung zu stehen, um es vor den Folgen seiner Destruktivität zu schützen, seine noch gesunden Anteile zu stützen und sich anstelle der Erziehung mit seinen libidinösen und narzißtischen Wünschen zu identifizieren. Karin inszenierte (Miller 1981) auch immer wieder ihre vielen narzißtischen Kränkungen, für die stellvertretend das Erleben der Penislosigkeit stehen mag. Ihre Bezugsperson war in der Lage, das Agieren des Penisneides zu verstehen und sie auf dem Weg zu begleiten, auf dem sie ihren Körper zunehmend libidinös besetzen konnte (vergleiche Mabler). Karin drückte dies auch in eindrucksvollen Bildern aus: sie sah sich zunächst als ein archaisches, plumpes, speiendes (auto-)aggressives Ungeheuer. Sie versank dann auf dem zweiten Bild als ein weinender Junge mit zu Berge stehenden Haaren im Wasser, um als lachendes rotbackiges Mädchen mit Locken und Zipfelmütze wieder aufzuerstehen. Die Betonung des Penisneides erklärten wir uns mit ihrer Identifikation mit der männlichen Bezugsperson, zu der eine dyadische Beziehung bestand.

Geben und nehmen waren nicht einseitig verteilt. Karin machte ihre Bezugsperson glücklich, indem sie dieser in ihrer regressiven Phase gestattete, sie zu versorgen oder sie ihr die Möglichkeit gab, ihre Fortschritte in Richtung Autonomie zu erleben. Schließlich war sie es, die sie nötigte, sich mit der eigenen Kindheit auseinanderzusetzen und zu der Entscheidung, sich entweder mit der kindlichen Not zu identifizieren oder die Erwachsenen zu schonen – wie sie als Erzieher zu herrschen (Miller 1981). Der Zugang zu den Gefühlen und Erlebnissen der eigenen Kindheit, dem unmißverständlich depressive Zustände vorausgegangen waren, ermöglichte es der Bezugsperson, die Versuchungssituation zugunsten des Kindes zu beenden. Dabei half der innerhalb der Supervision immer wieder unternommene

Versuch, sich in die Lage des Kindes zu versetzen wie z.B. mit der Frage: welche Behandlung hätte ich mir als Kind gewünscht in einer Situation, in der sich Karin gerade befindet? Oder was müßte mir passieren, daß ich mich so problematisch verhalte, wie es Karin gerade tut (*Bettelheim*). Über solche Hilfen wird die Verhaltensstörung des Kindes nacherlebbar, einfühlbar und verständlich. Ist doch die Verhaltensstörung nichts anderes als die Reaktion auf das pathogene Verhalten der ursprünglichen Beziehungspersonen? Sind es nicht gerade die durch das Agieren des verhaltensgestörten Kindes in unserer Gegenübertragung deutlich spürbaren Gefühle, die uns zeigen, was das Kind erleidet, aber nicht aushalten und deshalb ausagieren muß? Das Verständnisvolle in der Haltung der Bezugsperson läßt das Kind doch noch Hoffnung gewinnen, in seiner Not gesehen zu werden, obwohl diese ihm selbst anfangs durch Abwehrmechanismen wie Verleugnung gar nicht bewußt ist.

Die Fortschritte vollzogen sich in sehr kleinen, kaum bemerkbaren Schritten. Oft gab es einen Stillstand oder Rückschritt mit nicht enden wollenden Wutattacken und bis zum Äußersten provozierten Verweigerungen. Wir hatten den Eindruck, daß eine solche Behandlung auch nur unter stationären Bedingungen erfolgreich sein kann: Nach den Begriffen von *Balint* handelt es sich zweifelsohne um eine *maligne Regression*. Karin's Bestreben zielte stets auf eine Befriedigung durch ein äußeres Objekt ab, ihr leidenschaftlich verzweifelte Anklammern, ihr hysterisch anmutendes Agieren hatte oft suchartigen Charakter und schien trotz der verständnisvollen und gelassenen Einstellung der Bezugsperson kein Ende nehmen zu wollen. Ihre Angst vor den verfolgenden und zerstörenden Objekten war zunächst zu groß, um zu der gutartigen Regression zu kommen, bei der – wie *Balint* ausführt – der Patient in einer arglosen therapeutischen Beziehung vom Analytiker erkannt und verstanden werden will. Wenn schließlich dieser Zustand doch erreicht wurde, Karin also in die Lage kam, ihre Bezugsperson vertrauensvoll von ihren Gefühlen und von ihrer Not zu erzählen, so liegt es unseres Erachtens daran, daß die Bezugsperson unter den stationären Bedingungen an jedem Arbeitstag Karin zur Verfügung stand. Das Kind konnte täglich hautnah erfahren, daß die Bezugsperson nicht ihren inneren Bildern von sadistischen und lieblosen Objekten entsprach. Der Therapeut ließ sich benutzen, um Karin die Möglichkeit zu geben, seine Güte und seinen Respekt selbst wahrzunehmen und zu erleben. *Balint's* Ausführungen helfen uns, den Übergang von der anfänglichen böartigen in die spätere gutartige Regression zu verstehen. Es waren wohl gerade die Hilflosigkeit und das zeitweise ohnmächtige Mitleiden der Bezugsperson, die verhinderten, daß das Kind in dieser ein omnipotentes Objekt erblicken konnte. Dies wäre dann möglich gewesen, wenn die Bezugsperson die Wünsche des Kindes real erfüllt, durch Deuten eine souveräne Position behalten oder durch Erziehen versucht hätte, es fügsam zu machen. All dies hätte ja das suchartige Anklammern und den wütenden Protest verstärkt. Neben dem Benutzen-lassen war es die Forderung nach weiterer Selbständigkeit, welches die notwendige Reibung entstehen ließ, um Karin's weitere Autonomieentwicklung möglich zu machen.

An dieser Stelle sei nochmals das an einen Pseudocroup erinnernde Krankheitsbild erwähnt. Es war in unmittelbarem Zusammenhang damit entstanden, daß eine Mitarbeiterin Karin mit zwei anderen Kindern im Bett fand, während diese an ihren Geschlechtsteilen spielten. Die Erkrankung trat aus voller körperlicher Gesundheit in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Entdeckung auf. Zu keinem vorherigen oder späteren Zeitpunkt sahen wir dieses Krankheitsbild bei ihr. Entscheidend für die Entstehung war die Abwesenheit der Bezugsperson. Die schwere Symptomatik der Luftnot weist darauf hin, daß für Karin die Anwesenheit ihrer Bezugsperson in dieser belastenden Situation so notwendig gewesen wäre, wie die Luft zum Atmen. In diesem Zusammenhang sei nochmals *Balint* zitiert: „Wir brauchen die Luft, können ohne sie gar nicht leben; wir atmen sie ein, entnehmen ihr Elemente und benutzen sie nach unserem Bedürfnis; dann beladen wir sie mit Stoffen, deren wir uns entledigen wollen, und atmen sie wieder aus – ohne ihr die geringste Aufmerksamkeit zu widmen. Die Luft-Umwelt muß einfach da sein; solange dies der Fall ist, solange wir genügend Luft zum Atmen haben, nehmen wir sie als selbstverständlich hin, sie ist kein Objekt, nichts von uns Getrenntes, wir brauchen und gebrauchen sie. Die Lage ändert sich plötzlich, wenn die Umwelt sich verändert, wenn z.B. den Erwachsenen die Luftzufuhr abgeschnitten wird. Dann nimmt die scheinbar nicht besetzte Umwelt plötzlich ungeheure Bedeutung an, d.h. aber: die latente wirkliche Besetzung wird deutlich“, und weiter an anderer Stelle: „Die Rolle des Analytikers in gewissen Perioden des Neubeginns ähnelt in mancher Hinsicht derjenigen der primären Substanzen (Luft) oder Objekte. Er muß da sein, er muß in sehr hohem Maße fügsam sein, er darf nicht viel Widerstand leisten, er muß unbedingt unzerstörbar sein, und muß seinen Patienten erlauben, mit ihm in einer Art harmonisch-verschränkter Vermischung zu leben.“

Noch einmal zurück zu Karin's Behandlungssituation: die Diskussion ihrer Abwehrmechanismen wie Regression zur Vermeidung ihrer archaischen Wut, Größenselbst, Spaltung, Projektion oder Verleugnung, nahm zeitweise bei uns einen sehr breiten Raum ein. Aufgrund der Erklärung ihres Verhaltens durch diese Abwehrmechanismen gelang es uns besonders in turbulenten Zeiten wieder Distanz und Gelassenheit zu gewinnen. Die Motive von Karin's Handlungen werden ja somit auf ihre Triebkräfte und deren Abwehr reduziert. Die Triebkräfte erscheinen somit als etwas Eigenständiges und nicht als eine Reaktion auf frühkindliche Traumata. Erst die Einsicht, daß wir zeitweise im Begriff waren durch unser Verhalten das ursprüngliche Trauma des Kindes zu wiederholen, ermöglichte einen neuen Bezug zu dem Kind, durch den es schließlich lernen konnte wieder Vertrauen zu wagen und die Möglichkeit fand, ihr bisher sprachloses Selbst zu entwickeln.

Summary

Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder

The present article is concerned with the case history of an eight-year-old girl from an institution who was conspicuous by her infantile behaviour like stammering, unmotivated shrieking and laughing, enuresis, and fits of rage. her peculiar behaviour and her lack of concentration resulted in unsatisfactory performance at school.

In accordance with the concept of the ward a therapeutic relationship under medical supervision was developed with one of the medical pedagogues, whom the child had access to during his working hours, while she was in the ward for a 15 months period.

In the course of prolonged recessive process the early childhood traumata became intelligible and therefore could be experienced anew. It is described how the provokative acting-out of the child affected as an immense stress factor the counter-transference of the significant other. In the end,

the perception and the renewed experience of her distress enable the child to adopt a form of relationship in which she no longer acts out her tensions but learns to express these tensions verbally as conflicts. This process is accompanied by the almost complete discontinuation of her above described symptoms.

Literatur

Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart, Klett 1970. – *Bettelheim, B.*: Der Weg aus dem Labyrinth, Frankfurt (Ullstein) 1974. – *Kammerer, E., F. Mattheyat*: Z. Kinder-Jugendpsychiat. 9. 273–287 (1981). – *Kögler, M.*: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie P. d. Kinderpsych. 2. 41–47 (1982). – *Mahler, M.*: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt S. Fischer 1975. – *Miller, A.*: Du sollst nicht merken. Frankfurt (Suhrkamp) 1981.

Anschr. d. Verf.: Willi Pittner, Dr. med. Michael Kögler, Landesklinik Nordschwarzwald, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 7260 Calw-Hirsau.