

Streeck-Fischer, Annette

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen – Einführung in die Thematik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 1, S. 3-11

urn:nbn:de:bsz-psydok-43439

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkering, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohnrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrer</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>) ...	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>) ...	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Micklej</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>) ..	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen – Einführung in die Thematik

Annette Streeck-Fischer

Gegenwärtiger Stand

Im Jahr 1998 wurden etwa 10.000 Anträge für analytische/tiefenpsychologische Psychotherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gestellt, weitere 1.000 für Verhaltenstherapie – so das Ergebnis einer Umfrage unter den Gutachtern. Etwa ein Sechstel der Behandlungen sollten tiefenpsychologisch fundiert durchgeführt werden; wiederum ein Viertel dieser Anträge waren Fortführungsanträge. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes sind diese Zahlen zugunsten der tiefenpsychologisch fundiert beantragten Behandlungen weiter gestiegen. Auf dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist es an der Zeit, sich grundsätzlich mit der Thematik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen und den gegenwärtigen Stand der Theorie und Technik dieser Behandlungsformen, aber auch deren Probleme, zu diskutieren. Die derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien differenzieren nicht zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien (Faber u. Haarstrick 1999, S. 57) wird im Gegenteil darauf hingewiesen, daß eine klare Differenzierung zwischen den beiden Behandlungsformen nicht zu begründen sei. Folgerichtig wird auch beim Umfang der zu bewilligenden Behandlungsstunden nicht differenziert. Die von Faber und Haarstrick vertretene Auffassung ist auf die historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychotherapie zurückzuführen, die in Deutschland zunächst deutlich pädagogisch orientiert war und das Berufsbild des Psychagogen begründet hat. Inzwischen sind die Ausbildungsanforderungen an den analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten weitgehend den Anforderungen angeglichen, die für die Ausbildung von analytischen Psychotherapeuten im Erwachsenenbereich gelten. Auf diesem Hintergrund entspricht die von Faber und Haarstrick vertretene Auffassung nicht mehr dem aktuellen Diskussionsstand.

Die Institute, in denen die Qualifikationen zur analytischen und tiefenpsychologischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen erworben werden können, bemühen sich überwiegend darum, beide Ausbildungsgänge miteinander zu verklammern. Kinderpsychiater und klinische Psychologen, die in der ambulanten Pra-

xis tätig sind, verzichten zumeist darauf, Qualifikationen zur analytischen Psychotherapie zu erwerben, sondern begnügen sich mit dem kürzeren Ausbildungsgang zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Auch die Übergangsregelungen zur Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes haben dazu geführt, daß im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie die Zahl derer deutlich überwiegt, die ausschließlich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie durchführen.

Solange beide Psychotherapieverfahren wie in den bislang noch geltenden Psychotherapierichtlinien gleichgestellt waren, erübrigten sich die genauere Bestimmung und Konzeption der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Angesichts der geschilderten Entwicklung ist es jedoch überfällig, diese Aufgaben nachzuholen.

Kriterien zur Wahl des Psychotherapieverfahrens

Wenn man genauer untersucht, welche Umstände dazu führen, daß tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beantragt wird und welche Kriterien dabei zugrundegelegt werden, zeichnet sich folgendes Bild ab:

- Der Antragsteller ist ausschließlich für tiefenpsychologisch fundierte Behandlungen zugelassen; nicht ganz selten kann nur eine zusammengewürfelte Sammlung verschiedenster theoretischer Bausteine und Behandlungstechniken nachgewiesen werden, so daß in diesem Fall nur von einer eingeschränkten Qualifikation die Rede sein kann.
- Die Behandlung wird lediglich als Kurzzeittherapie von 25 Stunden beantragt, wobei auch in diesem Fall der Antragsteller häufiger nur über eine eingeschränkte Qualifikation verfügt.
- Der Therapeut geht davon aus, daß eine Langzeittherapie wenig Aussicht hat, befürwortet zu werden.
- Die Behandlungsindikation für eine Langzeittherapie soll überprüft werden.
- Es wird angesichts des Alters (Jugendlicher), der spezifischen Störung (z.B. einer psychosenahen Störung) oder besonderer Umfeldbedingungen (beispielsweise eines desorganisierten Umfeldes) eine gezielte Indikation für eine entwicklungsfördernde Psychotherapie gestellt.
- Es soll mit spezifischen Behandlungstechniken, wie Fokalthherapie oder dynamischer Kurztherapie, gearbeitet werden, die sich auf tiefenpsychologische Konzepte beziehen.

Warum wurde zwischen den verschiedenen Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenbehandlung in der Vergangenheit weder formal noch inhaltlich unterschieden?

Es waren jedoch nicht nur die genannten historischen Gründe und auch nicht nur die geringe Zahl derer, die für tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeitbehandlungen von Kindern und Jugendlichen ausgebildet waren, weshalb dieses Thema nicht auf-

gegriffen wurde; darüber hinaus ist dies auch darauf zurückzuführen, daß es lange grundsätzlich strittig war, ob und unter welchen Umständen von einer analytischen Psychotherapie bei Kindern überhaupt gesprochen werden kann. Was psychoanalytische Psychotherapie im Umgang mit Kindern und Jugendlichen heißt, war Anlaß zu heftigen Diskussionen und Gegenstand vehementer Schulenstreitigkeiten. Nicht zuletzt in den unterschiedlichen Auffassungen von Anna Freud und Melanie Klein zeigt sich diese Problematik. Beide Psychoanalytikerinnen haben grundlegende und entscheidende Beiträge zur Theorie und Praxis der psychoanalytischen Behandlung von Kindern beigetragen, wichen aber in ihren Auffassungen, wie Psychoanalyse bei Kindern zu handhaben sei, teilweise weit voneinander ab. Da sie die gegenwärtige analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nach wie vor maßgeblich bestimmen, seien einige ihrer zentralen Auffassungen knapp skizziert:

Anna Freud/ Melanie Klein

Anna Freud (1971) war der Auffassung, daß Kinder weitaus schwieriger psychoanalytisch zu behandeln seien als Erwachsene. Kinder – so Anna Freud – könnten Unlust und Angst weniger tolerieren als Erwachsene und neigten eher dazu, ihre Erfahrungen in ihrem Handeln und Verhalten, statt in Worten auszudrücken. Frustrationen in der Beziehung zum Therapeuten (Übertragung) könnten sie nur schwer ertragen, und von Einsichtsfähigkeit, die der von Erwachsenen vergleichbar sei, könne bei Kindern nicht ausgegangen werden. Erschwerend komme hinzu, daß die Eltern der Kinder sich nahezu unvermeidlich in die Behandlung einmischten. Auf diesem Hintergrund sei es nicht leicht, eine therapeutische Technik zu entwickeln, die den Grundanforderungen der klassischen Psychoanalyse entspreche. Deshalb betonte Anna Freud nachdrücklich, wie wichtig sowohl in der Behandlung von Kindern als auch in der Behandlung von Jugendlichen die reale Beziehung zum Psychotherapeuten sei. Der Therapeut müsse insbesondere in der Einleitungsphase der Behandlung das therapeutische Bündnis aktiv fördern, um dem jungen Patienten zu ermöglichen, seine neurotischen Konflikte und seinen eigenen pathologischen Anteil im Kontext einer positiven Beziehung zum Therapeuten erkennen zu können. Insbesondere der Widerstand müsse in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beachtet und von dem grundsätzlichen Widerwillen des Kindes unterschieden werden, sich auf einen analytischen Prozeß einzulassen. Viele der Voraussetzungen, auf die sich die Behandlung von erwachsenen Patienten stützen könne, lägen bei Kindern und Jugendlichen somit nicht vor. Häufiger seien die jungen Patienten geschickte Patienten, weil die Umwelt, insbesondere die Familie, an ihnen kranke und deshalb erwarte, daß sie sich ändern sollten. So müßten Kommunikationsbereitschaft und Mitarbeit erst geweckt werden. Während in der Erwachsenenanalyse die Übertragung auf Erfahrungen des Patienten mit seinen Beziehungen zu Objekten seiner Kindheit zurückzuführen sei und sich in seinen gegenwärtigen Wahrnehmungen, Phantasien, Gefühlen, Vorstellungen und Verhaltensweisen in der Beziehung zum Analytiker zeigt, können Übertragungen in der Behandlung von Kindern Aspekte gegenwärtiger Beziehungen zu

realen, aktuell wichtigen Objekten widerspiegeln. Anna Freud meinte, man sei in der Kindertherapie häufiger mit Externalisierungen von inneren Konflikten und Selbstanteilen des Kindes konfrontiert. Der Therapeut übernehme dann Aspekte des Übersichs – z. B. im Spiel als Polizist –, oder von Introjekten, oder Triebregungen.

Die Objekte des Kindes seien somit keine Objekte der Erinnerung oder der Phantasie, sondern das Kind mit seiner Objektwelt, in der Regel mit seinen Eltern, noch in intensivem interaktivem Austausch verbunden. Deshalb müsse die reale Lebenssituation des Kindes in besonderer Weise berücksichtigt werden. Gleichwohl sei die Verwandlung unbewußter Erfahrungsinhalte in bewußte Vorstellungen ein ebenso wichtiges Element der Behandlung wie in der Behandlung von erwachsenen Patienten, wobei die Entwicklung der Sprachfähigkeit, des Denkens und andere altersabhängige Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes und Jugendlichen in Rechnung zu stellen seien.

Während sich Anna Freuds Auffassungen der Therapie von Kindern und Jugendlichen im wesentlichen an ich-psychologischen Entwicklungskonzepten orientieren, geht Melanie Klein (1972) davon aus, daß Übertragungen nicht nur vom unbewußten Verdrängten ausgehen, sondern von einem kontinuierlichen Strom unbewußter Fantasien beeinflußt werden, die alle libidinösen und destruktiven Impulse begleiten und deren Objekt der Therapeut in der Behandlung ist. Melanie Klein zufolge produziere ein Kind, das sich im Spiel ausdrückt, Assoziationen, die denen der Erwachsenen durchaus vergleichbar seien. Das Kind übertrage und projiziere die unbewußten Bilder seiner verinnerlichten Eltern oder Aspekte seiner Elternbilder auf den Therapeuten und entwickle hierzu Regungen, Gefühle und Ängste, die nicht nur in der ödipalen Phase, sondern bereits in den frühesten Perioden des Lebens auftreten. Ihrer Ansicht nach ist analytische Therapie unabhängig vom Entwicklungsstand des Kindes bereits im frühen Kindesalter möglich. Dabei sollten im gesamten Verhalten des Kindes unbewußte Elemente der Übertragung gesehen werden. Der therapeutische Vertrag werde nach ihrer Ansicht am wirkungsvollsten gefördert, wenn das Kind die Überzeugung gewinne, daß es verstanden wird und daß selbst die feindlichsten Regungen in Worten faßbar sind. Erzieherische Methoden oder die absichtliche Förderung einer positiven Erfahrung, wie Anna Freud dies vorschlug, lehnte sie ab.

Was unterscheidet tiefenpsychologisch fundierte von der analytischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter?

Die verschiedenen therapeutisch-technischen Modifikationen in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bewegen sich in der Regel auf einem Kontinuum von analytischer Psychotherapie zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis hin zu stützender entwicklungsfördernder Psychotherapie.

Beide Therapieverfahren – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – setzen Fähigkeiten zur Einsicht voraus, die vom Alter und Entwicklungsstand abhängig und an eine durchschnittliche kognitive Ausstattung gebunden sind. Fähigkeiten zur Selbstbetrachtung, Selbstdistanzierung und Selbstreflexion, die ermöglichen, sich auch schmerzlichen und unangenehmen Gefühlen zu stellen, sind

für eine analytische Psychotherapie unabdingbar. In einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können sie ein Behandlungsziel sein.

Analytische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter richtet sich auf die neurotische Symptomatik, den neurotischen Konfliktstoff und die neurotische Struktur des Patienten. Das therapeutische Geschehen wird mit Hilfe von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang gesetzt und gefördert. Der analytische Prozeß wird von zentralen Übertragungs-Gegenübertragungskonflikten bestimmt, deren Bearbeitung zu strukturellen Veränderungen führt. Uneinigkeit besteht darin, ob die Fähigkeit des Kindes zu symbolischem Spiel ein entscheidendes Kriterium für eine analytische Psychotherapie ist. Wird diese Fähigkeit auf der einen Seite als entscheidende Voraussetzung angesehen, gilt auf der anderen Seite die Fähigkeit des Therapeuten, mit analytischen Techniken zu arbeiten, als bestimmendes Merkmal auch dann, wenn die Spielfähigkeit aufgrund früher Störungen in den Objektbeziehungen erst noch entwickelt werden muß. Da bei Kindern und Jugendlichen gegenwärtige Beziehungen, spezifische Entwicklungskonflikte und Wiederbelebungen vergangener Beziehungsmuster den therapeutischen Prozeß bestimmen, kommt der aktuellen Beziehungsgestaltung besondere Bedeutung zu. Im analytischen Setting arbeitet der Therapeut soweit möglich in der Beziehung – zwischen sich und dem Kind – auch in der Spielinteraktion und teilweise auch an der Beziehung:

- Die Arbeit in der Beziehung sieht beispielsweise so aus, daß die Therapeutin sagt: „Wenn du immer sagst ‚ich weiß nicht‘, merke ich, wie ich ganz viel für dich übernehme. Und fühle mich dann so wie jemand, der alles für dich machen soll (mütterliche Übertragung?), und worum es vielleicht wirklich geht, das kommt dann gar nicht zur Sprache (Widerstand der Verweigerung?).“
- Die Arbeit an der Beziehung sieht beispielsweise so aus, daß die Therapeutin sagt: „Du sagst immer zu mir ‚ich weiß nicht‘, und ich habe mitbekommen, daß du das auch sonst so machst. Vielleicht gibt es ja einiges was du mir und anderen von dir nicht zeigen magst.“

In einem therapeutischen Prozeß, der sich wie ein roter Faden durch die Behandlung durchzieht, wird die zentrale Thematik (s. Beispiel: „Ich weiß nicht“: „Meine Ausscheidungen können Mutter zerstören, darum muß ich sie für mich behalten“) in verschiedenen Facetten im Spiel und in der Interaktion bearbeitet. Regressive Prozesse können im Dienste der Entwicklung und in Abhängigkeit von der strukturellen Ausstattung des Kindes begrenzt werden. Wie sich die Dynamik der Interaktion zwischen Therapeutin und Kind gestalten kann, kommt in einem Beispiel aus einem Antrag auf analytische Psychotherapie anschaulich zur Darstellung:

Es handelt sich um vierjährige Patientin mit ungesteuertem Essen, distanz- und grenzüberschreitendem Verhalten: S. kocht ‚Essen‘ und gibt es mir (Th.) zu essen. Ich lasse mir viel geben und esse dann mit Heißhunger und Hingabe. Vor mir tauchen Bilder von großen Eisbechern, schönem Restaurant auf – Bedingungen, in denen man ißt und essen darf. Es entwickelt sich ein Spiel: Wir essen wie wild, wir schlingen in uns hinein. S. lacht, das Geschirr scheppert und fliegt durch die Gegend. Dann sage ich: Ich bin jetzt satt. Ich habe so einen Bauch (zeige es mit Händen). Ich denke an Schwangerschaft. S.: Nein, du zeigst es nur mit den Händen. Die Situation scheint ihr Angst zu machen. In der nächsten Sitzung möchte sie das „Räuberspiel“ – wie sie es nennt – wiederholen. Sie ist wild,

schreit einige Male laut und macht mit den Händen den dicken Bauch nach. Ich traue mich zu sagen: So ein dicker Bauch, als ob da ein Baby drin wäre. Wir versichern uns beide, daß wir nur so tun als ob.

Essen ist offenbar kein normaler, einem körperlichen Bedürfnis entsprechender Vorgang, sondern etwas Schlimmes, Bedrohliches geworden. S. ißt nicht, sie räubert entgrenzt.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eine Behandlung mit variabler Zeitdauer und Frequenz. Die unbewußte Dynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und die Einsicht in gegenwärtig wirksame zwischenmenschliche Konfliktkonstellationen sollten im Mittelpunkt der Bearbeitung stehen. Ziel ist eine partielle Umstrukturierung mit Auf- und Ausbau von Ich-Fähigkeiten. Die Therapie ist häufig auf Teilziele beschränkt. Übertragung wird hier zwar berücksichtigt, steht aber nicht im Zentrum der Therapie. Es wird überwiegend an Beziehungen mit anderen, selten an der Beziehung zum Therapeuten und noch seltener in der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung gearbeitet. Im Vordergrund steht das Bemühen um eine positive therapeutische Beziehung. Eine Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist die stützende und bewältigungsorientierte Behandlung, die zu neuen Wegen im Umgang mit realen Alltagskonflikten verhelfen soll.

Stützende Maßnahmen zielen insbesondere auf die Entwicklung und Stärkung des Ichs und die Entwicklung und Stärkung affektiv-kognitiver Fähigkeiten ab. Dabei kommt der Fähigkeit zur Realitätsprüfung, der Impulssteuerung und der Affektwahrnehmung besondere Bedeutung zu.

P. (7 Jahre) will am Sandkasten spielen. Aus früheren Spielanlässen weiß die Therapeutin, wie ungesteuert er sich verhalten kann, z.B. Sandkasten unter Wasser setzen, Matsch verspritzen usw. (mangelnde Impulssteuerung). Sie bespricht mit ihm die Situation, daß Sandspielen in einem Therapiezimmer das Einhalten von bestimmten Regeln voraussetzt – nicht mehr als zwei kleine Eimer Wasser, darauf achten, daß der Sand in der Sandkiste bleibt – und ob er sich das vorstellen könne? Denn aufzupassen sei ja nicht immer seine Stärke? P. will alles einhalten und unbedingt mit Sand matschen. Gut, meint die Th., aber wenn's nicht klappt, dann muß ich die Sandkiste abdecken (klare Grenzsetzung). Ich weiß ja, daß das mit dem Aufpassen ein Problem von dir ist, wenn du spielst oder sonst was tust, dich an Regeln zu halten, aber hier können wir ja auch mal gucken, ob es anders geht. (Anregung zur besseren Impulssteuerung und Bewältigung) und wenn's nicht klappt, warum das so ist (unbewußte Konflikte?, mangelnde Wahrnehmung des anderen?).

Kurzzeitpsychotherapie (25 Sitzungen pro Patient/6 für die Eltern) wird aufgrund unterschiedlichen Indikationen und mit verschiedenen Behandlungszielen durchgeführt. Sie dient der Krisenintervention bei akuten psychoreaktiven Krisen, als Möglichkeit der Überprüfung der Behandlungsindikation und -motivation auf Seiten des Kindes/Jugendlichen oder der Eltern oder als zeitlich befristete Behandlung mit einem vorgegebenen Fokus. Bei letzterem werden Techniken der Kurzzeittherapie im engeren Sinne verwendet. Dabei wird z.B. ein Fokus benannt, der die aktuelle neurotische Symptomatik mit den aktuellen neurotischen Bewältigungen und der neurotischen Entwicklung in der lebensgeschichtlichen Perspektive verknüpft. Solche gezielten Kurzzeittherapien werden jedoch nur selten durchgeführt. In der Übersicht sind die charakteristischen Unterschiede der verschiedenen Therapieformen kurz aufgeführt (Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

	Analytische Psychotherapie als	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie
Frequenz:	2-3 Stunden/Woche	1-2 Stunden/Woche und weniger
Setting: Kind (bis 14 J.) Jugendlicher	Spielzimmer/ face to face	Spielgeräte/ face to face evtl. außerhalb des Zimmers
Eltern:	einbezogen in einem Sitzungsverhältnis 1:4 bei Jugendlichen abhängig von Alter/Problemen entsprechend partiell	einbezogen, evtl. verändertes Sitzungsverhältnis
Behandlungsdauer:	Höchstgrenze 150 Std. (Kind) 180 Stunden (Jugendlicher)	25 Stunden abhängig von der Arbeitsweise des Therapeuten
Ziele:	strukturelle Veränderungen	abhängig vom Behandlungsziel
Beziehungsmodus:	Arbeit vorwiegend in der Beziehung	Arbeit vorwiegend an der Beziehung
		abhängig vom Verfahren

Die *Beiträge* des Heftes spiegeln den gegenwärtigen Stand der Diskussion wider, die nicht frei von berufspolitischen Interessen, Schulenzugehörigkeiten und davon geprägten Qualitätsvorstellungen ist. Festzuhalten bleibt, daß unabhängig von der konkreten therapeutischen Praxis ein Bedarf an wissenschaftlicher Weiterentwicklung der Konzepte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Kindern besteht.

Ulrich Rügers Beitrag wird vorangestellt. Er gibt eine eindrucksvolle Übersicht über Entwicklung und Stand der Theorie und Technik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Erwachsenen. Rüter verweist auf die verschiedenen Teilmodelle, die derzeit existieren und die therapeutisch technischen Vorgehensweisen bestimmen. Besonders hilfreich sind die wörtlich wiedergegebenen Interventionen in einer Behandlungsstunde, die anschaulich nachvollziehen lassen, was tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist.

Der Beitrag von Barbara Pfeleiderer spiegelt den aktuellen Stand der Diskussion zur tiefenpsychologischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wider. Die Bezeichnung „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ erscheint ihr – mit vielen anderen Kindertherapeuten – für ihre therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die analytisch nicht behandelbar sind, nicht zutreffend. Sie schlägt statt dessen vor, von analytisch orientierter Psychotherapie zu sprechen. In ihren Beispielen zeigt sie, was unter dieser Psychotherapieform zu verstehen ist.

Inge Berns diskutiert verschiedene therapeutisch technische Vorgehensweisen anhand des Beginns der Behandlung eines Kindes. Sie stellt ihre Hintergrundüberlegungen zu verschiedenen Interventionen dar und macht damit transparent, wie sie dazu kommt, sich für das eine oder andere Vorgehen zu entscheiden. Indem sie auf die Interaktion zwischen dem Kind und den Therapeuten im Hier-und-Jetzt und die Gestaltung des Miteinanders (vgl. Langs 1988) zentriert, gelingt es ihr anschaulich, auch subtile Unterschiede zwischen den Therapieverfahren deutlich werden zu lassen.

Abschließend betrachtet Dietmar Borowski die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie aus der Perspektive des Gutachters. Dabei geht er auf Wirkfaktoren und Patientenvariablen ein. Besondere Beachtung erfährt bei ihm die Kurzzeittherapie.

Alle Beiträge sind aus einem Workshop des Arbeitskreises „Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen der DGPT“ hervorgegangen, der im Februar 2001 in Tiefenbrunn stattgefunden hat. Die Beschäftigung mit dieser Thematik verband sich mit dem Anliegen, nicht nur das „Gold der Psychoanalyse“, sondern auch die diversen Legierungen mit anderen Metallen „libidinös zu besetzen“ und den facettenreichen therapeutischen Alltag der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie deutlich werden zu lassen.

Literatur

- Faber F.R.; Haarstrick, R. (1999): Kommentar zu den Richtlinien. München: Urban & Fischer.
Freud, A. (1971): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett.

Klein, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes. Reinbek: Rowohlt.

Langs, R. (1988): A Primer of Psychotherapy. New York: Gardner Press.

Anschrift der Verfasserin: Dr. med. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Tiefenbrunn – Krankenhaus für Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin des Landes Niedersachsen, 37124 Rosdorf.