

Pressel, Christine

Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 6, S. 511-519

urn:nbn:de:bsz-psydok-47521

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/

Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis

Christine Pressel

Summary

In-patient psychoanalytical psychotherapy of a 12 year old boy with secondary encopresis

Case report on the in-patient psychoanalytical psychotherapy of a 12 year old boy, who developed a nonorganic encopresis at the age of nine after his mother died. One focal issue is his denial of this loss and the beginning of a process of mourning due to the treatment. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) for Children and Adolescents are illustrated for this case.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 511-519

Keywords

nonorganic encopresis – in-patient psychoanalytical psychotherapy – process of mourning – Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) for Children and Adolescents

Zusammenfassung

Es wird die stationäre tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen dargestellt, der nach dem Tod seiner Mutter im 9. Lebensjahr eine Enkopresis entwickelt hatte. Ein zentraler Behandlungsfokus ist die Verleugnung dieses Verlustes und der Beginn eines Trauerprozesses. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD –KJ) wird für diesen Fall dargestellt.

Schlagwörter

Enkopresis – stationäre tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Trauerprozess – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD –KJ)

1 Symptomatik und Lebenssituation bei Aufnahme

Der 12-jährige N. wurde zu uns vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst überwiesen, da er in der Schule durch Einkoten aufgefallen war und einer massiven Ausgrenzung ausgesetzt wurde. Die Aufnahme erfolgte als Ergebnis einer Helferkonferenz mit Einverständnis des allein erziehenden Vaters, dem es offensichtlich schwer fiel, therapeutische Hilfe für seinen Sohn beanspruchen zu müssen. Darüber hinaus bestanden Schulleistungsprobleme. Lehrern oder Mitschülern gegenüber benutzte N. Schimpfwörter und geriet in Prügeleien, wenn er beleidigt wurde. Einen Tadel hatte er ein halbes Jahr zuvor erhalten, nachdem er ein Kind verprügelt hatte, das ihn u. a. mit „Hurensohn, Missgeburt, Mutterficker“ beleidigt hatte. Diese Schimpfwörter kann N. nur unter großer Scham wiedergeben.

Erst auf gezielte Nachfrage schilderte der Vater, dass N. Unterhosen im Wohnzimmer und im Zimmer des Vaters – niemals jedoch im eigenen Zimmer – versteckte. Außerdem habe N. Gegenstände des Vaters in seiner Abwesenheit zerstört, z.B. einen Fotoapparat. Der Vater äußerte sich beim Thema des Einkotens leicht abwertend über seinen Sohn. N. widersprach dem Vater vehement bei den Schilderungen über Hänseleien in Bezug auf das Einkoten und äußerte wütend „Du spinnst!“. Der Vater wiederum verneinte, dass es Streit gebe, lediglich einmal habe er N. eine Backpeife gegeben, nachdem dieser zu spät nach Hause gekommen war.

Erst auf intensives Nachfragen konnte ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Beginn des Einkotens und dem Tod der Mutter drei Jahre zuvor herausgearbeitet werden. Die Mutter war vor ihrem Tod ein Jahr zu Hause vom Vater gepflegt worden, was u. a. die Versorgung eines künstlichen Darmausganges beinhaltete. Der Vater äußerte, dass ihr Tod einen schweren Schicksalsschlag bedeutet habe. Er habe versucht, die Mutter für N. zu ersetzen, womit er z. B. das tägliche Kochen einer warmen Mahlzeit meinte. Während die Mutter nachgiebiger und weicher gewesen sei, habe er selbst allerdings auch nach ihrem Tod wenig Zärtlichkeit zeigen können, z. B. wenn N. auf den Schoss wollte.

In der Familie hatte es keine gemeinsamen Trauerrituale gegeben, auch nicht mit den älteren Geschwistern von N., die schon außer Hause lebten.

Vom Erscheinungsbild her wirkte N. wie ein „gutmütiger Riese“. Er war in seiner Klasse der größte und leicht übergewichtig. Er konnte sich körperlich behaupten. N. wirkte im Kontakt unsicher und gehemmt. Hinter seiner wenig wortgewandten Fassade waren auch abgewehrte aggressive und depressive Gefühle spürbar.

2 Familien- und Eigenanamnese

Die Mutter von N. hatte als Kind zeitweise im Heim gelebt und als Erwachsene den Kontakt zu ihrer Familie abgebrochen. Nach dem Hauptschulabschluss hatte sie bis zur Eheschließung gearbeitet, danach hatte sie eine Hauswartsstelle. Der Vater

schilderte eine Kindheit im Berlin der Nachkriegszeit, er habe sich selbst durchschlagen müssen. Seine Mutter starb unmittelbar nach der Entbindung, sodass er bei den Großeltern aufwuchs, die einen Kiosk besaßen. Bei „guter Ernährung“ habe es „wenig Wärme“ gegeben, sodass er sich mit 16 Jahren verselbständigte. Nach dem Hauptschulabschluss Tätigkeit auf dem Bau bis zum Verlust des Arbeitsplatzes ein Jahr vor dem Tod von N.s Mutter. N. ist das jüngste von insgesamt fünf Kindern, über die Geschwister äußerte sich der Vater enttäuscht. U. a. war ein Sohn durch Drogenmissbrauch gescheitert. Mit einer Tochter, zu der N. ein inniges Verhältnis beschrieb, hatte er sich überworfen, nachdem sie ein Kind mit einem aus Polen stammenden Mann gezeugt hatte. Nur zur ältesten Tochter bestand seltener, aber regelmäßiger Kontakt.

Zur Lebensgeschichte von N. kann der Vater wenig mehr als äußere Daten berichten, da er viel gearbeitet habe und die Mutter die Erziehung übernommen hatte. Nach unauffälliger Geburt habe N. eine zeitgerechte statomotorische Entwicklung und Sprachentwicklung durchlaufen. Erst mit vier Jahren sei N. auf die Toilette gegangen, mit fünf Jahren sei er trocken und sauber gewesen. Er sei ein fröhliches Kind gewesen. Einen Kindergarten hatte N. nicht besucht. N. wurde mit 7¼ Jahren eingeschult. In den Zeugnissen wurden kontinuierlich abnehmende Schulleistungen sowie Schwierigkeiten mit Schrift und Heftführung beschrieben. In der Freizeit spiele N. gerne Fußball, er verbringe die Nachmittage bis zum frühen Abend in der Nachbarschaft einer Kleinstadt im Umland mit sozial schwacher Bevölkerung.

3 Behandlungsverlauf

Insgesamt wurde N. 10 Wochen behandelt, nach 7 Wochen wechselte er von der Station auf die Tagesklinik. Eingangs wurden mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Winter et al., 2005) Therapieziele erfasst. N. nannte als Ziele „das Einkoten loswerden“ und „in der Schule besser werden“. Der Vater nannte die emotionale Belastung aufgrund des Todes der Mutter und an zweiter Stelle das Einkoten. Aus therapeutischer Sicht standen als Ziele die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Einkoten sowie die Bearbeitung des Todes der Mutter im Vordergrund. In der erweiterten Diagnostik wurden Störungen im Bereich der sensorischen Integration sowie eine Lernbehinderung festgestellt.

Auf der Station zeigte sich N. äußerlich schüchtern und abwartend. Er geriet in Rangeleien mit gleichaltrigen Jungen. Wenn sich die Betreuer einschalteten, wirkte N. beschämt, er konnte eine Beteiligung am Konflikt oft nicht zugeben, darüber nicht sprechen. Jüngeren Kindern gegenüber zeigte er sich fürsorglich. Insbesondere den Betreuerinnen der Station gegenüber zeigte er sich bedürftig nach Zuwendung. Im Verlauf gab es Auseinandersetzungen um das Einhalten von Regeln, N. konnte aber immer wieder einlenken. Er suchte selbständig erfolgreich die Toilette auf, es kam wenige Male zu Kotspuren. Allerdings ließ N. einige Male Unterhosen

verschwinden. Nach Angaben des Vaters suchte er bei den Belastungsproben zu Hause selbständig die Toilette auf. Auf den Einsatz eines verhaltenstherapeutisch orientierten Toilettentrainings wurde verzichtet.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde zunächst an dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung gearbeitet. N. zeigte sich im Gespräch verschlossen und einsilbig, wenig introspektionsfähig. Nonverbal signalisierte er Interesse, indem er z. B. immer pünktlich zu den Stunden erschien. Auch die Videografie eines Interviews in der dritten Woche kostete ihn Überwindung und sichtlich Mühe. Er machte offenbar mit, um der Therapeutin einen Gefallen zu tun. Wir gingen von einer sich positiv entwickelnden Mutterübertragung aus. In der Gegenübertragung stellten sich einerseits Wohlwollen und Fürsorge ein. Andererseits wurde Ungeduld in Bezug auf N.s geringes Vermögen, Gefühlen sprachlichen Ausdruck zu verleihen, spürbar. Behandlungstechnisch wurde im zweiten Schritt versucht, N.s Abwehr zu lockern und ihm Zugang zu seinen Gefühlen zu ermöglichen.

Es wurde schnell deutlich, dass N. mit seiner Mutter in intensivem Dialog lebte. So besuchte er mehrmals pro Woche den nahe gelegenen Friedhof, wo die Mutter anonym in einer Urne begraben lag, um mit ihr Zwiesprache zu halten. N. konnte Trauer über den Verlust der Mutter verbalisieren. Er haderte damit, dass er sich nicht von seiner Mutter hatte verabschieden können. Wenige Tage vor ihrem Tod war die Mutter ins Krankenhaus gekommen. N. war zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt worden, dass die Mutter sterben würde. N. erinnerte sich an eine beängstigende Situation, als die Mutter ihn zur Schule begleitete und plötzlich unter Atemnot litt, sodass sie ins Krankenhaus gefahren werden musste. Es wurde deutlich, dass N. mit dem Vater über die Mutter als Person, ihre Krankheitszeit und über ihren Tod auch später nicht gesprochen hatte. N. schilderte seine Mutter idealisierend, er erinnerte sich an gemeinsame Gesellschaftsspiele. Negative Gefühle äußerte er nicht. Auch den Vater betreffend äußerte N. keine negativen Gefühle. Da unsererseits Wutaffekte dem Vater gegenüber vermutet wurden, wurde immer wieder versucht, ambivalente Gefühle dem Vater gegenüber anzusprechen. N. äußerte und zeigte sich, abgesehen von der Aufnahmesituation, vollständig loyal seinem Vater gegenüber. Auch mögliche Neidgefühle gegenüber Kindern, die ihre Mutter noch haben, verneinte N. Allerdings äußerte er „die sollen aber wissen, dass sie es gut haben“.

Da N. kaum mehr Motivation für schulische Belange aufbrachte, wurde mit ihm der Computer genutzt. Als erstes Wort gab er ein: „Krebs“. Auf seinen Wunsch hin wurde er über das Thema im medizinischen Sinne ausführlich aufgeklärt.

Während der Behandlung jährte sich der Todestag der Mutter. N. nahm den Vorschlag, gemeinsam mit der Therapeutin das Grab aufzusuchen, zunächst offen auf. Auch brachte er Fotos der Mutter und der Geschwister mit. Am Tag des geplanten Friedhofbesuches blieb N. im Bett. Er klagte über Bauchschmerzen und wies auf das regnerische Wetter hin. Es war nicht möglich, mit ihm über sein intrapsychisches Erleben ins Gespräch zu kommen. Trotz seines offensichtlichen Widerstandes blieb

er dabei, den Besuch verschieben zu wollen. Nach dem gemeinsamen Besuch einige Tage später, bei dem N. eine Blume auf das Grab legte und seine intensive Sehnsucht nach der Mutter aussprach, schien N. gelöster. Das Thema Mutter nahm in den Therapiestunden zunehmend weniger Raum ein. Aktuelle Themen wie die bevorstehende Umschulung wurden von N. selbst eingebracht.

Ein anderes Thema war der Kontakt zu einer der Schwestern, die N. mit Wissen aber ohne Wohlwollen des Vaters mehrmals pro Woche besucht hatte. N. konnte äußern, wie gerne er in deren Mutter-Kind-Welt eintauchte. Kritik am Vater äußerte er auch an diesem Punkt nicht, obwohl sein Ärger spürbar wurde.

4 Gespräche mit dem Vater

Der Vater konnte in den Gesprächen seine schützende Fassade teilweise aufgeben. Allerdings zeigte er sich immer wieder irritiert gegenüber den vielen Fragen.

Im Alltag war er N. gegenüber protektiv gewesen. Er hatte ihn z. B. wegen des Einkotens oder des Zerstörens wenig ausgeschimpft, bagatellierte eher, was wir als unausgesprochenes Wissen darüber deuteten, dass er einen Zusammenhang mit dem Tod der Mutter erkannte. Auf intensives Nachfragen konnte der Vater Wut äußern. Er gab zu, wegen des Einkotens mehrfach kurz davor gewesen zu sein, N. zu schlagen. Gemeinsame Trauer war bisher nicht möglich gewesen. Der Vater konnte erkennen, aufgrund seiner eigenen Lebensgeschichte dafür keine Notwendigkeit gesehen zu haben und andererseits mit sich selbst beschäftigt gewesen zu sein.

Als N. etwas an Gewicht zugenommen hatte, äußerte der Vater spontan, „na, nicht dass er hier bleiben will“. Die Sorge, N. könne sich in der Klinik wohl fühlen, zeigte unserer Einschätzung nach, dass er zunehmend eigene, insbesondere emotionale Defizite erkennen konnte, was von ihm im Sinne einer Konkurrenz mit der Klinik erlebt wurde.

Der Vater gab sein Einverständnis für den gemeinsamen Besuch des Friedhofs mit der Therapeutin. Kontakt zwischen der Therapeutin und der Schwester von N. lehnte er ab, suchte aber selbst das Gespräch mit seiner Tochter und erlaubte dann, dass sie N. auf der Station besuchte. Unausgesprochen konnte er offenbar das Bedürfnis von N. nach der schwesterlich-mütterlichen Nähe anerkennen.

5 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)

In der dritten Behandlungswoche videografierten wir im Rahmen eines Forschungsprojektes ein Interview mit N., das sich thematisch an den Achsen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, kurz OPD-KJ (Bürgin et al., 2003) orientierte. Ein klinikinterner Leitfaden diente der inhaltlichen Orientierung. Insbesondere für die Achse Behandlungsvoraussetzungen wurden direkte Fragen z. B.

nach dem subjektiven Schweregrad der somatischen bzw. psychischen Beeinträchtigung gestellt. Die Unterscheidung zwischen somatischer und psychischer Beeinträchtigung mußte N. u. a. mittels Beispielen erklärt werden. Im weiteren Verlauf gestaltete sich das Interview offener und schloss typische Elemente eines tiefenpsychologisch fundierten Interviews wie z. B. Dreiwunschprobe oder wiederkehrende Träume ein. Der Schilderung von Beziehungsepisoden wurde bewusst mehr Raum als sonst üblich gegeben. Das Interview wurde unter Hinzuziehung des Entlassungsbriefes von der Therapeutin und einer weiteren Kollegin im Konsens ausgewertet. Für die Achse Beziehung wurde ausschließlich die videografierte Interviewsituation beurteilt.

Für die Achse Beziehung wurde die Dyade „N. verhält sich zur Untersucherin“ ausgewählt. Im objektgerichteten Kreis verhielt sich N. der Untersucherin gegenüber überwiegend desinteressiert abgewandt und gewähren lassend. Im subjektgerichteten Kreis, also in der Reaktion von N. auf die Untersucherin zeigte sich N. misstrauisch verschließend und unzufrieden gefügig. In beiden Kreisen wurden in dieser Untersuchungssituation negative Gefühle von N. der Untersucherin gegenüber deutlich. Offenbar wurden vorhandene negative Gefühle durch die Besonderheit der Interviewsituation verstärkt. Zum einen stellte die Videografie als solche eine Belastung für N. dar, zum anderen wurden ihm Fragen zu schambesetzten Themen gestellt, wie z. B. den Ausgrenzungen durch Gleichaltrige oder den Tod der Mutter.

Auf der Konfliktachse bewerteten wir die konflikthafte Lebensbelastung (Tod der Mutter) als sehr bedeutsam. An zweiter Stelle war ein Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt bedeutsam. Allerdings diskutierten wir die Frage, ob in Anbetracht des niedrigen Strukturniveaus (s. u.) von N. überhaupt ein differenzierter intrapsychischer Konflikt erkennbar ist und damit beschrieben werden kann. Insgesamt überwog ein gemischter, eher passiver Modus der Verarbeitung.

Auf der Strukturachse fanden wir im Bereich Steuerung ein Niveau zwischen mäßiger und geringer Integration. Die Steuerungsinstanzen flossen auf mäßigem Strukturniveau in die Bewertung dieses Bereiches ein. Den Bereich Selbst- und Objektwahrnehmung bewerteten wir zwischen mäßiger und geringer Integration. Die Selbst- Objektdifferenzierung floss als mäßige Integration ein, u.a. da N. in der Beziehung zum Vater Interessenkonflikte erkennen konnte. Den Bereich kommunikative Fähigkeiten beurteilten wir als schwächsten Bereich im Sinne einer geringen Integration. Insbesondere die Teilbereiche Kontakt, kommunikative Funktion eigener Affekte sowie Reziprozität stellten sich gering integriert dar. Insgesamt befindet sich das Strukturniveau zwischen mäßiger und geringer Integration.

Für die Achse Behandlungsvoraussetzungen gab N. für den subjektiven Schweregrad eine fehlende somatische Beeinträchtigung an, während er die psychische Beeinträchtigung als „mittelgradig“ beschrieb. N. hatte keine subjektiven Krankheitshypothesen. Den Leidensdruck gab N. mit „mittelgradig“ an, was sich mit der psychischen Beeinträchtigung zu überschneiden scheint. Die Veränderungsmotivation, d. h. der Wunsch, daß sich etwas ändert - unabhängig von der Therapie als Hilfsmittel - wurde ebenfalls als „mittelgradig“ eingeschätzt.

Die Ressourcen im Sinne von Beziehungen zu Gleichaltrigen, außerfamiliäre Unterstützung und familiäre Ressourcen wurden mit „niedrig“ bewertet. Demgegenüber stellten sich die Ich-Ressourcen im Sinne der Zuversicht, die Störung überwinden zu können als „mittelgradig“ dar. Die Einsichtsfähigkeit als Teil der Therapievoraussetzungen wurde aufgrund des Alters und der Lernbehinderung bei N. nicht beurteilt. Die Behandlungsmotivation stellte sich „niedrig“ dar, insbesondere da es kaum gelang, mit N. über sein inneres Erleben ins Gespräch zu kommen.

Die Symptomatik führte bei N. zu negativen Reaktionen wie Ausgrenzung und Hänselei durch Gleichaltrige oder Wut und Ablehnung durch den Vater, was insgesamt i. S. einer erhöhten Aufmerksamkeit gelten kann. Allerdings führte das Einkoten nicht zu pflegerischer Fürsorge durch den Vater. Auch führte das Einkoten erst nach drei Jahren dazu, dass N. psychotherapeutische Hilfe erhielt. Im Gespräch über das Einkoten zeigte N. auch nonverbal keine Regungen, die auf einen emotionalen Gewinn oder soziale Vorteile deuteten, so dass wir den Krankheitsgewinn als niedrig einschätzten.

Bei auf der einen Seite „mittelgradig“ vorhandenem Leidensdruck und Veränderungsmotivation sowie niedriger Behandlungsmotivation ist der zu erwartende Widerstand insgesamt doch als gering einzuschätzen, da auf der anderen Seite ein niedriger Krankheitsgewinn vorlag.

Die Therapie- bzw. Arbeitsbündnisfähigkeit wurde als „mittelgradig“ eingeschätzt, da N. sich in der Wahrnehmung der Therapie zuverlässig zeigte und Probleme gemeinsam formuliert werden konnten.

6 Psychodynamik

Psychodynamisch erscheint das Einkoten als Symptomatik, die auf der Realebene zur massiven Ausgrenzung von N. und später zu seiner psychotherapeutischen Behandlung geführt hat, vielschichtig.

Zum einen kann das Einkoten als Korrelat von Wutaffekten den Tod der Mutter betreffend verstanden werden, die durch ein geschwächtes Ich freigesetzt werden können. Hierfür spricht auch, daß N. mit Wut bis hin zur körperlichen Gewalt reagiert hatte, als er mit Schimpfwörtern beleidigt worden war, die nicht direkt das Einkoten betrafen, sondern seine Mutter. Diese Schimpfwörter kann N. nur unter großer Scham wiedergeben, vermutlich deuten sich hier ödipale Wünsche an.

Die für die gesamte Umgebung spürbare Symptomatik des Einkotens muss andererseits derart massiv sein, um das Schweigen, das den Tod der Mutter bis in die Gegenwart hinein begleitet, durchdringen zu können. Die inhaltliche Nähe zur Darmkrebserkrankung der Mutter, die Pflege durch den Vater auch des künstlichen Darmausgangs drängt sich auf. Es ist vorstellbar, dass N. durch das Symptom unbewusst Nähe zur Mutter suchte, eventuell spielen auch Versorgungswünsche an den Vater eine Rolle. Auch eine Regression in die präödipale Kindheit mit Nähe- und Versorgungswünschen an die Mutter ist möglich.

Wutaffekte, die ihren Ausdruck im Zerstören von Gegenständen des Vaters sowie dem Verstecken der Unterhosen im Zimmer des Vaters finden, richten sich auf der Handlungsebene gegen den Vater. Möglicherweise bringt N. seine Wut darüber zum Ausdruck, dass der Vater N.s Abschied von der Mutter verhindert hat.

N. war als Nachzögling von der Mutter eng gebunden worden, er ging nicht in den Kindergarten und hatte erst spät die Kontrolle über seine Ausscheidung erlangt. Der Vater schien in den ersten 8 Jahren eine unbedeutende Rolle gespielt zu haben. In Anbetracht der brüchigen Lebensgeschichte der Mutter sowie der Entwicklung der älteren Geschwister scheint die Mutter die Ich-Entwicklung ihrer Kinder behindert zu haben. N. war abhängig in der Dyade zur Mutter geblieben, in seiner Autonomieentwicklung zurückgeblieben. Die ödipale Entwicklung scheint sehr schambesetzt zu sein.

Von einem Tag auf den anderen bricht der Vater in diese Beziehung ein, als er seine Arbeit verliert und die Pflege der geschwächten Mutter übernimmt. Dabei wird der Vater zum ersten Mal in seinem Leben zum emotionalen und pflegerischen Versorger. Ebenso wie er die letzten Jahrzehnte seine gesamte Kraft für die Arbeit gegeben hatte, gibt er jetzt alles für seine Frau. N. wird unvorbereitet mit der elterlichen Beziehung konfrontiert und ausgeschlossen.

Den Tod der Mutter verleugnend führt N. die Zwiesprache mit der Mutter auf dem Friedhof fort. N. zeigte sich widerständig bezüglich des geplanten Friedhofbesuches, was sich in kindlicher Regression in Form von Bauchschmerzen äußerte. Es schien in der Behandlung sinnvoll, in diese Zweisamkeit zwischen N. und der Mutter einzudringen. Diese Zweisamkeit repräsentierte die Verleugnung des Todes und verhinderte bisher einen Trauerprozess.

Nachdem die Therapeutin in diesen Raum mit der Mutter eingedrungen war und N. seine Sehnsucht öffentlich machte, schien sich etwas in N. zu lösen. Er konnte beginnen, die Mutter loszulassen. Die positive Mutterübertragung zur Therapeutin gemeinsam mit der Station waren Halt gebend genug, um diesen Schritt für N. möglich zu machen. Sicherlich kann dieser therapeutische Schritt nur den Anfang eines langen Trauerprozesses darstellen. Die Tatsache, dass N. das Einkoten relativ schnell aufgeben konnte, ist am ehesten mit der oben beschriebenen Halt gebenden Funktion der Station zu erklären. Dass N. auch zukünftig nicht mehr einkotete, hat u. a. mit dem eingeleiteten Trauer- und Verabschiedungsprozess von der Mutter zu tun. Im weiteren ergibt sich daraus die Möglichkeit für N., zu Personen außerhalb der Familie Beziehungen aufzunehmen und sich schrittweise autonom zu entwickeln.

Offen geblieben ist das Thema Scham im Zusammenhang mit der ödipalen Entwicklung. Auch das Erleben von Ohnmacht und unkontrollierter Wut sowohl als Teil der Trauer als auch im Sinne früher triebhafter Anteile konnten nicht bearbeitet werden. In der Beziehung zum Vater ist N. in der Idealisierung geblieben, wohl aus Angst, ihn ebenfalls zu verlieren.

7 Ende der Behandlung

Die Entlassung erfolgte mit Umschulung in eine Schule für Lernbehinderte in die Betreuung in einer sozialpädagogischen Tagesgruppe als Maßnahme der Jugendhilfe. Die Weiterbetreuung in unserer Ambulanz auch mit dem Ziel, eine psychotherapeutische Weiterbehandlung sicher zu stellen, wurde vom Vater nicht wahrgenommen. Über den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst erfuhren wir, dass N. bis heute nicht mehr einkotet. Inzwischen lebt er in einer vollstationären Einrichtung der Jugendhilfe und macht weiterhin progressive Entwicklungsschritte.

Trotz mehrerer Versuche ist es uns nicht gelungen, Kontakt mit dem Vater herzustellen, um das Einverständnis von N. und seinem Vater für diese Veröffentlichung zu erhalten. Aus diesem Grunde sind Entfremdungen in der Darstellung vorgenommen worden, um die Identität der Familie unkenntlich zu machen.

Literatur

- Winter, S. et al. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2, 113-122.
- Bürgin, D., Resch, F., Schulte-Markwort, M. (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Christine Pressel, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; E-Mail: Christine.Pressel@Charite.de