

Fahring, Hermann

**Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und  
Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte  
Behandlungstechnik**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 9, S. 694-710*

urn:nbn:de:bsz-psydok-41921

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years) . . . . .	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing) . . . . .	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children) . . . . .	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy) . . . . .	27

### Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age) . . . . .	399
FEGER, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping) . . . . .	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children) . . . . .	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood) . . . . .	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey) . . . . .	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data) . . . . .	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?) . . . . .	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years) . . . . .	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison) . . . . .	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation) . . . . .	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists) . . . . .	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project) . . . . .	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach) . . . . .	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort)) . . . . .	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology) . . . . .	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children) . . . . .	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?) . . . . .	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy) . . . . .	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist) . . . . .	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants) . . . . .	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation) . . . . .	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents) . . . . .	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View) . . . . .	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study) . . . . .	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment) . . . . .	86

## Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders) . . . . .	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation) . . . . .	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment) . . . . .	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations) . . . . .	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists) . . . . .	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective) . . . . .	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection) . . . . .	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

### Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

### Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage . . . . .	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling . . . . .	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik . . . . .	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings . . . . .	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen . . . . .	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP . . . . .	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung . . . . .	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38 . . . . .	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39 . . . . .	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches . . . . .	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder . . . . .	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe . . . . .	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann . . . . .	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis . . . . .	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik . . . . .	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte . . . . .	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik . . . . .	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis . . . . .	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse . . . . .	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation . . . . .	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention . .	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen . . . . .	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen . . . . .	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie . . . . .	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme . . . . .	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter . . . . .	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik . . . . .	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung . . . . .	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes . . . . .	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie . . . . .	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis . . .	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache .....	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung .....	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen .....	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt? .....	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung .....	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern .....	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter .....	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung .....	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern .....	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen .....	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe .....	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie .....	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes .....	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer .....	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder .....	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten .....	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie .....	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie .....	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung .....	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation .....	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren .....	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome .....	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe .....	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität .....	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können .....	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik .....	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung .....	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern .....	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie .....	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung .....	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma . . . . .	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie . . . .	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe . . . . .	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer . . . . .	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher . . . . .	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten . . . . .	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit . . . . .	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis . . . . .	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter . . . . .	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter . . . . .	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment . . . . .	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch . . . . .	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik . . . . .	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule . . . . .	717

Editorial / Editorial . . . . .	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements . . . . .	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797



# ÜBERSICHTSARBEIT

## Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik<sup>1</sup>

Hermann Fahrig

### Summary

#### The Heidelberg Study of Analytic of Children and Adolescents: The Applied Therapeutic Techniques of Treatment

In the representative studies published so far on the outcome of analytic child psychotherapy (DÜHRSEN 1964; FONAGY and TARGET 1996) no techniques of treatment were mentioned. The following paper describes in detail the technique of treatment on which the Heidelberg Study "On the Therapeutic Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy" is based, as it developed from 1975 to 1993 at the Heidelberg Institut for Child and Adolescent Psychotherapy. Starting from Piaget's findings that the cognitive faculties of a child up to the age of 11 completely differ from those of an adult and taking into consideration the cerebral information processing and "the intellect pervades sensory" (Schopenhauer) it is demonstrated that children take their intrapsychic and interpersonal conflicts into analytic play therapy or into role play on analogous levels. Protected by a safe distance from becoming aware of their conflicts they will on the analogous levels understand, work through, partially solve their conflicts and make use of it in reality without conscious recognition. The term "analogous level" is defined and the manifold possibilities of therapeutic intervention on this level are demonstrated. The efficacy of therapeutic treatment on analogous levels is discussed.

### Zusammenfassung

In den bisher veröffentlichten repräsentativen Studien zum Therapieerfolg analytischer Kinderpsychotherapie (DÜHRSEN 1964; FONAGY u. TARGET 1996) wurde keine Behandlungstechnik angegeben. In dieser Arbeit wird die der Heidelberger Studie: „Therapieerfolg analytischer Kinder – und Jugendlichen – Psychotherapie“ (1996) zugrunde liegende Behandlungstechnik, wie sie sich in den Jahren 1975-1993 am Institut für Analytische

<sup>1</sup> Den Mitarbeitern und Ausbildungskandidaten der Jahre 1975-1993 am Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V. gewidmet.

Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie Heidelberg entwickelt hat, ausführlich dargestellt. Ausgehend von den Untersuchungen Piagets, daß Kinder bis zum 11. Lebensjahr kognitiv anders ausgestattet sind als Erwachsene, unter Berücksichtigung der Informationsverarbeitung im Gehirn und der „verstandesdurchwirkten sinnlichen Anschauung“ (Schopenhauer) wird nachgewiesen, daß Kinder in der analytischen Spieltherapie oder im Rollenspiel auf analogen Ebenen ihre intrapsychischen und interpersonellen Konflikte einbringen und dort, im Schutz eines Sicherheitsabstands von der Bewußtheit ihrer Konflikte, diese ohne bewußte Erkenntnis verstehen, verarbeiten, teilweise lösen und später in der Realität umsetzen. Der Begriff der „analogen Ebene“ wird definiert und die vielfältigen Möglichkeiten therapeutischer Interventionen auf dieser Ebene aufgezeigt. Die Wirkfaktoren psychotherapeutischer Behandlungen auf analogen Ebenen werden diskutiert.

## 1 Einleitung: Unterschiede in Neurosentheorie und Behandlungstechnik bei drei Studien

Bisher wurden drei repräsentative Studien zum Therapieerfolg analytischer Kinderpsychotherapie veröffentlicht: Die katamnestische Studie von DÜHRSEN (1964), die retrospektive Studie von FONAGY und TARGET (1995/1996) und der erste Teil der Heidelberger Studie von FAHRIG et al. (1996).

In den beiden erstgenannten Studien finden sich keine Angaben über die angewandte Behandlungstechnik. Man kann jedoch voraussetzen, daß die Studie von DÜHRSEN auf dem Behandlungskonzept basierte, das sie in ihren Monographien (1960, 1964) dargelegt hat. Was die Studie von FONAGY und TARGET (1996) betrifft, so dürften die Behandlungen der 765 Fälle aus den vergangenen 40 Jahren am Anna Freud Institut in London im wesentlichen mit der von Anna Freud veröffentlichten Technik der Kinderanalyse durchgeführt worden sein. Die zugrundeliegende Neurosentheorie hat A. FREUD in ihrem metapsychologischen Modell in „Wege und Irrwege der Kinderentwicklung“ (1968) niedergelegt.

Diese beiden Behandlungstechniken und die ihnen zugrundeliegende Neurosentheorie sind unterschiedlich, wie auch die Behandlungsfrequenz, die am Londoner Institut, einzig in der Welt, zwischen 2-3 Wochenstunden (niederfrequent) und 4-5 Wochenstunden (hochfrequent) liegt, und bei DÜHRSEN zwischen 0,5 bis 2 Wochenstunden angegeben wird. Die Therapieerfolge in den drei Studien sind sehr ähnlich, obwohl die dafür aufgewandte Anzahl an Therapiestunden erheblich differiert. Es ist unklar, ob in den drei bisherigen Studien vergleichbare Patienten behandelt wurden.

## 2 Das Heidelberger Behandlungskonzept und seine theoretische Begründung

Die Dozenten des Instituts diskutierten in regelmäßigen Besprechungen mit den Ausbildungskandidaten und bei deren Abschlußexamen immer wieder über die Tatsache, daß zahlreiche Kinder rasch gesund wurden, obwohl mit ihnen über ihre Konflikte selten direkt gesprochen worden war, sie diese aber in Spielszenen dargestellt hatten. Diese Beobach-

tung war schon von mehreren Autoren in kasuistischen Beiträgen beschrieben worden, insbesondere von ZULLIGER (1966, 1967, 1969). Unsere Hypothese war, daß Kinder ihre Konflikte während deren szenischer Darstellung weitgehend unbewußt verarbeiten. Wir suchten nach den Ursachen für dies Phänomen. Mit der Zeit wurden wir fündig in der Entwicklungspsychologie, in der Neurologie, in der Hirnphysiologie und bei dem Philosophen Schopenhauer. Folgende vier Ansätze sind für die Begründung unsere Hypothese wichtig.

### 2.1 Die kognitive Struktur von Kindern

PIAGET (1976) hat die Entwicklungsstadien der Intelligenz bei Kindern in sehr komplexen Untersuchungen eingehend beschrieben (vgl. auch AUSUBEL et al. 1978). Seine Ergebnisse können hier nur in stark vereinfachter Form dargestellt werden, soweit sie für die Kinderpsychotherapie relevant sind. Das erste Stadium, von der Geburt bis zum 2. Lebensjahr, nannte er *sensumotorische* Entwicklung. Das zweite Stadium, vom 2. bis zum 7. Lebensjahr, bezeichnete er als das *voroperatorische*. Es wird dadurch charakterisiert, daß das Denken des Kindes anschaulich ist, gebunden an das, was es konkret durchführen oder wahrnehmen kann. Das voroperatorische Denken erlaubt noch nicht, sich in die Rolle eines anderen hineinzusetzen. Das dritte Stadium, vom 7. bis zum 11. Lebensjahr, nannte Piaget das *konkret operatorische*. In diesem Stadium kann sich das Kind konkrete Handlungen anschaulich vorstellen, ohne sie direkt auszuführen. Das vierte Stadium, vom 12. bis zum 16. Lebensjahr, bezeichnete er als das *formal operatorische*. Das Denken in dieser Periode reicht in spezifischer und systematischer Weise über vorgegebene Informationen hinaus (OERTER u. MONTADA 1987). Erst in diesem Stadium können Kinder und Jugendliche über Gedanken nachdenken und so allgemeine Gesetzmäßigkeiten hinter einer Vielzahl von Einzelfällen erkennen.

Übertragen wir die für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wichtigen Stadien 2 bis 4 auf das Therapiekind, so *versteht* das Kind bis zum 7. Lebensjahr die konkreten Handlungen und Dialoge, die es im szenischen Spiel sieht und hört. Kinder bis zu 7 Jahren sind deshalb besonders geeignet für die analytische Spieltherapie. Das Kind im Alter zwischen 7 und 11 Jahren kann sich zusätzlich *vorstellen*, welche Handlungen sich zwischen zwei Personen abspielen können, ohne daß diese Handlungen wirklich stattfinden. Es ist dadurch besonders geeignet für das therapeutische Phantasie- oder Rollenspiel, in welchem unbewußte Phantasien oder konkrete familiäre Beziehungsmuster in Handlungen und Dialoge umgesetzt werden. Das Kind ab dem 12. Lebensjahr kann über seine Handlungen und Phantasien reflektierend *nachdenken* und ist erst ab diesem Alter für analytische *Deutungen* zugänglich, die ihm *Einsichten* über sich selbst, seine Handlungen und seine Phantasien vermitteln.

Einen weiteren Hinweis auf die besondere kognitive Ausstattung von Kindern sehen wir in den altersabhängigen unterschiedlichen Funktionen der beiden Hirnhälften.

### 2.2 Die beiden Hirnhemisphären und deren Funktionen

Die beiden Gehirnhälften unterstützen unterschiedliche Funktionen. Die rechte Seite ist für das anschauliche, ganzheitliche, magische und symbolische Denken zuständig,

die linke für das logische, analytische und abstrakte Denken. Betrachten wir die Denkfunktionen jüngerer Kinder, dann entsprechen sie ziemlich genau den rechtshemisphärischen Leistungen. Mit zunehmendem Alter, gebunden an die Sprachfunktion, kommen die linkshemisphärischen Leistungen langsam hinzu. Man kann auf Grund dieser Befunde vermuten, daß das jüngere Kind mehr rechtshemisphärisch denkt als linkshemisphärisch. Dies läßt sich auch aus der Tatsache schließen, daß die funktionelle Verknüpfung der beiden Hirnhemisphären, die Lateralisation, erst mit dem 12. Lebensjahr abgeschlossen wird, gebunden an die Entwicklung der Sprachfunktion (FREUND 1992). Die Befunde Piagets über die Stadien der kognitiven Entwicklung werden also bestätigt durch die sich über die ersten 12 Lebensjahre hinziehende Verknüpfung der Funktionen der Gehirnhemisphären. Analytische Deutungen, die sich an das reflektierte Bewußtsein des Kindes wenden, vermeiden wir aus diesem Grund bis zum 12. Lebensjahr. Das Sich-Wehren der Kinder gegen solche Deutungen durch Zuhalten der Ohren oder andere Ärgerreaktionen sehen wir nicht als Widerstand an, sondern als eine normale Reaktion auf die Anwendung einer der kognitiven Struktur dieses Alters nicht entsprechenden Intervention.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für die Begründung unserer Therapiemethode ist die Informationsverarbeitung im Gehirn. Da wir in der Bewußtheit leben, unterschätzen wir den mengenmäßigen Anteil unbewußt aufgenommener und unbewußt wieder abgegebener Informationen ganz erheblich.

### 2.3 *Zur Physiologie des Bewußtseins*

Von den etwa  $10^9$  Bit/s (1 Milliarden Bit pro Sekunde) an Informationen, die unser Gehirn über Ohr, Auge und Haut aufnimmt, werden  $10^7$  Bit/s über Sprache, Motorik und Mimik wieder abgegeben. Nur 100 Bit/s gelangen ins Bewußtsein. Hiervon werden 10 Bit/s kurzfristig im Gedächtnis gespeichert und nur 1 Bit/s langfristig gespeichert. Das bewußte Erleben erhält also nur Informationen in einem Verhältnis von 1:10 Millionen der insgesamt aufgenommenen und abgegebenen Informationen (KEIDEL 1973).

Diese Tatsache, daß der weit überwiegende Teil unserer Wahrnehmungen unbewußt aufgenommen und unbewußt wieder abgegeben wird, vor allem über die Motorik, Mimik und Sprache, sollte nachdenklich machen hinsichtlich des Anteils unbewußter Prozesse in der Psychotherapie gegenüber jenen, die sich an das Bewußtsein des Patienten wenden, insbesondere bei Kindern. FREUND (1992, S. 438) schreibt: „Viele zerebrale Prozesse brauchen nicht die Ebene des sprachlichen Selbstbewußtseins zu erreichen, um trotzdem Handlungs- und wahrnehmungsrelevant zu werden.“ Eine weitere wichtige Überlegung betrifft die Unterscheidung zwischen unbewußtem Verstehen und bewußter Erkenntnis.

### 2.4 *Verstehen und Erkenntnis*

Die Begriffe *Verstehen* und *Erkenntnis* werden in der Kinderpsychotherapie nicht klar genug unterschieden. Kritiker der Spieltherapie wenden ein, die Handlungen der Spielfiguren oder der Dialog zwischen diesen seien therapeutisch weitgehend unwirk-

sam. Sie meinen, der Heilungsprozeß geschehe vor allem über die bewußt reflektierte Erkenntnis durch Deutungen, auch der Inhalte von Spielszenen. Auf Grund der geschilderten Erkenntnisse und der Therapieergebnisse der Heidelberger Studie (1996) sind wir jedoch sicher, daß das Verstehen der Handlungsabläufe und der Dialoge während einer Spieltherapie oder während eines Rollenspiels zu einem unmittelbaren Verständnis der Inhalte führt, was therapeutisch wirksam ist, ohne daß unser Therapekind den Inhalt dieser Handlungsabläufe und Dialoge bewußt als Erkenntnis reflektiert hätte. Es hat sie verstanden, ohne sie reflektiert zu haben! Genau gegenteiliger Ansicht ist J. BERNA (1976). Er meint, daß die im Spiel erkennbaren Inhalte dem Kind vom Therapeuten „verbalisiert“ werden müssen. Das therapeutische Spiel dient bei BERNA also nur der Entdeckung oder Aufdeckung unbewußten Materials, das aber nun, in einem zweiten Schritt, dem Kind gedeutet werden muß, damit es zu einer bewußten Erkenntnis seines Konflikts gelangt: „Dann erst kann das Kind den Konflikt als seinen eigenen erkennen, ihn bewußt erleben und ihn mit dem Analytiker verarbeiten“ (BERNA 1976, S. 357). Dem entsprechend bezeichnet BERNA die Spielebene als „Nichtwirklichkeit“. Nach unserer Auffassung jedoch schafft die Spielebene eine phantasierte Wirklichkeit, die für das Kind, das sich auf diese Ebene begeben hat, Wirklichkeit ist (FAHRIG 1991).

Die Kontroverse über das bewußt oder unbewußt Wahrgenommene geht bis auf Kant und Schopenhauer zurück. SAFRANSKI (1987, S. 236) schreibt: „Kant ging in seiner Philosophie von einer mittelbaren, reflektierten Erkenntnis aus.“ „Schopenhauer revidierte die Kant'sche Philosophie mit der Konzeption des unbewußt arbeitenden Verstandes.“ Er sagt: „Die unmittelbare Anschauung ist bereits vom Prinzip des Verstandes durchwirkt.“ „Nicht erst die Begriffe sondern die verstandesdurchwirkte sinnliche Anschauung baut die vielfältige Gestaltenwelt vor uns auf.“ „Die Vernunft leistet Schopenhauer zufolge nicht mehr und nicht weniger, als die anschaulichen Vorstellungen in Begriffe (Vorstellungen von Vorstellungen) zusammenzufassen, aufzubewahren und mit diesen ‚Begriffen‘ wie mit Kürzeln Kombinationen anzustellen“ (SAFRANSKI 1987, S. 237). Nach N. BISCHOF (1970, S. 347) „wird die psychologische Evidenz auf einem besonderen Erkenntniswege gewonnen, nämlich durch nacherlebenden Mitvollzug. ‚Verstehen‘ in diesem Sinne heißt soviel wie die intuitive Erfassung seelischer Gehalte, so wie sie sich spiegeln im Verhalten, vor allem im Ausdrucksverhalten eines anderen Menschen oder eines anderen Lebewesens.“ Auch HAFETER (1969, S. 334) schränkt die Bedeutung der Bewußtwerdung in der Kinderpsychotherapie ein, wenn er schreibt: „In der Reifung und fortschreitenden Strukturierung der kindlichen Psyche hat der Durchgang durch das Bewußtseinsfeld nicht jene Bedeutung, sicher aber nicht jenen Stellenwert, den ihm die analytische Theorie zumaß. Unterschwellige Wahrnehmung und unbewußte Nachahmung sind weit über die frühe Kindheit hinaus für Lernen und Formung des ‚Geistes‘ wichtiger als bewußtes Aufnehmen.“ Auch ein ätiologischer Gesichtspunkt für die Entstehung kindlicher Neurosen schränkt die Notwendigkeit einer Bewußtwerdung während der Therapie ein: „Die Genese kindlicher Neurosen“, schreibt HAFETER, „läßt sich weit in die ersten Jahre zurückverfolgen, in denen bewußtes Erleben noch eine untergeordnete Rolle spielt: Vielmehr muß angenommen werden, daß Prozesse wie Verdrängung beziehungsweise Unterdrückung

von Triebregungen, neurotische Fixierung ohne wesentliche Beteiligung bewußter Vorgänge zu denken sind“ (HAFFTER 1969, S. 334).

### 3 Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Ein Therapieerfolg wird bedingt durch Wirkfaktoren, die annähernd zu beschreiben sind, wenn man kurze Therapiesequenzen oder einzelne Behandlungsstunden inhaltlich analysiert und nach Veränderungen sucht, welche durch diese Sequenz vermutlich verursacht wurden (FAHRIG u. HORN 1990).

Über die einzelnen Wirkfaktoren in der Psychotherapie gibt es unterschiedliche Konzepte. In der psychoanalytischen Therapie – wir zitieren hier verkürzt H. LANG (1990) – haben die unbewußten Phantasien und deren Bewußtmachung eine zentrale Bedeutung. FREUD schreibt: „Es muß wohl die Ersetzung des Unbewußten durch Bewußtes, die Übersetzung des Unbewußten in Bewußtes sein, wodurch wir nützen.“ FREUD legte den Schwerpunkt auf das *Erinnern*, während FERENCZI und RANK (1925) dem *Wiederholen* die Hauptaufgabe in der analytischen Technik zuschreiben. Diese beiden Strömungen: auf der einen Seite das Bewußtmachen, Erinnern, Verstehen, auf der anderen Seite die Auffassung, daß ein intellektuelles Verstehen nicht genüge, sondern vielmehr dem *emotionalen Erleben* die zentrale Rolle zuzuschreiben wäre. Eine dritte Strömung knüpft sich an den Begriff der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* von FRANZ ALEXANDER (1950). ALEXANDER schreibt, daß im Gegensatz zur „Einsicht“ und der „Rekonstruktion von Traumata in der Vergangenheit“ die „emotionale Erfahrung und ihre Ausdrucksmöglichkeit“ besondere Wichtigkeit habe. Der „entscheidende therapeutische Faktor“ bestehe darin, daß die Reaktion des Analytikers von den elterlichen Reaktionen verschieden, ja ihnen entgegengesetzt seien. Damit werde der ursprüngliche Einfluß der Eltern „korrigiert“, und der Patient könne neue emotionale Haltungen lernen und damit sein neurotisches Verhalten ändern (LANG 1990).

In der Kindertherapie haben diese drei klassischen Wirkfaktoren eine unterschiedliche Valenz. Die geringste Bedeutung kommt vermutlich dem „bewußten Erinnern“ zu, weil das Kind, wie schon A. FREUD (1980) hervorhob, kein chronologisches Gedächtnis hat. STERN (1985) spricht in diesem Zusammenhang von einem Episoden-Gedächtnis bei Kindern. In den szenischen Darstellungen der Kinder gibt es jedoch ein oft mehrmaliges *Wiederholen im Handeln*, das einem unbewußten Erinnern entspricht. Inhaltlich gleichartige Spielszenen werden spontan so oft wiederholt und damit durchgearbeitet, bis der Konflikt gelöst ist. *Bewußtmachen und intellektuelles Verstehen* spielen in der Therapie vor allem jüngerer Kinder wahrscheinlich eine geringe Rolle. Größere Bedeutung kommt dem *emotionalen Erleben* zu. Eine besonders große Wirkung scheint in der Kindertherapie die *korrigierende emotionale Erfahrung* zu haben. Gerade weil beim Kind Beziehungsmuster oft noch nicht fest eingeschliffen sind, insbesondere, wenn sich ein Kind gegen unkindgemäße Erziehungsformen über Jahre heftig gewehrt hat, hat eine „Haltung“ des Therapeuten, die sich von der Haltung der Eltern wesentlich unterscheidet, ja ihr diametral entgegengesetzt ist, einen starken emotional korrigierenden Einfluß auf ein Kind.

Das Wiederholen neurotischer Beziehungsmuster geschieht in der Psychoanalyse des Erwachsenen in der Übertragung, wird verbalisiert oder außerhalb der Sitzung agiert. Kinder wiederholen diese Muster zwar auch in der Übertragung auf den Therapeuten, jedoch schwächer als Erwachsene. Vermutlich sind die kindlichen Beziehungsmuster noch sehr variabel und werden dem jeweiligen Gegenüber angepaßt. Erst sehr langsam übertragen Kinder ihre neurotischen Beziehungsmuster, die sie speziell an ihren Eltern erworben haben, auch auf den Therapeuten. Von manchen Kinderanalytikern werden die Spielhandlungen der Kinder als „Agieren“ bezeichnet (MÜLLER 1976). Dieser Begriff stammt jedoch aus der Psychoanalyse Erwachsener und bezieht sich auf Empfehlungen von S. FREUD: „Für den Arzt bleibt das Erinnern, das Reproduzieren auf psychischem Gebiete das Ziel, an welchem er festhält. Er richtet sich auf einen ständigen Kampf mit dem Patienten ein, um alle Impulse auf psychischem Gebiet zurückzuhalten, welche dieser aufs Motorische lenken möchte, und feiert es als einen Triumph der Kur, wenn es gelingt, etwas durch Erinnerungsarbeit zu erledigen, was der Patient durch eine Aktion abführen möchte“ (FREUD 1914, S. 133). Die Spielhandlungen des Kindes sind jedoch mit diesem Agieren des Erwachsenen nicht gleichzusetzen. Das Kind agiert nicht, wenn es seine Erinnerungen und Phantasien szenisch darstellt sondern es transponiert seine „psychischen Impulse“ in eine kindgemäße Ausdrucksform und bleibt damit auf der therapeutischen Ebene. Das Agieren von Kindern als Ausdruck eines Widerstandes gegen die Behandlung zeigt sich vielmehr in der Weigerung zu kommen, in trotzigem, zurückgezogenen Schweigen, im Sich-Abwenden, Nicht-Spielen oder Festhalten an stereotypen Spielen, in Toben, Kaspern, Provozieren, vor allem durch aggressive Handlungen.

Kinder unterscheiden sich also nicht nur in ihrer kognitiven Struktur, der „Reife“ der Gehirnhemisphären und in der Art ihrer Übertragung von Erwachsenen, sondern auch in ihrer Motorik. Sie neigen spontan mehr zum Handeln als zum Sprechen. Wenn sie handeln, begleiten sie allerdings ihre Handlungen häufig mit gesprochenen Kommentaren, was mit etwa 2 ½ Jahren beginnt und bis zum 8.-10. Lebensjahr anhält. Diese Kommentare sind entweder Monologe, welche die Handlungen lautlich untermalen, unterstützen und verbalisieren, oder es sind Dialoge mit imaginierten Personen, Gegenständen, Puppen usw., die ihrerseits natürlich nicht antworten können, deren Antwort aber vom Kind gleich mitphantasiert und in einer Art dialogischem Rollenspiel auch gesprochen wird. Diese Form des Dialoges zeigt sich bei manchen Therapiekindern auch in den Gesprächen ihrer Spielfiguren mit den Spielfiguren des Therapeuten, dem vom Kind vorgesagt wird, was er sagen soll, wobei die Kinder genau darauf achten, daß der Therapeut genau das sagt, was sie ihm vorgesagt haben.

Eine weitere Variante vom Kind spontan inszenierter therapeutischer „Technik“ ist ein Wechsel zwischen der konkordanten und der diskordanten Übertragung während des Phantasiespiels oder Rollenspiels, meistens eine abwechselnde Übernahme der Rolle eines Kindes oder eines Erwachsenen. Hat das Kind Angst vor einem Gespenst, überwindet es diese Angst, wenn es selbst als Gespenst dem Therapeuten Angst machen kann. Es gelangt so von der passiven Erleiderrolle, z.B. nächtlicher Angstzustände, in die Rolle des Austeilers von Angst und Schrecken. Der Therapeut ist gehalten, diesen Wechsel mitzumachen in den Rollen, die ihm übertragen werden. Der Vorteil dieser

wechselseitigen Identifikation liegt auf der Hand: Das Kind bearbeitet seine Konflikte, die es mit anderen Personen hat, gleichsam von zwei Seiten. Es reduziert seine Angst vor den Eltern, vor dem Alleinsein, seine Ohnmacht gegenüber den mächtigen Eltern, seine Abhängigkeit von ihnen und stärkt gleichzeitig seine eigene Position und Unabhängigkeit. Bei diesem spontanen Verfahren mit wechselnden Identifikationen ist offenbar Angst das häufigste Regulativ, wann der Wechsel zur anderen Rolle stattfinden muß. Auf diese Weise werden eingeschliffene Beziehungsmuster zwischen Kind und Eltern aber auch zwischen dem Ich und introjizierten Objektrepräsentanzen verändert.

Ziehen wir nochmals einen Vergleich zwischen der Erwachsenen- und der Kindertherapie heran, so entspricht die freie Assoziation des Erwachsenen in der Psychoanalyse beim Kind der frei assoziierten Spielhandlung, begleitet von Kommentaren zu diesen Handlungen, die ebenfalls der freien Assoziation gehorchen. Die wechselseitigen Identifikationen und Rollenübernahmen, die das Kind spontan gestaltet, führen zu einer raschen Befreiung aus einem oft über Jahre festgelegten Rollenmuster. Jeder Kindertherapeut kennt Eltern, die fast jede Handlung oder Bemerkung ihres Kindes negativ kommentieren, korrigieren oder abwerten, meist bona fide, weil sie ihr Kind zu einem kritischen, ordentlichen Menschen erziehen wollen. Haben diese Kinder nun plötzlich einen Therapeuten, der ihnen wohlgesonnen ist, sie nicht kritisiert, sondern gewähren läßt, brechen sie oft nach wenigen Stunden mittels der geschilderten wechselseitigen Identifizierungen aus ihrer neurotischen Gefangenschaft aus, wobei sie immer dann die Rolle der Erwachsenen übernehmen, wenn ihnen ihre unter der Therapie jetzt rasch ausufernde, freche, expansive oder böse Kinderrolle zu unheimlich wird. Kaum haben sie in der Rolle des Erwachsenen das Kind wieder ausreichend beschimpft und gebremst, übernehmen sie erneut die Kinderrolle mit neuem Schwung bei noch geringerer Angst.

#### 4 Analytische Spieltherapie auf analogen Ebenen

Kritiker der Spieltherapie wenden ein, Spielen sei keine Therapie. Das ist zutreffend, sofern es sich um das übliche Spielen handelt, das der Erprobung von Fertigkeiten und dem Einüben von Verhaltensmustern dient, wie zum Beispiel Angriff und Verteidigung. Das therapeutische Spiel ist anders motiviert. Es wird angeregt durch Tiere, menschenähnliche Spielfiguren, die eine Objektbeziehung ermöglichen, aber auch unbelebte Objekte, die anthropomorphisiert werden können oder sich als Projektionsflächen anbieten. Diese Objekte ermöglichen Identifikation und Übertragung. Auch GRAVE (1981) ist der Ansicht, daß Übertragung nicht nur auf die Person des Analytikers stattfindet, sondern ebenso auf das Spielmaterial selbst und auf das Spielgeschehen.

Wir bemühen uns, die Übertragung gezielt vom Therapeuten weg auf Spielfiguren zu lenken. Das Wiederholen gewohnter Beziehungsmuster oder das Erinnern erlebter Begebenheiten wird so auf eine andere Ebene gelenkt, die wir *analoge Ebene* genannt haben (FAHRIG u. HORN 1990). Analoge Ebenen sind das gemalte Bild, die gebaute Szene, die Fremdschilderung, die phantasierte Geschichte oder das Spielen und Sprechen mit Handpuppen, Tieren oder anderen Objekten. Analog bedeutet,



daß die intrapsychischen und interpersonellen, bewußten oder unbewußten seelischen Vorgänge des Kindes auf diesen Darstellungsebenen seinem Erleben, Denken und Fühlen analog sind. Das Wesentliche ist, daß intrapsychische Inhalte von innen nach außen gebracht und dadurch der intuitiven Wahrnehmung zugänglich werden. Der Vorteil des Begriffs „analoge Ebene“ liegt darin, daß er neutral ist, offen läßt, ob es sich bei den Transformationen intrapsychischer Inhalte nach außen um symbolische Verdichtungen, Imaginationen, Amplifikationen, reale Erinnerungen oder unbewußte Phantasien handelt. Einen sehr ähnlichen therapeutischen Ansatz szenischer Spieltherapie vertritt W. KRUCKER (1997), der eine große Anzahl hölzerner Tierfiguren als Übertragungsobjekte anbietet und seine Therapieform systematisch dargestellt hat.

Was bewirkt nun das Verlagern des therapeutischen Geschehens von der realen Beziehung zwischen Patient und Therapeut auf eine analoge Ebene? Es bewirkt eine *Entfernung von der Bewußtheit* der dargestellten Konflikte! Es kommt zu einer Verminderung jener Angst oder Scham, welche die Äußerung eines Konflikts begleiten würde, wenn das Kind diesen Konflikt dem Therapeuten direkt erzählen müßte und beispielsweise erkennen würde: Das bist doch du, der da seine Schwester beseitigen will. Diese Entfernung von der realen Ebene bewirkt einen *Sicherheitsabstand*. Die Sicherheit besteht im nicht Bloßgestellt-Werden, im Schutz des schwachen Ichs des Kindes. Die meisten Kinder sind psychisch nicht reif genug, Übertragungsdeutungen oder Widerstandsdeutungen zu ertragen. Sie empfinden solche Deutungen als Demütigung durch Offenlegung ihrer Schwächen, als Kränkung ihres Selbstwertgefühls. Die sogenannte therapeutische Ich-Spaltung, eine kognitive Leistung des operationalen Denkens, ist den meisten Kindern noch nicht möglich. Dies ist der Hauptgrund dafür, daß Kinder Deutungen auf der realen Ebene nicht annehmen können. Psychisch entlastet durch den Sicherheitsabstand jedoch, ist es dem Kind möglich, sogar brisante intrapsychische und interpersonelle Konflikte schon in frühen Therapiephasen zu äußern. Der Kindertherapeut E. GRAVE (1981, S. 161), stellt in Frage, ob Deutungen (auf der realen Ebene) in der Kinderanalyse überhaupt sinnvoll sind. Er fordert, daß Deutungen das kindliche Erfassungsvermögen berücksichtigen müssen, damit das Kind sie aufnehmen und akzeptieren kann. Damit bezieht er sich, wie wir, auf die spezifische kognitive Ausstattung von Kindern. Wir können nur unterstreichen, daß es von entscheidender Bedeutung ist, *wie* gedeutet wird, und hinzufügen, es ist auch wichtig *wo*, auf welcher Ebene gedeutet wird. Wir sind davon überzeugt, daß es am günstigsten ist, das Geschehen auf den analogen Ebenen zu deuten.

Inhaltlich besteht die Wirkung der Behandlung auf analogen Ebenen darin, daß das Therapiekind *unmittelbar versteht und auch verarbeitet*, was es aus den Dialogen im Spiel entnimmt, vom Spielgeschehen auffaßt. Man kann die Behandlung auf analogen Ebenen bildhaft vergleichen mit einer Impfung durch abgeschwächte Krankheitserreger. Sie erzeugen die gleiche Immunität wie eine echte Erkrankung, sind aber, besonders für Kinder, weniger gefährlich.

Wie aber geht es vor sich, daß eine Spielhandlung zwischen zwei Spielfiguren auf das Therapiekind einwirkt und es gesund macht? Zum einen werden die Handpuppen vom Kind als beseelt und mit einem Bewußtsein ausgestattet angesehen, zum anderen

identifiziert sich das Kind auf der analogen Ebene des Rollenspiels oder des Spiels mit Handpuppen mit den handelnden Figuren, *als ob es selbst diese handelnde Figur wäre!* Wir können dies am Gesichtsausdruck und an der Körperhaltung des Kindes oft unmittelbar beobachten. Der Gesichtsausdruck spiegelt jene Gefühle wider, die im Gespräch mit den Handpuppen entstehen (vgl. dazu auch BISCHOF 1970). Das Kind ist sich dabei nicht bewußt, daß es seine eigenen Konflikte einbringt.

*Beispiel:* Ein 6jähriger Junge, der wegen Unruhe, Störens und Aggressivität gegen fast jedermann vorgestellt wird, geht anläßlich eines Zweitinterviews in meinem Zimmer sofort auf die Kasperlefiguren zu, nimmt sich das Krokodil und beißt alle Kasperlepuppen. Ich sitze im Stuhl und sehe ihm zu. Als es auch mich beißt, nehme ich die Hexe und lasse sie zum Krokodil sprechen: „Ich will dich jetzt erst mal streicheln, Krokodil“, sage ich und streiche mit der Hand der Hexe mehrmals über den Kopf des Krokodils. Der Junge hält das Krokodil ganz still. Ich sehe, wie er seinen Kopf schräg neigt, so, als ob ihn jemand am Kopf streicheln würde. Er bekommt einen weichen, hingebungsvollen Gesichtsausdruck. Er fragt mich, ob das Krokodil die Puppen nochmals beißen dürfe. Ich sage, das solle es nur machen, was auch passiert. Nun gibt er mir das Krokodil auf meine Hand, nimmt selbst die Hexe und streichelt das Krokodil.

In dieser diagnostischen Interaktion symbolisieren die beiden Figuren den bösen Jungen und die böse Mutter, die sich beide offenbar zu Hause in einem Teufelskreis gegenseitiger aggressiver Provokation und Ablehnung befinden. Ich begeben mich mit meiner Figur auf die vom Jungen angebotene Ebene, die analoge Spielebene. Ich tue genau das Gegenteil von dem, was der Junge von dem provozierten äußeren Objekt, seiner Mutter, erwartet hätte. Ich behandle das reaktiv böse Krokodil wie einen guten Jungen. Ich wende mich nicht an die wütend enttäuschte Seite des Jungen, sondern an die dahinterliegende zu kurz gekommene, bedürftige Seite. Ich handle und spreche also von Figur zu Figur, und während dieser Szene sage ich nichts zu dem Jungen selbst. Auch hinterher sage ich nichts über unser Spiel. Die Offenbarungen auf der analogen Ebene sind wie ein schutzwürdiges Geheimnis, das man nicht mit der Realität des Kindes in Verbindung bringen sollte.

Die intrapsychischen und interpersonellen Konflikte werden auf eine analoge Ebene verlagert:

- (1) Es entsteht ein Sicherheitsabstand von der Bewußtheit des Dargestellten.
- (2) Die Handlungen, Phantasien und Dialoge im gemeinsamen Spiel werden unmittelbar intuitiv verstanden und weitgehend unbewußt verarbeitet.
- (3) Die begleitenden Affekte werden vollständig erlebt.
- (4) Die reflektierte, bewußte Erkenntnis wird reduziert.
- (5) Das Erleben von Angst, Scham und Schuld wird abgeschwächt.
- (6) Der Widerstand wird nahezu aufgehoben.

## 5 Unterschiedliche Möglichkeiten therapeutischer Interventionen auf analogen Ebenen

- (1) Grundsätzlich und überwiegend läßt sich der Therapeut vom Patienten führen und geht auf alle Themen ein, die dieser anbietet. Geht dem Patienten der Stoff aus, führt der Therapeut den Dialog im Duktus des Patienten weiter. Zuspruch, Lob und Ermunterung halten den Dialog aufrecht.

- (2) Der Therapeut beginnt mit einer Geschichte, die unbewußtes Material des Patienten herausfordert, wenn der Patient zunächst nicht in der Lage ist, einen Dialog zu beginnen.
- (3) Der Therapeut spielt gezielt, aber verschlüsselt eine Szene, die im Leben des Patienten eine aktuelle Bedeutung hat und wartet auf die Reaktionen des Patienten.
- (4) Der Therapeut kann mit seiner Spielfigur einen Kommentar abgeben über die Spielfigur, die der Patient gerade führt.
- (5) Der Therapeut gibt der Spielfigur des Patienten im Spiel eine Deutung über psychodynamische Zusammenhänge, indem er seine Spielfigur zu der des Patienten sprechen läßt.
- (6) Der Therapeut kann sich kognitiv auf eine „neurotische Lücke“ im Erleben des Patienten einstellen und nun versuchen, das Gespräch im Spiel so zu lenken, daß eine Bearbeitung der Lücke resultiert. So wird zum Beispiel bei verdrängter Aggressivität ein Tiger vom Therapiekind als lieb bezeichnet, werden dessen gefährliche Eigenschaften nicht realisiert. Es ist nun die Aufgabe des Therapeuten, diese Lücke im Erleben des Patienten zu erkennen, zu verstehen und ihm zum Auffüllen der Lücke zu verhelfen. Beim „lieben Tiger“ äußert der Therapeut Zweifel an der Gutartigkeit des Tigers. Dieser stellt nämlich den unbewußten Konflikt des Patienten dar. Der Therapeut unterhält sich mit dem Patienten über die Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit von Tigern. Dadurch aber beeinflußt er die Lücke des Patienten, füllt sie auf mit neuen Informationen über Tiger. Diese Informationen verändern die unbewußte Einstellung des Patienten hinsichtlich der Aggressivität von Tigern und anderen Menschen und damit auch bei sich selbst.
- (7) Der Therapeut kann im Mitspielen eine Puppe sprechen lassen und mit dieser einen Part übernehmen, der einer realen Konfliktsituation des Patienten entspricht. Er kann ihm andere Lösungsmöglichkeiten für diesen Konflikt anbieten, als dem Patienten bisher zur Verfügung standen. Also zum Beispiel: „Ach du liebe Güte Kasperle, du haust ja die Gretel so auf den Kopf, daß ihr schon beide Augen rausfallen. Sie ist auch wirklich ein schreckliches Mädchen, das dir immer alle Spielsachen wegnimmt und kaputt macht. Jetzt kaufen wir dir einen Schrank und da tust du alle Spielsachen rein und schließt ihn zu. Da kommt die Gretel nicht mehr dran!“
- (8) Der Therapeut kann sich innerlich einstellen auf den Fokus des zentralen unbewußten Konfliktes des Patienten. Nun kann er, weitgehend unbewußt, sich dem überlassen, was ihm beim Sprechen gerade einfällt. Ich habe dieses Vorgehen an anderer Stelle (FAHRIG 1973) als assoziative Gesprächsführung beschrieben, wobei sich der Therapeut, ohne viel nachzudenken, vom Patienten führen läßt und assoziativ, d.h. geleitet vom eigenen Unbewußten, auf das antwortet, was der Patient sagt. Bei diesem Vorgehen kommt es zu besonders lebhaften, weil ganz spontanen Spielhandlungen und starken Affekten.
- (9) Schließlich kann der Therapeut aus dem Spielgeschehen heraustreten und bestimmte Vorgänge im Spiel deuten, kommentieren oder interpretieren: „Jetzt verstehe ich, warum der Kasper so wütend auf den Seppel ist, weil der ihn dauernd auslacht!“ Der Therapeut bleibt dabei aber auf der Spielebene, interpretiert den Konflikt auf der Erlebnisebene der Spielfiguren, nicht auf der des Patienten. Die

Möglichkeiten des Therapeuten, auf den analogen Ebenen sich indirekt mit dem Patienten auseinanderzusetzen, sind nahezu unbegrenzt. Er kann dem Patienten Mut machen, er kann ihn stützen, ihn in Frage stellen, kritisch beleuchten, er kann den Figuren Fragen stellen, dem Spiel selbst eine Richtung geben, die der Patient nicht sieht, weil er in diesem Bereich eine Lücke hat, ein spezifisches Beziehungsmuster überträgt oder gehemmt ist.

- (10) Und schließlich, das sollte man nicht vergessen, sind alle spontanen Handlungen des Therapeuten, sein mimischer Ausdruck, sein Tonfall unbewußte „Deutungen“ auf das Verhalten des Patienten. Denn sein Ausdruck übermittelt: das gefällt mir, das mißfällt mir, das erschreckt mich, das macht mich nachdenklich. Diese theoretische Annahme, daß alles, was der Therapeut sagt oder nicht sagt, tut oder nicht tut, gleichgültig auf welcher Ebene der Beziehung, vom Patienten wahrgenommen wird und damit Bedeutung hat für den therapeutischen Prozeß, setzt einen besonderen Akzent auf die emotionale Einstellung des Therapeuten zum Patienten und sein Verstehen dessen unbewußter Konfliktodynamik. (Unter diesem Gesichtspunkt wird der Begriff „Nicht deutende Spieltherapie“ (SÄNGER 1953; ZULLIGER 1969) in seiner Bedeutung eingeschränkt, da das Kind massenhaft bedeutsame Informationen aufnimmt, auch wenn der Therapeut nicht explizit deutet).

In diesem Zusammenhang ist ein Beispiel lehrreich aus Melanie Kleins Deutungstechnik: „Als ich Peter, den ich schon früher erwähnte, deutete, daß er seinen Bruder meinte, als er eine Spielfigur zerbrach, erklärte er mir, daß er das nicht mit seinem wirklichen Bruder machen würde, sondern daß es sich nur um den Spielzeugbruder handelte. Meine Deutung klärte ihn natürlich darüber auf, daß es im Grunde sein Bruder war, den er töten wollte. Das Beispiel illustriert, daß er nur auf symbolische Art seine destruktiven Tendenzen in der Analyse ausdrücken konnte“ (KLEIN 1969, S. 166). In diesem Beispiel korrigiert der Patient Peter mit Recht seine Therapeutin Melanie Klein, die das Geschehen auf der analogen Ebene mit der Realität des Kindes direkt in Beziehung setzt. Dies sollte man auf jeden Fall vermeiden unter Berücksichtigung des *Sicherheitsabstands*, den das Kind durch die Verlagerung des Spielgeschehens auf die analoge Ebene hergestellt hat und nötig braucht. Kaum ein Kind will seinen Bruder wirklich töten. Es will ihn nur weg haben, und dies drückt sich auf der analogen Ebene, wie auch im Traum, symbolisch aus als Tötung. Diese Transformation ins Symbolische sollte man nicht rückübersetzen in die Realität. Dies sind zwei Ebenen, die man in der Kinderpsychotherapie getrennt voneinander halten muß.

In der Kinderpsychotherapie findet auf den analogen Ebenen des Spiels und des Phantasierens zusätzlich zum Verstehen und Verarbeiten bereits eine *Lösung der Konflikte* statt. Wir können beobachten, daß sich die Spielhandlungen von Stunde zu Stunde verändern. So wird zum Beispiel der Schwächere immer stärker, der Gehemmte setzt sich durch, der Prügelknabe teilt nun selbst aus, der Ängstliche wird mutiger. Das Kind findet also bereits in der Therapiestunde Lösungen seines Problems, übt gleichsam ein neues Verhalten ein, eignet sich das Vokabular an, das es braucht, um beispielsweise einen Angreifer abzuwehren. Zunächst wird also die Wirklichkeit im Spiel verändert. Mit den Veränderungen der Handlungen und des Erlebens werden dann

aber auch die inneren Repräsentanzen dieser Handlungen, die inneren Programme und Bilder verändert. Parallel dazu erfolgt die Veränderung des Verhaltens in der Realität, worüber die Beziehungspersonen dann berichten.

Unsere Technik nutzt also die spezifische kognitive Struktur jüngerer Kinder, die das Hauptkontingent der Therapiekinder darstellen. Demgegenüber erscheinen Versuche problematisch, die Technik der Kinderpsychotherapie weitestgehend an die Erwachsenenpsychoanalyse anzugleichen. Die Gegenübertragung von Therapeuten, die Kinder als unzulänglich in ihrer Analysierbarkeit ansehen, weil sie vergeblich versuchen, Techniken der Erwachsenentherapie auf sie anzuwenden, wird sich auf die Bereitschaft des Kindes, sich zu öffnen, negativ auswirken und die Therapie verlängern. Die Haltung von Therapeuten, denen alle Darstellungsebenen, auf welchen sich Kinder äußern können willkommen sind, muß sich im Gegensatz dazu auf den Therapieverlauf positiv auswirken und die Behandlung abkürzen. Dies glauben wir auch mit den Ergebnissen der Therapieverläufe aus der Heidelberger Studie belegen zu können, da eine vergleichsweise geringe Stundenzahl für die Gesundung der Kinder aufgewendet werden mußte (vgl. dazu auch HIRSCHMÜLLER et al. 1997). Die guten Therapieergebnisse bei den Behandlungsfällen der Heidelberger Studie (1996) konnten in einer Katamnese nach 5 Jahren durch Einschätzung von Experten, Eltern und behandelten Kindern als stabil bestätigt werden (WINKELMANN et al. unveröffentlicht).

Als die wichtigsten *Wirkfaktoren* unserer Therapiemethode für Kinder bis zum 11. Lebensjahr sehen wir an:

- das Erleben, intuitive Verstehen und Durcharbeiten von Handlungen und Dialogen in der Übertragung, vor allem auf Spielfiguren;
- die korrigierende emotionale Erfahrung an der Haltung der Therapeuten und an den Haltungen der Spielfiguren des Therapeuten;
- die indirekte Bearbeitung zentraler Konflikte (Foci) auf analogen Ebenen.

Selbstverständlich eignen sich nicht alle Kinder zur Behandlung auf analogen Ebenen, die in den meisten Fällen auch nur einen Teil der Behandlungsstunde einnimmt.

## 6 Zur psychotherapeutischen Technik mit älteren Kindern

Wir lassen das Kind erzählen. Wenn es nichts mehr erzählt, führen wir ein gewöhnliches Gespräch, in das Fragen eingestreut werden. Wir beginnen mit den positiv getönten Lebensbereichen des Patienten, in denen er gut funktioniert, Erfolge hat und Fortschritte macht. Dann kommen die Lebensbereiche, in denen er Schwierigkeiten hat. Wir erfragen bevorzugt und möglichst detailliert die Begleitumstände der auslösenden Konfliktsituationen und versuchen, die dort aufgefundenen Lücken im Erleben aufzufüllen. Es handelt sich dabei meist um verleugnete Enttäuschungen oder Kränkungen, um Ängste oder unterschiedliche Verarbeitungen eines depressiven Grundkonflikts (RUDOLF 1993, 1996). In jeder folgenden Stunde stellt sich die Konstellation etwas anders dar, werden neue Details berichtet oder ist ein Rückgriff auf gleichartige Erfahrungen in der Kindheit möglich. Das Deuten auf der realen Ebene wird langsam vorbereitet durch Aufzeigen einer Konfliktsituation, die mit Angst, Scham, Kränkung oder Enttäuschung verbunden ist. Die

Deutung erfolgt bevorzugt in der Übertragung auf jene Personen, bei denen die Konflikte auftreten. Es wird über jene Phantasien gesprochen, welche der Patient diesen Personen zuordnet. Das Deuten bezogen auf andere Personen ist für das Kind weniger ängstigend als eine Übertragungsdeutung, die wir nur dann geben, wenn das Kind diese Ebene der Deutung selbst anbietet. Gedeutet wird zuerst die Abwehr, weil sie die Billigung des Über-Ich hat, als zweites Vorstellungen und Phantasien und zuletzt der Antrieb oder Triebanteil des unbewußten Konflikts. Wir bemühen uns, Deutungen kurz, prägnant, in Umgangssprache, eher salopp als bedeutend, eher nebenbei als ganz direkt zu geben. Bei brisanten Deutungen sehen wir dem Patienten nicht in die Augen, sozusagen an ihm vorbei, oder wir reden, während wir durchs Zimmer gehen. Wir betreiben nach Möglichkeit keine Widerstandsanalyse. Wir umgehen den Widerstand, indem wir ausweichen auf eine analoge Ebene, bei älteren Kindern bevorzugt auf Fremdschilderungen, in welchen der Patient seine Problematik wiedererkennen kann. Auch bei Jugendlichen umgehen wir auftretende Widerstände, indem wir aktiv das Thema wechseln, ein Thema wählen, das den Patienten interessiert und in welchem er kompetent ist. Hat er sich wieder stabilisiert, kehren wir vorsichtig zu dem vorangegangenen Thema zurück. Auch bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die wichtige Funktion des Sicherheitsabstands zu beobachten: Ein Jugendlicher ging beispielsweise bei Stundenbeginn immer zuerst in den Tischtennisraum, nahm den Schläger in die Hand, spielte aber nicht, sondern begann, von seinen Problemen zu reden. Zwei Meter Abstand von der Therapeutin und das Alibi des Tischtennispiels waren die notwendige Distanz (VON RABENAU 1990). Ein 12jähriges, behindertes Mädchen konnte das Spielen eines Regelspiels nur zulassen, wenn auf seiner Seite gleichzeitig noch sechs Bären mitspielten, für die es auch würfelte. Die Angst vor dem Verlieren wurde auf diese Weise um das sechsfache verdünnt (SCHUCH 1989). Länger dauerndes, abwartendes Schweigen, wie es in der Psychoanalyse Erwachsener angebracht sein kann, halten wir bei Kindern und Jugendlichen nicht für hilfreich.

Eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist nicht einfach, was sich auch in der Gleichstellung beider Therapieverfahren in den Psychotherapierichtlinien niedergeschlagen hat. Eine vergleichende Darstellung beider Verfahren mit ihren jeweiligen Indikationen und Techniken ist für die Kinderpsychotherapie meines Wissens bisher nicht veröffentlicht worden. Bei Kindern erfüllt die Spieltherapie mit Interpretationen auf analoger Ebene die kindgemäßen Kriterien einer analytischen Behandlung. Die Therapie älterer Kinder und Jugendlicher legen wir, dem Gespräch im Gegenübersitzen Rechnung tragend, eher als tiefenpsychologisch fundierte, fokale oder dynamische Psychotherapie an (FAHRIG 1976).

*Regelspiele in der Kinderpsychotherapie:* Regel-, Kampf- und Wettbewerbsspiele erscheinen auf den ersten Blick nicht als therapeutisches Medium. Bei näherem Hinsehen erweisen sie sich als analoge Ebene, auf welcher sich vor allem Beziehungskonflikte darstellen, wie Macht und Ohnmacht, Vertrauen und Mißtrauen. Vordergründig zeigt sich im Wunsch nach Gewinnen bei einem Spiel zunächst ein Wettbewerb, bei der Angst vor dem Verlieren aber geht es in letzter Konsequenz um die Selbstakzeptanz. Das Spiel „Mensch ärgere Dich nicht“ ist, wie der Name sagt, ein Spiel, Frustrationen ertragen zu lernen. Diese Frustrationen haben jedoch vielfältige Beziehungsaspekte: Wirft der The-

rapeut mich hinaus, wenn er die Gelegenheit dazu hat, oder schont er mich und zieht mit einem anderen Stein? Gilt nur das Recht des Stärkeren oder gibt es so etwas wie eine Fürsorge für den Schwächeren? Kommt das Verlieren einer Vernichtung der Person gleich oder hält mich mein Therapeut so sicher in seiner Zuwendung, daß ich mein Gesicht wahren kann, auch wenn ich verliere? Hier gilt es für den Therapeuten, die Toleranzbreite des Kindes genau zu beachten, ihm soviel Schonung wie nötig, soviel Erfolg wie möglich zu gewähren. Das Spielen von Regelspielen kann manchem Patienten eine Annäherung an die therapeutische Arbeit erst ermöglichen. Regelspiele sind aber zu beenden, sobald sie zum Leerlauf, zum Widerstand gegen die Therapie werden.

## 7 Beratung der Eltern und Behandlungsfrequenz

Wesentlicher Bestandteil der Behandlungen ist die begleitende Psychotherapie der Beziehungspersonen. Parallel zu den Therapiesitzungen mit dem Kind finden regelmäßig Gespräche mit den Eltern statt meist in der Relation 4:1. Es werden mit ihnen die Konflikte besprochen und analysiert, die sie mit ihrem Kind, das Kind mit ihnen oder die Eltern miteinander haben. Wir erklären den Eltern die Psychodynamik des neurotischen Konfliktes ihres Kindes in allen Einzelheiten. Dies bewirkt oft schlagartig eine Umkehrung ihres bisherigen, die Störung ihres Kindes unbewußt stützenden Verhaltens. Die Eltern sind oft, trotz großer Bemühungen, aus Gründen eigener neurotischer Konflikte überfordert; sie können das Kind nicht so akzeptieren wie es ist; sie erwarten mehr, als es leisten kann; sie lehnen es ab aus unterschiedlichen Gründen; sie benutzen es als Selbstobjekt oder als Ersatzpartner. Die Spannbreite der therapeutischen Möglichkeiten mit den Eltern reicht von der Beratung bis zur dynamischen Psychotherapie (DÜHRSEN 1995), die zentrale Konflikte gezielt angeht. Die begleitende Psychotherapie ist unverzichtbar, da eine Veränderung der elterlichen Einstellungen zum Kind enorme Wirkungen erzielt. Ältere Jugendliche, die sich schon ablösen, wollen oft keine Einbeziehung der Eltern in die Therapie. Manche Eltern, die Therapie für sich selbst ablehnen, kommen nicht oder selten, bringen aber ihre Kinder regelmäßig.

Stundenzahl und Dauer der Psychotherapien variieren stark. In der Heidelberger Studie (1996) wurde bei 133 Behandlungen eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 66 Stunden mit einer durchschnittlichen Frequenz von einer Wochenstunde ermittelt, Ferien und Pausen durch Krankheit eingerechnet. Bei Kindern streben wir eine Frequenz von einer bis zwei Wochenstunden an, bei Jugendlichen von einer Wochenstunde. Jugendliche lassen wir nach Möglichkeit die Frequenz selbst bestimmen. Mehr als zwei Wochenstunden geben wir nur kurzfristig in Fällen akuter Zuspitzung von Konflikten.

## Literatur

- ALEXANDER F. (1950): Analyse der therapeutischen Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche* 4, 401-416.
- AUSUBEL, D.P./SULLIVAN, E.V. (1978): Historischer Überblick über die theoretischen Ansätze. In: STEINER, G. (Hg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* Bd. VII: Piaget und die Folgen. Zürich.

- BERNA, J. (1976): Die Verbalisierung in Erziehung und Kinderanalyse. In: BIERMANN, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband. München, S. 344-358.
- BISCHOF, N. (1970): Verstehen und Erklären in der Wissenschaft vom Menschen. *Zschr. für Menschenkunde* 34, 338-364.
- DÜHRSSSEN, A. (1960): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen.
- DÜHRSSSEN, A. (1962): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen.
- DÜHRSSSEN, A. (1964): Katamnestiche Untersuchung bei 150 Kinder und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 7, 241-255.
- DÜHRSSSEN, A. (1995): Dynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten, 2. Aufl. Göttingen.
- FAHRIG, H. (1973): Unterschiedliche Techniken in der Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 22, 81-84.
- FAHRIG, H. (1976): Dynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 25, 33-42.
- FAHRIG H./HORN, H. (1990): Wirkungsweisen der Kinderpsychotherapie. In: LANG, H. (Hg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Heidelberg, S. 45-68.
- FAHRIG, H. (1991): Die verändernde Kraft der phantasierten Wirklichkeit. In: LEHMKUHL, U. (Hg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie., Berlin, S. 118-125.
- FAHRIG, H. (1996): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: RUDOLF, G.: Psychotherapeutische Medizin, 3. Aufl. Stuttgart, S. 382-391.
- FAHRIG, H./KRONMÜLLER, K. TH./HARTMANN, M./RUDOLF, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zschr. Psychosom. Med. und Psychoanalyse* 42, 375-395.
- FERENCZI, S./RANK, O. (1924): Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Leipzig.
- FONAGY, P./TARGET, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of American Academie of Child and Adolescent Psychiatry* 33, 45-55.
- FONAGY, P./TARGET, M. (1996): Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud centre. *Journal of American Psychoanalytic Association* 44, 27-77.
- FREUD, A. (1968): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart.
- FREUD, A. (1980): Die Beziehungen zwischen der Kinderanalyse und der Erwachsenenanalyse. In: Die Schriften der Anna Freud. München, Bd. VIII, S. 2145-2171.
- FREUD, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. G. W. X, 4. Auflage, London.
- FREUD, S. (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. XI, 4. Auflage. London.
- FREUND, H.J. (1992): Funktionelle Organisation. In: KUNZE, K. (Hg.): Lehrbuch der Neurologie. Stuttgart.
- GRAVE, E. (1981): Übertragung, Deutung und Gegenübertragung in der Kindertherapie. In: BIERMANN, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. IV. München, S. 158-169.
- HAFFTER, C. (1969): Deutung und Einsicht in der Kinderpsychotherapie aus anthropologischer Sicht. In: BIERMANN, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. I. München.
- HIRSCHMÜLLER, B./HOPF, H./MUNZ, D./SZEWKIES, J. (1997): Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *VAKJP Schriftenreihe* Bd. 5.
- KLEIN, M. (1969): Die psychoanalytische Spieltechnik, ihre Geschichte und Bedeutung. In: Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. I. München.
- KEIDEL, W.D. (1973): Kurzgefaßtes Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart.
- LANG, H. (1990): Einführung. In: LANG, H. (Hg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin.
- KRUCKER, W. (1997): Spielen als Therapie. Ein szenisch analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie. München.
- MONTADA, L. (1987): Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: OERTER, R./MONTADA, L. (Hg.): Entwicklungspsychologie, 2. Aufl. München.
- MÜLLER, E. (1976): Übertragung und Gegenübertragung in der analytischen Kindertherapie. In: BIERMANN, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband. München, S. 324-334.
- PIAGET, J. (1976): Psychologie der Intelligenz. München.
- VON RABENAU, G. (1990): Examensarbeit. Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.



- RUDOLF, G. (1996): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 3. Aufl. Stuttgart.
- SÄNGER, A. (1953): Die nicht deutende Spieltherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 4, 92-98.
- SAFRANSKI, R. (1987): Schopenhauer und die wilden Jahre der Philosophie. München.
- SCHUCH, U. (1989): Examensarbeit. Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.
- STERN, D. (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart.
- WINKELMANN, K./KRONMÜLLER, K. TH./HARTMANN, M./HORN, H./NEUMANN, K./HENNCH, C./RECK, C.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie. Eine Fünfjahreskatamnese (unveröffentlicht).
- ZULLIGER, H. (1996): Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie, 2. Aufl. Bern.
- ZULLIGER, H. (1967): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Stuttgart: Klett.
- ZULLIGER, H. (1969): Die deutungsfreie psychoanalytische Kinderpsychotherapie. In: BIERMANN, G. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. I. München, S. 192-198.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Hermann Fahrig, Carl Beckstraße 58, 69151 Neckargemünd.