

Streeck-Fischer, Annette / Kepper-Juckensack, Iris / Kriege-Obuch,
Christa / Schrader-Mosbach, Helga und von Eschwege, Kerstin

**„Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte
Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen
und komplexen Traumatisierungen**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 8, S. 620-638

urn:nbn:de:bsz-psydok-44639

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

„Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen

Annette Streeck-Fischer, Iris Kepper-Juckenack, Christa Kriege-Obuch,
Helga Schrader-Mosbach und Kerstin von Eschwege

Summary

“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation

Early maltreatment of children can lead to severe disorders in the regulation of behaviour and affect, alterations in awareness and distorted perception. In development-oriented psychotherapy, therapeutic interventions which are directed to regulating processes, decentration or mentalisation, desomatisation and symbolisation of enacted messages play a central role. The results of early traumatisation and of therapeutic interventions are portrayed, examining the multidimensional diagnosis and therapy of a dangerously aggressive 12-year-old boy as an example. From this, it becomes clear how, through new experiences with regulating others, he gradually surfaces from a world of annihilation and destruction and learns to survive and to live.

Keywords: development oriented psychotherapy – violence – children – adolescents – complex PTSD

Zusammenfassung

Frühe Misshandlungen von Kindern können zu schweren Störungen in der Verhaltens- und Affektregulation, zu Bewusstseinsveränderungen und verzerrten Wahrnehmungen führen. In einer entwicklungsorientierten Psychotherapie spielen therapeutische Interventionen, die auf Regulierungsvorgänge, Dezentrierung oder Mentalisierung, Desomatisierung und Symbolisierung gehandelter Botschaften ausgerichtet sind, eine zentrale Rolle. Anhand der mehrdimensionalen Diagnostik

und Therapie eines gefährlich aggressiven 12-jährigen Jungen werden die Folgen früher Traumatisierung ebenso wie die therapeutischen Interventionen dargestellt. Daran wird deutlich, wie er aus einer Welt der Vernichtung und Zerstörung durch neue Erfahrungen mit regulierenden Anderen allmählich auftaucht und überleben und leben lernt.

Schlagwörter: entwicklungsorientierte Psychotherapie – Gewalt – Kinder – Jugendliche – komplexe PTBS

1 Einleitung

Frühe Vernachlässigung, emotionale und körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern haben negative Folgen für die körperliche, emotionale und kognitive Entwicklung. Sie können u.a. zu schweren Störungen in der Verhaltens- und Affektregulation, zu Bewusstseinsveränderungen und verzerrten Wahrnehmungen führen. Untersuchungen zu Folgen traumatischer Belastungen in der frühen Entwicklung legen nahe, dass solche Einwirkungen negative und möglicherweise auch irreversible Auswirkungen auf die Hirnentwicklung und den Hirnstoffwechsel haben (Debellis et al. 1999 a,b). Befunde aus der Säuglings- und Bindungsforschung und der Neurobiologie verweisen auf Zusammenhänge zwischen frühen traumatischen Belastungen, desorganisiertem Verhalten, beeinträchtigten psychoneurobiologischen Regulationen und einer multimorbiden Psychopathologie. Erkenntnisse aus diesen Forschungsgebieten sind für die Behandlung frühgestörter Kinder und Jugendlicher wichtig, da sie neben psychodynamischen Verstehensmodellen neue und weiterführende Ansätze zum Verständnis für die Behandlung nahe legen. Sie helfen insbesondere in der analytisch orientierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen, bei der entwicklungsorientierte Ansätze im Vordergrund stehen. Dabei spielen therapeutische Interventionen, die auf Regulierungsvorgänge (Beebe u. Lachmann 1994; Schore 1997, 2001), Dezentrierung (Piaget 1952) oder Mentalisierung (Fonagy u. Target 2002), Desomatisierung (Krystal 1997, s. auch Naumann-Lenzen in diesem Heft) und Symbolisierung gehandelter Botschaften (Streeck-Fischer 2000a, b) ausgerichtet sind, eine zentrale Rolle.

Diese neueren Konzepte, die das Verständnis und die Behandlung von frühgestörten Kindern und Jugendlichen verändern, sollen im Folgenden kurz dargestellt werden (siehe auch die Beiträge in diesem Heft, die einen Überblick über die aktuelle Literatur geben), vor allem aber an Ausschnitten¹ aus der stationären Behandlung eines 12-jährigen gefährlich aggressiven Jungen anschaulich gemacht werden. Weiterentwicklungen einer modernen interaktionell ausgerichteten Psychoanalyse, die frühe Entwicklungen und Traumatisierungen im Blick hat, werden aufgezeigt.

¹ Im Interesse einer Anonymität des Patienten.

2 MCDD – Multiple und komplexe Entwicklungsstörung als Folge früher Traumatisierung

Die Diagnose einer Borderline-Struktur oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist bei Kindern und Jugendlichen umstritten. Die Komplexität der Störung im Kindes- und Jugendalter verweist auf eine sehr heterogene Gruppe (Bürgin u. Meng 2000; Petti u. Vela 1990), die am ehesten als ein Syndrom mit vielfältigen externalisierenden und internalisierenden Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen aufzufassen ist. Die vielfältigen Auffälligkeiten, die sich nicht nur auf die psychische Ebene beschränken, veranlassen Autoren wie Cohen et al. (1987), Towbin et al. (1993) und Lincoln et al. (1998) die Problematik als multiple und komplexe Entwicklungsstörung zu sehen (MCDD – Multiple Complex Developmental Disorder). Untersuchungen zu Risikofaktoren bei der Entwicklung solcher Störungen weisen auf eine hohe Belastung durch reale Traumata hin, deren Auswirkungen in der Entwicklung bisher eher vernachlässigt wurden.

Die frühen Entwicklungs- und Beziehungsstörungen sind durch eine vielfältige und oft fluktuierende Symptomatik gekennzeichnet. Unsere Erfahrungen in der Behandlung dieser Störungen haben gezeigt, dass das entscheidende strukturierende Element für deren Entwicklung in erster Linie anhaltende und wiederkehrende Überwältigungen durch traumatische Belastungen sind und nicht – wie von Kernberg vertreten – Auswirkungen chronischer Aggression. Kinder und Jugendliche sind oft noch zu dem Zeitpunkt traumatisierenden Bedingungen ausgesetzt, zu dem sie klinisch auffällig werden. Dies muss in der Behandlung unbedingt erkannt werden und ist eine Voraussetzung für jede sinnvolle Therapie. Wiederkehrende, destruktive Interaktionszirkel, etwa derart, dass das Kind von der Mutter misshandelt wird, bestimmen den Alltag der jungen Patienten und die Therapie und gehen u.a. mit primären Reaktionen (Streeck-Fischer 2000a, b) einher, die nicht mit neurotischen Abwehrmechanismen verwechselt werden dürfen. Primäre Reaktionen wie fight/flight/freeze (Kampf, Flucht, Erstarren) und daraus folgende Bewältigungen wie Deck- oder „Compliance-Verhalten“ (vgl. Fraiberg 1982 und in diesem Heft; Crittenden 1995) führen zu Entwicklungsstopps mit einer Vielfalt von konsekutiven Beeinträchtigungen, die sowohl im affektiven, im kognitiven als auch im sensorischen Bereich auftreten. Streeck-Fischer (2000a) hat daher vorgeschlagen, die verschiedenen Erklärungsansätze wie das Borderline-Modell, das Trauma-Modell und biologisch orientierte Entwicklungsmodelle zu kombinieren, um zu einem integrierten Verständnis dieser Kindern und Jugendlichen zu kommen.

Kinder und Jugendliche mit Traumatisierungen in der frühen Entwicklung haben über *kein integriertes Selbst-/Objektkonzept*, d.h. sie erscheinen nicht als eine ganze und integrierte Person, sondern zeigen verschiedene Bilder von sich selbst. Sie geraten beispielsweise in unterschiedliche Zustände (states) oder treten als unterschiedliche Personen (alter-ego) auf oder bewegen sich in unterschiedlichen Lebensaltern. Diese Zustände sind wichtig zu erkennen, denn sie können völlig unverbunden nebeneinander existieren, was bedeutet, dass man in dem einen Zustand die Person mit ihrem anderen Zustand nicht erreicht.

Solche Kinder und Jugendliche zeigen *Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung*. Aufgrund der frühen traumatisierenden Belastungen haben sie die

Fähigkeit der Selbstregulation nicht erworben. Frühe Erfahrungen von Sicherheit und guter Bemerterung führen zu stabilen inneren neuropsychobiologische Regulationen. Die Mutter übernimmt in der frühen Pflege die selbstobjekthafte Funktion eines neuropsychobiologischen Regulators. Insofern ist es eine wesentlicher Teil von Entwicklung, wenn *äußere Regulation* (durch die Mutter) in *innere Regulation* transformiert wird (Schor 2001). Aus der biologischen Forschung ist bekannt, dass in dem Moment, wo eine sichere Bindung etabliert ist, biologische Regulationen körperlicher Zustände (Stressregulation mit Wirkung auf das ANS) verinnerlicht worden sind (Hofer 1996). Gut funktionierende Regulationssysteme verbinden Körper, Seele und Geist miteinander. Als Gesundheitsfaktor sollten sie nicht unterschätzt werden (Felitti et al. 1998).

Früh traumatisierte Kinder verinnerlichen solche Regulationen nicht oder unvollständig. Einige sind zwar in der Lage, in einer gut strukturierten Umgebung sich zu strukturieren. Bei diesen vordergründigen Anpassungen handelt es sich jedoch um fortgesetzte äußere Regulierungen, anders gesagt: um abgestützte Regulierungen, die zusammenbrechen, sobald die Situation z.B. in der Schule desorganisiert ist. Dort fallen diese Kinder durch ihr ungesteuertes impulsives und aggressives Verhalten auf. Später im Jugendalter greifen sie weiterhin zu äußeren regulierenden Mitteln wie Alkohol, Drogen oder auch bestimmten Ideologien, die eine identitätsstiftende, aber auch selbstregulierende Funktion haben können. Solche Ersatzregulierungen sollen den inneren Mangel an Regulierung ausgleichen.

Wir treffen bei diesen Kindern auf deutliche *Bewusstseinsveränderungen und Gedächtnisstörungen*. Wir erfahren nicht, was sie erlebt haben, sondern können das allenfalls an ihrem Verhalten erkennen. Das hat dann nichts mit Verschweigen zu tun, das aus Loyalitätskonflikten oder Beschämungen resultiert. Denn die Fähigkeit, Gefühle benennen zu können und Verständnis für innere Zustände zu haben, setzt voraus, dass das Kind Erfahrungen in der frühen Mutter-Kind-Interaktion macht, in denen die Mutter ihm *sein Bild als mentalisierendes, wünschendes, glaubendes Selbst reflektiert hat*. Es sind Erfahrungen, bei denen die Mutter als kreativer sozialer Spiegel (Fonagy u. Target 2001) wirkt und dem Kind sein eigenes Selbst zurückgibt (Winnicott). Diese Interaktion verhilft dem Kind zu Selbstreflexivität und Entwicklung von inneren Repräsentanzen. Kinder mit frühen Traumatisierungen wurden nicht gespiegelt und können nur mangelhaft mentalisieren. Ihre Erfahrungen werden im prozeduralen Gedächtnis gespeichert. Das prozedurale Gedächtnis ist anders als das deklarative Gedächtnis, in dem Weltwissen und episodisches Wissen gespeichert wird, nicht verfügbar und bewusst aktivierbar. Frühes Beziehungswissen ist prozedural gespeichert und zeigt sich in den Handlungen und der Interaktion mit anderen. Sind Kinder und Jugendliche früh traumatisiert worden, stellt sich das entsprechend in Interaktionen her.

Im stationären Rahmen geraten wir bei solchen Kindern und Jugendlichen in problematische Interaktionen, aus denen sich erkennen lässt, ob Traumatisierungen wie Misshandlungen, Vernachlässigung, ggf. auch Missbrauch, stattgefunden haben. Aufgrund der gemeinsamen interaktiven Hervorbringungen entwickeln wir Gefühle oder auch Fantasien im Hinblick darauf, dass etwas Schlimmes passiert ist, über das aber nicht gesprochen werden kann. Bei Pflege- oder auch adoptierten

Kindern bleibt mitunter völlig im Unklaren, was tatsächlich gewesen ist, und wir müssen uns damit begnügen, die Verstrickungen, in die wir geraten, ernst zu nehmen. Da diese Kinder und Jugendlichen aufgrund früher ungünstiger Bedingungen nicht gelernt haben, sich mitzuteilen, ist es unsere Aufgabe, für diese Kinder und Jugendliche eine Sprache zu finden, die sie aus ihrem Handeln herausführt. Denn dieses Handeln bedeutet, dass sie immer wieder die traumatischen Erfahrungen fortsetzen, die sie früher erlebt haben.

Als Folge früher traumatischer Bedingungen finden wir *Störungen in der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung von anderen*. Diese Störungen gehen mit Grenzenstörungen einher, die sich z.B. im Umgang mit Realität und Phantasie und Vergangenheit und Gegenwart zeigen (Streeck-Fischer 2000b). Wir begegnen dem Problem, dass wir an den Erzählungen der Kinder und Jugendlichen mitunter nicht erkennen, was Wirklichkeit und was Phantasie ist. In jedem Fall ist wichtig, ihre Mitteilungen als Wirklichkeit zu nehmen. Allerdings können schwere Fehler gemacht werden, wenn zu schnell real gehandelt und eingegriffen wird, z.B. bei sexuellem Missbrauch, der zum Eingreifen auffordert, dessen Veröffentlichung jedoch mit einschneidenden und erneut traumatisierenden Maßnahmen einhergeht. Schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche können infolge ihrer Dissoziationen mitunter nicht unterscheiden, was wirklich und was Phantasie ist. Um nicht in „traumatische Fallen“ zu geraten, müssen äußere Schritte sehr sorgfältig überlegt werden.

Aufgrund früher traumatischer Erfahrungen in der Entwicklung besteht ein *mangelndes basales Vertrauen in Personen und Umwelt*. Die Kinder entwickeln häufig korrupte Wertsysteme und brüchige Normen. Stabile innere Orientierungen fehlen in der Regel. Der Weg raus aus verbindlichen gesellschaftlichen Bezügen ist dann schnell gebahnt.

Kinder und Jugendliche mit Traumatisierungen zeigen darüber hinaus *sensomotorische Kurzschlussmechanismen*. Das bedeutet, dass sie komplexe Körperwahrnehmungsstörungen haben, z.B. mangelndes Schmerz- oder Geschmacksempfinden, oder dass sie deutliche Wahrnehmungsverzerrungen zeigen, die sie leicht in Situationen bringen, in denen sie retraumatisiert werden. Solche Beeinträchtigungen haben insbesondere Folgen für ihre Schulkarriere. In unseren Untersuchungen haben wir bei diesen Kindern und Jugendlichen erhebliche Körperwahrnehmungsstörungen festgestellt. Diese zeigten sich u.a. im Mann-Zeichen-Test, wo Körperteile fehlen oder an eine andere Stelle lokalisiert wurden. Aufgrund von Erstarrungsreaktionen zeigen diese Kinder häufig Auffälligkeiten in ihrer Bewegungsentwicklung und ihrem Spiel. Indem sie in ihren Entwicklungsstopps verharren, versäumen sie wichtige Erfahrungen, so dass sie kognitiv als mangelhaft ausgerüstet erscheinen.

3 Die Problematik am Beispiel von David

Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit *Störungen in der Verhaltens- und Affektregulation, Bewusstseinsveränderungen und verzerrten Wahrnehmungen* beschäftigen Mitarbeiter von Kinder- und Jugendlichenstationen in der Regel heftig.

Bei dem bereits erwähnten 12-jährigen David², der zu bedrohlich aggressiven Durchbrüchen neigte, wurden die Erzieher sehr bald an die Grenzen ihrer Belastbarkeit geführt. Seine verschiedenen Gesichter, die er an verschiedenen Orten erkennen ließ, waren im Mitarbeiterteam immer wieder Anlass für Kämpfe um die „richtige“ Wahrnehmung, die bis hin zu Infragestellungen der Kompetenz Berufsgruppen führten. Es fiel den Mitarbeitern außerordentlich schwer, die verschiedenen Botschaften zu integrieren, neben den Kämpfen um die Wahrnehmung, gab es Kämpfe um die richtigen therapeutischen Strategien, Kämpfe darum, ob er behandelt werden könne oder ob er überhaupt in der Lage sei, sich zu entwickeln. Infragestellungen gingen quer durch das Mitarbeiterteam, unterschiedliche therapeutische Weltanschauungen wurden deutlich, Grenzen zwischen der Problematik des Jungen und den eigenen konnten zeitweilig nicht mehr gezogen werden, und David gab Anlass für tiefe Kränkungen und Verletzungen.

Solche Prozesse im Team, die von schwer gestörten Kindern induziert werden, sind an verschiedenen Stellen beschrieben (vgl. Streeck-Fischer 1995). Spaltungsprozesse in gut und böse, projektive Identifikationen und Wahrnehmungsverzerrungen werden als ursächliche Faktoren für diesen malignen „Tanz“ zwischen Team und solchen Kindern identifiziert und soweit möglich mit Containment beantwortet.

David war wegen seiner Gefährlichkeit von jeglichem Schulbesuch ausgeschlossen worden. Er hatte ein Kind so gewürgt, dass – wenn nicht jemand dazwischen gegangen wäre – er es getötet hätte. Es waren bereits viele Versuche unternommen worden, seine Problematik unter Kontrolle zu bringen: Es waren ausführliche psychiatrische Untersuchungen erfolgt, außerdem eine Lern- und Leistungsdiagnostik. Er hatte eine Erziehungsbeistandschaft und zeitweilige antidepressive Medikation bekommen. Zwei längere ambulante Kinderpsychotherapien im Alter von sechs und sieben Jahren und eine weitere bis kurz vor der Aufnahme in unserer Klinik in Tiefenbrunn waren ohne durchschlagenden Erfolg geblieben. Seine Probleme waren im dritten Lebensjahr deutlich geworden und verschärften sich mit kurzen Unterbrechungen immer mehr: Blind vor Wut attackierte er bei minimalen Auslösern schon als kleines Kind seine Mutter und verweigerte sich massiv gegenüber Anforderungen. Mit Eintritt in die Schule verschob sich das Problem der durchbruchhaften Aggressivität nach dorthin, er griff gleichermaßen Schüler und Lehrer, in z. T. gefährlicher Weise an und zerstörte Gegenstände. Seine Mitschüler sagten: „Er ist dann wie ein Tier.“ Anlass für seinen letzten und endgültigen Schulverweis war – nach wiederholten aggressiven Übergriffen, massiven Drohgebärden und Beschimpfungen Schülern und Lehrern gegenüber – eine heftige Faustattacke gegen eine Lehrerin.

Auf der Station konnte man bei ihm drei verschiedene Funktionsniveaus beobachten:

1. Überwiegend bewegte er sich auf einer Ebene der labilen Stabilität, in der er sich zeitweilig angepasst verhielt, dann aber abrupt anfang, den anderen zu entwerfen, mit Großspurigkeit und Selbstvergrößerung reagierte, offenbar um Gefühle von Mangelhaftigkeit und Angst vor Überwältigung zu kontrollieren. Versuchte

² Name geändert.

man weiter Kontakt mit ihm herzustellen, schienen diese Bewältigungen nicht mehr auszureichen. Er klappte seine Augäpfel hoch, so dass sie halb unter den Lidern verschwanden. Dies gab ihm eine bedrohliche Erscheinung (auf manchen Fotos von Schwerverbrechern kann man dieses Phänomen feststellen). Er schien sich mit dieser zunächst „entlastenden“ Dissoziationstechnik auszuklinken, gleichzeitig aber waren wir uns nicht sicher, ob gerade dann innere Bilder bedrohlicher Interaktionen auftauchten, die eine nicht mentalisierte und traumatische Szene im Hier und Jetzt aktivierten, die im prozeduralen Gedächtnis gespeichert war. In solchen Momenten zogen sich Erzieher in der Regel von ihm zurück mit dem Gefühl, jegliches weiteres Verharren in der Szene könne nur böse ausgehen.

2. Fühlte sich David von den alltäglichen Anforderungen überlastet, reagierte er mit ausgeprägtem und immer massiver werdenden negativistischen Verhalten. Sein Zimmer war dann in einem verwahrlosten Zustand – dreckig und unaufgeräumt. Er lebte auf dem Boden und wirkte in seinem Verhalten eher wie ein vierjähriges Kind, das die Welt zwischen Personen, die ihn grenzenlos akzeptierten und anderen, die feindselig und böse waren, trennte. Er verweigerte sich völlig, reagierte aggressiv, beschimpfte die Erzieher als „Spastis“ und Vollidioten, trat gegen Türen und demolierte seine Sachen und Gegenstände auf der Station
3. Kamen ihm in solchen Momenten Personen zu nahe, indem sie etwas für ihn Unzumutbares forderten und ihn körperlich anfassten, dann geriet er in einen blindwütigen Ausnahmezustand, in dem er gefährlich aggressiv wurde. In solchen Momenten schien die äußere Realität vor dem Hintergrund innerer bedrohlicher Bilder völlig zusammenzuklappen. Er schlug auf den anderen ein, als ginge es ums Überleben.

Eine entsprechende Szene ereignete sich etwa sechs Wochen nach seiner stationären Aufnahme: In der Abendsituation ist ein Erzieher allein mit sieben Kindern auf der Station. Der vorgesehene Fernsehfilm konnte nicht zu Ende gesehen werden, da er zu spät in den Abend hineinlief. Die Kinder wurden ins Bett geschickt. D. war in einer unzufriedenen, latent aggressiven Verfassung. Er hatte keine Lust, schlafen zu gehen. In seinem Zimmer lag er auf seinem Bett und blätterte in einem Comic. Der Erzieher forderte ihn auf, das Heft beiseite zu legen und das Licht auszumachen. D. weigerte sich. Da er zu diesem Zeitpunkt noch kein Einzelzimmer hatte, erschien es dem Erzieher wichtig seiner pädagogischen Autorität Nachdruck zu verleihen. Der Erzieher griff daraufhin nach dem Heft, um es D. aus der Hand zu nehmen. In diesem Moment rastete D. aus. Er schnellte hoch und schlug auf den Erzieher ein, der durch eine schnelle Kopfwendung ausweichen konnte und am Unterarm getroffen wurde. Der Erzieher versuchte, mit ihm in Verbindung zu kommen, in dem er auf ihn einredete, jedoch war D. wie im Rausch und schlug immer wieder nach ihm, so dass der Erzieher nur noch flüchten konnte. D. verfolgte ihn und wollte nicht ablassen. Erst als die Erzieherin der oberen Station auftauchte, die durch das Geschrei von D. alarmiert wurde, konnte D. aufhören und sich beruhigen. Für den erfahrenen Erzieher war diese Situation in einer Weise bedrohlich, wie er sie bis dahin noch selten erlebt hatte.

Die hier beschriebene Szene erscheint als Wiederholung eines bedroht/bedrohlichen Beziehungsmusters, in dem David – konfrontiert mit einer überwältigenden Opfererfahrung – zum Täter wird und mit einem „Täterreflex“ reagiert. David wurde durch das Verhalten des Erziehers getriggert. Das, was der Erzieher dabei tatsächlich im Sinn hatte, spielt keine Rolle. Sein Handeln wird im Kontext der traumatischen Erfahrung entsprechend verzerrt wahrgenommen. Jegliche Korrekturversuche des Erziehers (z.B. „Ich habe es doch nicht so gemeint“) sind fruchtlos. Es ist zu einem Entgleisen der inneren und interpersonalen Regulation gekommen. Wahrnehmungsverzerrungen sind als pervasive Muster bei reflexhaftem, bedrohlich aggressiven Verhalten hinreichend untersucht und beschrieben worden (Dodge u. Somberg 1987). In solchen Momenten gab es für David keine Sprache, um Gefühle und Befindlichkeiten zu benennen und sich Hilfe zu holen. Er konnte keine Verbindung zwischen sich selbst und seinen Zuständen herstellen. Er war ihnen völlig ausgeliefert.

Solche Szenen, die mit einer massiven Erregungs- und Stressaktivierung (Hyperarousal) durch Wiederherstellung eines früheren Beziehungstraumas einhergehen, sollten in der Behandlung von diesen Kindern unter allen Umständen vermieden werden – sei es für das Kind, um aus dem Teufelskreis der Retraumatisierung herauszukommen, sei es für den Erzieher, um arbeitsfähig zu bleiben (und nicht selbst traumatisiert zu werden). Eine Pädagogik, die darauf ausgerichtet ist, dieses Verhalten nur zu unterbinden, ist bei einer solchen Reinszenierung kontraproduktiv, da es sich um primäre Abwehr- und Schutzmechanismen (Fraiberg 1982) eines unreifen oder überwältigten Ichs handelt. Andernfalls greift man leicht zu einem in solchen Fällen eher zweifelhaften Weg eines gewaltsamen Dressuraktes. Hier sind andere Angebote notwendig, die frühen Pflegesituationen ähnlich sind und bei denen Halt, Herstellen von Sicherheit, Schutz vor Unberechenbarkeit und Willkür eine Rolle spielen, wobei das jeweilige Alter des Kindes mit berücksichtigt werden sollte. Es geht um selbstobjekthafte psychobiologische Regulationsfunktionen, die normalerweise eine frühe Pflegeperson übernimmt und die zur Herstellung eines homöostatischen Gleichgewichts erforderlich sind und die nun nachträglich erworben werden müssen.

Es war nach diesem Ereignis für alle deutlich geworden, dass auf die Nähe-Distanz-Regulierung des Jungen – insbesondere die Abstandregulierung geachtet werden musste. Es sollte jedoch auch deutlich werden, wie schwer es war, bei ihm infolge seiner unterschiedlichen Funktionsebenen (States) auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen.

3.1 *Davids neuropsychologische Ausstattung³*

David zeigte eine deutlich überdurchschnittliche Begabungsausstattung, insbesondere auf der verbalen Ebene (HAWIK VT 134, HT 112). Er bot reduzierte Leistungen im raschen Zuordnen von Symbolen zu Zahlen (ZS 6 WP.), eine Aufgabe, die häufig Kindern mit traumatischen Belastungen in der Entwicklung schwer fällt. Im

³ Frau Schrader-Mosbach hat die Leistungsdiagnostik und das Lerntraining und Frau Kepper-Juckenack die Körperdiagnostik und die Körpertherapie durchgeführt.

Zahlennachsprechen (ZN 13 WP) erreichte er zwar eine Leistung im oberen Durchschnittsbereich, verglichen mit seinen sonstigen Leistungen zeigten beide, ZN und ZS, eine signifikant geringere Leistung. Beide Untertest verwiesen auf Schwierigkeiten im vestibulären Bereich.

Die Überprüfung der sensomotorischen Fähigkeiten ergab, dass David in der taktilen Reizverarbeitung auffällig war und Berührungen der Haut nicht lokalisieren konnte. Bei der Zweipunktdiskrimination konnte er zumeist nicht unterscheiden, ob er von einem oder zwei Punkten berührt wurde. Er reagierte auf Berührungen zumeist abwehrend und hypersensitiv. Er hatte bis zum Zeitpunkt der Testung noch kein klares Körperbild entwickelt und konnte Grenzen zwischen sich und anderen noch nicht gut wahrnehmen. Nähe zu anderen erlebte er als bedrohlich.

Auch in dem Bereich der tiefsensiblen Wahrnehmungsverarbeitung zeigten sich deutliche Auffälligkeiten. Dies äußerte sich in der Anpassung seines Körpers im Raum und an Materialien. In sozialen Interaktionen hatte er Mühe, Situationen richtig einzuschätzen. Die beeinträchtigte vestibuläre Reizverarbeitung erschwerte es David, altersentsprechende Halte- und Stellreaktionen zu entwickeln. Es fehlte ihm die Feinabstimmung seiner Muskelkontrolle. Auch die Augenbeweglichkeit wurde durch diese Reizverarbeitungsstörung beeinträchtigt, was zu Problemen beim Lesen und Schreiben führte. Die Bewegungskoordination fiel ihm schwer, da die Zusammenarbeit beider Körperhälften noch nicht altersentsprechend funktionierte und er durch die sensorische Integrationsstörung im Bereich der taktil-kinästhetischen und vestibulären Reizverarbeitung die eintreffenden Informationen nicht richtig einordnen konnte. Seine Bewegungen wirkten ungenau und schwerfällig.

Aufgrund dieser Entwicklungsverzögerungen und Beeinträchtigungen in den verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten zeigten sich folgende Schwierigkeiten:

- Davids Fähigkeiten zur Zeiteinschätzung waren nicht altersentsprechend entwickelt, d.h. er hatte keine Vorstellung, wie lange etwas dauerte;
- in Verbindung mit Schwierigkeiten in der Handlungsplanung konnte er sich schlecht im Hinblick auf Tagesabläufe orientieren, um z.B. bestimmten Pflichten auf der Station nachzukommen. So erschienen ihm zwangsläufig Alltagsanforderungen häufig als willkürlich, da er sie nicht in seinem inneren Zeitmanagement zur Verfügung hatte. Das Aufräumen seines völlig chaotischen Zimmers schien er nicht zu bewältigen, weil er keine Vorstellung vom Zeitbedarf für diese Anforderung hatte, oder weil die Aufforderung mit seinem inneren „Plan“ nicht übereinstimmte.
- Seine Schwierigkeiten im vestibulären System führten zu ausgeprägten Problemen in seiner Aufrichtung (Tonusverlust). Dies zeigte sich z.B. bei sitzender Tätigkeit in Verbindung mit Schreiben (ZS, Aufmerksamkeit bei der Rechtschreibung) und der Verarbeitung akustischer Reize (Aufmerksamkeitssteuerung, ZN). Es bestanden Einschränkungen in der Feinmotorik. Damit wurde Schreiben (Aufrichtung, Gleichgewicht halten, Auge-Hand-Koordination, Feinmotorik, Umsetzung akustischer Signale in optische etc.), eine deutliche Anstrengung. Erschwerend für das Schreiben kam die Problematik der Entwicklungsverzögerung im tiefsensiblen Bereich, d.h. Rückmeldungen über Bewegungen der Hand/Finger in Verbindung mit Druck hinzu. Wenn David sich entschloss zu schreiben, war dies ungenau, oft

übertrieb er sein Unvermögen durch übertrieben wirkende Krakeligkeit, was vor allem in der Schule zu negativen Rückmeldungen führte.

3.2 *Wie war Davids Störungsbild zu verstehen?*

D. hatte offenbar von Anfang an keine Sicherheit in der frühen Beziehung zu Mutter/Vater erfahren, sondern war Bedrohungen ausgesetzt, die nachträglich schwer rekonstruierbar waren, da seine Mutter aus der frühen Entwicklung kaum etwas preisgab, indolent und vernachlässigend wirkte und ihn in seinem kleinkindhaften Verhalten zugleich aufgegeben hatte und an sich band, während der getrennt lebende Vater äußerst impulsiv und vermutlich auch bedrohlich reagieren konnte.

Wir gehen davon aus, dass Davids gefährlich destruktives Verhalten eine reaktive und defensive Antwort auf Umgebungsbedingungen, belastete Familienverhältnisse und frühe Deprivation war, die in Zuständen auftrat, in denen sein Selbst von Desintegration oder Fragmentierung bedroht war. Das Ausmaß der wahrgenommenen Bedrohung erschien abhängig von der Qualität der frühen Erfahrungen von Bemutterung und der durch sie vermittelten Umweltbedingungen. Psychoneurobiologische Regulationen (Hofer 1996) waren – so war zu vermuten – durch Mutter oder Vater nicht oder nur mangelhaft übernommen worden. Anders gesagt: Selbstregulierende Systeme – das sind nicht nur spiegelnde, Erregung begleitende und Scham sensibilisierende, sondern auch Erregung beendende Transaktionen seitens der Eltern – fanden nicht statt. Er entwickelte ein Arbeitsmodell eines Self-misattuned-with-a-dysregulating-Other – eines Selbst, unabgestimmt mit einem dysregulierenden Anderen. Als Folge negativer oder bedrohlicher Interaktionserwartungen reagierte er wie reflexhaft mit primärem und biologisch verankertem Verhalten wie Kampf/Flucht/Erstarrung, die die Entwicklung der Repräsentanzen des Selbst und der Objekte beeinträchtigten oder sogar blockierten. Infolge von Wahrnehmungsverzerrungen, die mit Attributionsfehlern (Dodge u. Somberg 1987) einhergingen, geriet er durch seine Flight-fight-Mechanismen immer wieder in bedrohliche Episoden, die für andere nur schwer vorhersehbar waren. Kompensatorisch hatte er erstaunliche kognitive Fähigkeiten entwickelt, die ihn in die Lage versetzten, komplizierte Sachverhalte zu verstehen, auf der Ebene des Verhaltens war er jedoch fixiert auf Bedrohungsmuster. Seine instabile Fähigkeit, sich mithilfe von Größenselbstkonfigurationen zu stabilisieren, die es ihm ermöglichte, den bedrohlichen und bedeutungsvollen anderen auszublenden und zu entwerten, hielt in Interaktionen nicht lange vor. Überwältigt von Bedrohung regredierte er zunächst auf die Kleinkindebene, um dann mit fight-Mechanismen blindwütig zu reagieren. Perry hat diese Wege in Reaktion auf Bedrohung beschrieben, die auf eingefahrene Trigger fixiert sind. Frühe Stresserfahrungen führen zu Sensibilisierungen und reflexhaften Antwortmustern. D. brachte dies geradezu bildhaft zum Ausdruck, wenn er seine Augen vor der Realität wegklappte. Diese und andere präsymbolische, gehandelte und verkörperte Botschaften mussten als eingefrorene Zustände, die niemals verstanden und erkannt worden waren, besonders beachtet werden, denn sie waren keiner Sprache und Reflexion zugänglich. Dezentrierungen (Piaget 1952) oder selbstreflexive Betrachtungen mithilfe eines sozialen Spiegels, den er in der Mutter

hätte finden können, hatten nicht stattgefunden. So gab es gleichsam keine Verbindung zwischen dem frühen und emotionalen Selbst und dem kognitiven und versprachlichten Selbst. Teicher et al. (2002) haben solche Phänomene bei Kindern, die von einem logischen, überwertigen linkshemisphärischen State in einen hochnegativen emotionalen rechtshemisphärischen State abrupt wechseln, damit erklärt, dass durch frühe Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion die Integration der rechten und linken hemisphärischen Funktionen zerstört werden und zwei hermetisch gegensätzliche Zustände vorherrschen. Mit Körperlichkeit war ein bedrohter Zustand verbunden, der auch nur mangelhaft bildhaft repräsentiert war. Sein Empfinden für diese gefährliche Welt war demzufolge eingeschränkt oder abgeblendet.

3.3 *Zur Behandlung*

Bei seinen bedroht/bedrohlichen Interaktionsmustern war es an erster Stelle wichtig, mit David Bedingungen herzustellen, unter denen er sich sicher fühlen konnte und die für ihn erträglich waren. Er war nicht gern im Einzelzimmer, da er dort mit Einsamkeits- und Leeregefühlen konfrontiert wurde, andererseits verstand er, dass er diesen Raum abgeschirmt von den anderen brauchte. Es war notwendig, mit ihm eine zeitliche und inhaltliche Struktur für den Alltag zu erarbeiten, die er selbst mit gestaltete, ohne davon überwältigt zu werden. Dennoch blieb der Alltag nicht frei von Einbrüchen in seine Integrität, sei es aufgrund von intrusiven Verhaltensweisen anderer Kinder oder auch von Erziehern, die seine Reaktionen nicht immer verstanden.

Die Gestaltung des Alltags auf der Station stellt eine Voraussetzung für die Behandlung überhaupt dar, bietet sie doch letztlich die rahmengebende Struktur innerhalb derer Psychotherapie im engeren Sinne möglich wird. Denn gerade hier geht es um die Bereitstellungen von Regulierungen in krisenhaften Ausnahmezuständen, die dann in den Therapien weiterbearbeitet werden, wie an Davids Beispiel in den verschiedenen Bereichen deutlich werden wird. Diese mühsame Arbeit kann hier nur verkürzt wiedergegeben werden. Ein Ereignis auf der Station mag einen Eindruck davon vermitteln. David befand sich zu diesem Zeitpunkt bereits in der zweiten Phase der Psychotherapie – vier Monate nach Beginn der Behandlung. In dieser Episode kommt zum Ausdruck, wie bedroht und in seinen Äußerungsformen unverständlich-ungespiegelt und mangelhaft mentalisiert er war. Da sein Verhalten schwer nachvollziehbar war, erschien er für einige geradezu verrückt:

Plötzlich waren alle in Panik. Kinder liefen in ihre Zimmer und hatten Angst, einige Erzieher wagten sich nicht auf das Gelände. David schrie tobend und gestikulierend draußen herum. Seine Bezugserzieherin⁴ ging raus und fragte ihn, ob sie sich auf die Schaukel ein paar Meter vom ihm entfernt hinsetzen dürfe. (Es war ihr klar, dass jegliches übergriffiges Näheangebot nur zu Dekompensation führen konnte.) Er war einverstanden. Die Erzieherin schaukelte und schwieg. David kam langsam Schritt für Schritt, setzte sich auf die andere Schaukel und hielt die eine Hand geschlossen zur Faust. Nach einer Weile war es möglich, mit ihm reinzugehen. David und die Erziehe-

⁴ Frau von Eschwege.

rin gingen in den Tagesraum und setzten sich vor das Aquarium. David hatte weiter die Hand zur Faust geballt und fing plötzlich an zu weinen. Die Erzieherin erzählte ihm daraufhin, in welchen Situationen sie weinen müsste. Er fing an seine Geschichte zu erzählen. Zwei jüngere Kinder der Station hatten einen Regenwurm gefunden und überlegten, wie sie ihn töten könnten: in der Sonne vertrocknen lassen oder einfach durchteilen. Ihm war als hörte er den Regenwurm schreien und spürte dessen Angst. Dann öffnete David die Hand und zeigte den kleinen Regenwurm.

Indem er hier am Beispiel des Regenwurms seine massive existentielle Bedrohung erstmals mitteilte und gleichzeitig rettende Funktionen für ihn, der seine eigene innere Situation widerspiegelte, übernahm, wurden erste wichtige Schritte einer Dezentrierung oder Mentalisierung eingeleitet. Dies gelang mit Hilfe einer Erzieherin, die nicht intrusiv, sondern begleitend, verstehend und erklärend intervenierte.

Fonagy und Target (2002) verstehen Sequenzen, in denen eine Pflegeperson reflexive Funktionen übernimmt, als interaktiven Deutungsmechanismus (IIM), der Mentalisierung ermöglicht. Er sagt zur frühen Mutter/Kind Interaktion: Sie denkt/ fühlt/ sieht mich als denkend/fühlend/sehend, also existiere ich als denkendes/fühlendes/sehendes Wesen. Fonagy und Target (2001, 2002) beziehen sich dabei auf die soziale Feedback-Theorie von Gergeley und Watson (1996), die im Spiegeln, Halten und Kippen der Zustände des Kindes den zentralen Interaktionsmodus eines funktionierenden frühen Dialogs sehen.

In einer feinfühligsten Abstimmung gelingt es in dem Beispiel der Erzieherin solche reflexiven und regulierenden Funktionen zu übernehmen. David kann aus seiner gefährlichen Übererregung mit ihrer Hilfe herausfinden und mit ihr zusammen die Situation betrachten. Bis dahin war er in Stresssituationen offenbar nur in der Lage, diese per dissoziativem Ausklinken oder Fight/Kampf-Mechanismen zu bewältigen, ohne innere und interpersonelle Regulationsmechanismen entwickeln zu können. Reaktionen im Team, David als Verrückten wahrzunehmen, wurden in diesem Zusammenhang als Gegenübertragungsreaktionen interpretiert, die mit Reaktionen verbunden wurden, die er seitens der Mutter und/oder auch des Vaters erlebt hatte und seine Erfahrung von Bedrohung noch verschärft hatten (s.u.).

David war in verschiedener Hinsicht in Alltagsaktivitäten und Therapien eingebunden. Hier soll auf das Lerntraining, die Körpertherapie und etwas ausführlicher auf die Einzeltherapie eingegangen werden.

3.3.1 Lerntraining und Körpertherapie

Im *Lerntraining* ging es zunächst um die Entwicklung einer Art basaler Frustrationstoleranz gegenüber Anforderungen, die für ihn fremdbestimmt waren: pünktlich zum Termin kommen, vorgegebene Aufgaben akzeptieren und durchführen, Erfolg und Misserfolg erleben. Dazu wurde mit einem computergestützten neuropsychologischen Trainingsprogramm und unmittelbarer Leistungsrückmeldung gearbeitet. Für dieses Training war David gut zu gewinnen. Weitere Hilfsmittel waren Stoppmännchen, Übungen zu planvollem Handeln („wie gehe ich vor“), schriftliche Vereinbarungen zum Ablauf des Lerntrainings. Insgesamt war es ein langes zähes Ringen um ein Verhalten, das allmählich altersadäquater wurde bis hin zu der Fähigkeit, selbstreflexiv Stärken und Schwächen zu betrachten.

David nahm während seines gesamten Aufenthaltes in der Klinik in Tiefenbrunn an der *Bewegungstherapie* teil. Um mit ihm zu arbeiten, brauchte David einen festen äußeren und verlässlichen Rahmen, z.B. ein festes Zeitlimit und Regeln, die eingehalten werden mussten, und gleichzeitig einen freien Raum für seine Impulse. Dabei war es wichtig, für ihn Bedingungen zu schaffen, in denen er das Gefühl entwickeln konnte, selbstbestimmt zu handeln. Schon nach kurzer Zeit nahmen die Darstellung und das Erleben seiner aggressiven Impulse einen wichtigen Stellenwert ein.

David wählte aus den verschiedenen Materialien einen Stab und einen Boxsack, den er unkontrolliert mit dem Stab maltratierte. Er tat das zumeist ohne Worte. David entdeckte dabei eine erlaubte, aggressive Bewegungslust, die ihn in einen Spannungszustand brachte, der seinen Muskeltonus erhöhte. Es zeigte sich, dass er nur zwischen einem Zustand maximaler Anspannung und völliger Erschlaffung pendeln konnte. Wichtig war, dass er eine ursprüngliche Lust an vitaler Bewegung erlebte. Diese Lust schien David zu fehlen. Er hatte offenbar negative Erfahrungen auf der Handlungsebene gemacht. Die Grenze, die David im Widerstand des Materials erfuhr, ermöglichte es ihm, sich selbst in seinen Grenzen zu erleben.

Im nächsten Schritt wurden Übungen gesucht, die ihn an seine aggressiven Impulse im Kontakt mit der Therapeutin heranführen sollten. Hierzu erschien es wichtig, dass er lernte, seine aggressiven Impulse zu differenzieren und zu versprachlichen. Das zeigte sich u.a. in folgendem Beispiel: Es wurden eine Matte, ein Minitramp und eine Rolle aus Schaumstoff aufgebaut. David sprang über das Minitramp auf die Matte und versuchte gezielt die Schaumstoffrolle mit dem Körper umzuwerfen und diese in einem imaginären Kampf zu bezwingen. Die Aufgabe der Therapeutin war es, Namen zu nennen, die der Schaumstoffrolle zugeordnet wurden. Danach entschied sich David für die Stärke des Angriffs. Hier übte er die bewusste Regulierung des Krafteinsatzes und somit die differenzierte Anpassung des Muskeltonus. Auf der Beziehungsebene ordnete David seine unterschiedlichen aggressiven Impulse und fühlte sich damit angenommen und verstanden. Er war nun mehr und mehr in der Lage, sein aggressives Erleben in Worte zu fassen.

In der weiteren Arbeit wurde es für David immer wichtiger auszuprobieren, ob er von der Körpertherapeutin gehalten und seine Grenzen auch im körperlichen Kontakt geachtet wurden. Dies geschah z.B. über das Kräfteressen im Schulterdrücken, über kleine Ringkämpfe mit dem Gymnastikball und den Kampf mit Stöcken. Während David so mit der Therapeutin interagierte, begann sie, Worte für das gemeinsame Handeln zu finden, um mit ihm ins Gespräch kommen zu können. Dabei gab es nie das Gefühl, dass David die Grenzen der Therapeutin überschreiten würde. Er war im Gegenteil in diesem Zweierkontakt oft sehr sozial und einfühlsam.

3.3.2 Zur analytisch orientierten Psychotherapie⁵

Behandlungsphase 1: Nach einer unruhigen mit Therapeutenwechsel verbundenen Anfangszeit kam David in die Therapie. Die Kontaktaufnahme gestaltet sich schwierig. Er wehrt jede Beziehung ab. Müde und gelangweilt und mit nach hinten gerücktem Stuhl demonstriert er sein scheinbares Desinteresse. Bei den Versuchen,

⁵ Frau Kriege-Obuch hat die analytisch-orientierte Einzeltherapie durchgeführt.

ein Gespräch mit ihm zu beginnen, rollte er die Augen nach oben, so als würde er die Rollläden runterlassen und nur durch einen Spalt die gefährliche Außenwelt zulassen. In der für ihn typisch ironischen Weise antwortete er auf die Frage nach seinem Therapieauftrag: „Was soll ich schon wollen, eigentlich nur meine Ruhe haben, aber das geht ja wohl nicht.“ In der Folgezeit wurde deutlich, was er damit meinte: In Ruhe gelassen zu werden, bedeutete klein zu bleiben, in einer imaginären Welt ohne reale Anforderungen und Grenzen zu leben – wie ein Dreijähriger. Er schien die Therapeutin gleichermaßen zu beobachten, zu kontrollieren und zu entwerten. Für seine Gefühlswelt und Befindlichkeit konnte keine gemeinsame Sprache gefunden werden. Nicht nur in dieser Sprachlosigkeit reinszenierte sich in diesem ersten Therapieabschnitt die Beziehung zur Mutter. Ähnlich wie sie und auch die Erzieher auf der Station spürte die Therapeutin einerseits die heftige Neigung, es ihm zu zeigen, mal Ordnung in seine Angelegenheiten zu bringen und ihn zu überwältigen und andererseits eine überraschende Verzagt-heit und ein heftiges Ohnmachtgefühl. Wenn er früher allein bei der Mutter in seinem großen, völlig mit Spielzeug ausgefüllten Zimmer auf dem Boden hockte, war er friedlich und zugänglich. Realitäten, denen er sich ebenso wie die Mutter nur äußerst ungern stellte, konnten damit ausgeblendet werden. Auch jetzt lehnte er Reden und gemeinsames Spielen konsequent ab. Er wollte auf dem Boden hocken und mit der Playmobil-Ritterburg spielen. Immer wieder die gleichen Szenen: Eine Schar Ritter, die er als „Vollidioten und Spastis“ titulierte, wurde nach allen Regeln der Kunst von einem Einzelnen bei ihren – wie er es nannte – „voll bescheuerten Feldzügen“ niedergemacht und vorgeführt. Kommentare oder Fragen der Therapeutin waren ihm lästig. „Das Therapeutengequatsche können Sie sich sparen, das sind einfach nur Ritter, die ihren Spaß haben wollen.“ Auf ein zaghaftes: „Ganz schön derber Spaß“ antwortete er: „Ja, so ist die Welt, noch gar nicht gemerkt, was?“ Das Spiel und seine Kommentare dokumentierten, wie er diese Welt erlebte: als Ort, wo man gnadenlos überwältigt und fertiggemacht wurde und dem man nur mit grandioser Selbstüberschätzung unter Ausschluss der Realitäten begegnen konnte. Die Therapeutin nahm seinen abwertenden Sarkasmus erst einmal hin und suchte nach einer entschärfenden, ironischen Antwort, das erschien die beste Möglichkeit, um überhaupt einen Zugang zu ihm zu finden, die Therapeutin selbst bei Laune und in angemessener Distanz zu halten. Dies sollte sich auch als der Königsweg für die nächsten Monate herausstellen, um überhaupt in einen Dialog mit ihm zu kommen. „Sie als Therapeutin würden doch jetzt wohl sagen: Ich frage mich, ob du solche Situationen, wie bei den Rittern, auch wohl kennst.“ Therapeutin: „Stimmt, und wie ist es?“ „So ein Schwachsinn, mit mir hat das überhaupt nichts zu tun – it's only a joke –, aber das können Therapeuten nicht kapieren.“ „Du weist ja, wir Therapeuten lassen uns ungern von etwas abbringen.“ „Wem sagen Sie das, aber ich bin darin der Beste.“

In dieser ersten Phase inszenierte David sein zentrales Beziehungsthema, nämlich die Angst vor Bedrohung, Überwältigung und davor, fertig gemacht zu werden. Indem er das Verhalten der Therapeutin antizipierte, schützte er sich vor vermeintlichen Attacken. Die Therapeutin war demgegenüber bemüht, auf die Regulierungen zu achten und seine Welt des Zerstörerischen kennen zu lernen. Indem sie vermied,

intrusiv und überwältigend zu sein, konnte David sie und andere zunehmend wahrnehmen.

Behandlungsphase 2: Durch die konstante, freundliche Flapsigkeit spürte David langsam, dass seine Phantasien über die Therapeutin und die Realität nicht übereinstimmten. Er wappnete sich für diesen Blick in die Realität, indem er auf der Station ein Holzschild baute, ein Symbol für seine Verteidigungsbereitschaft seines bedrohten Selbst. Nach der Fertigstellung brachte er es mit in die Therapie, sagte, ehe die Therapeutin den Mund aufmachen konnte: „Kein Kommentar, bitte.“ „Wieso, was habe ich denn sagen wollen?“ „Ach, wie ich Sie jetzt kenne, wäre Ihnen schon was eingefallen, von wegen, jetzt hast du dich im Kampf mit der bösen Welt auch bewaffnet.“ „Ich staune, das könnte von mir sein.“ Triumphierend: „Sehen Sie, ich bin mein eigener Therapeut.“ Er lachte erstmals laut amüsiert über diesen Schlagabtausch, wohl auch, weil er die Absurdität seiner Befürchtungen und seine Überheblichkeit mehr spürte.

Nach sechs Wochen setzte er sich fast aus Versehen erstmals auf einen Stuhl der Therapeutin gegenüber, und als sie ihn fragte, was los sei, weinte er voller Wut, sein Gesicht war kreidebleich, er wirkte bedrohlich. Er empfand die geplante Entlassung seines Zimmerkameraden als total ungerecht. Er verstand nicht, warum die Klinik ihn nicht behalten konnte, bis für ihn eine Wohngruppe gefunden war. Auf die Frage der Therapeutin, ob er denn die Hintergründe dieser Entlassung wisse, antwortete er: „Das interessiert mich nicht.“ Dennoch zeigte diese Sequenz, dass er sich mit der Realität der Welt auseinandersetzen wollte, und die Therapeutin fasst den Entschluss, ihm die Realität dieser Entlassung zu erklären, was er sich erstarrt und mit einem völlig nach innen gerichteten Blick anhörte. Er zog sich nach der Therapie sofort in sein Zimmer zurück und konnte erst abends seiner Bezugserzieherin sagen, dass er nicht wisse, wie er den nächsten Tag überstehen solle.

David war nun bereit, die Realität seiner Umwelt, von anderen und sich selbst anzuerkennen. Dies führt ihn in tiefe Krisen, die er in kleinkindhafter Weise bewältigte.

David regredierte in dieser Zeit im Alltag auffällig. Der Stationsarzt wollte ihn wegen seines psychosenahen Verhaltens (s. dazu die Regenwurmepisode) gern mit antipsychotisch wirksamen Medikamenten behandeln, was mit der Abteilungsleiterin ausführlich diskutiert wurde, da sie zu diesem Zeitpunkt gegen eine medikamentöse Behandlung war. Sie hatte den Eindruck, dass David jetzt – anders als bisher – nicht aus Bedrohung vor, sondern im Bewusstsein einer Realität, die mit unüberwindlichen Erwartungen verbunden war, regredierte. Die Mitarbeiter der Station fühlten sich am Rand ihre Kräfte. Einen 12-Jährigen zu haben, der alles unter sich lässt und die Erzieher mit Schimpfworten anmacht, war unerträglich. Auch wollten einige von ihnen David nicht mehr behalten. Er zeige keine Entwicklung und seine Eltern auch nicht – diese boykottierten sogar die Therapie – so die überwiegende Meinung der Station.

Behandlungsphase 3: Angesichts der Reaktionen auf der Station, die infolge von Davids Verhalten den Sinn seiner Therapie infrage stellte, entschloss sich die Therapeutin, ihn noch mehr zu konfrontieren und ihn als den 12-Jährigen, der er war, anzusprechen. Sie sah keine andere Möglichkeit, seine anhaltende Abwehr zu bear-

beiten, und hoffte, dass er ihre Hinweise jetzt nicht mehr so überwältigend und bedrohlich wahrnahm. In einem sehr ernsten Gespräch teilte sie ihm mit, dass in Zukunft die Therapie nicht mehr nur noch auf dem Boden stattfinden könne, sondern dass sie die Zeit aufteilen würde in eine Viertelstunde Reden und eine Viertelstunde Auf-dem-Boden-Sielen. David hört ihr mit abgewandtem Blick und völlig erstarrtem Gesicht lauernd zu. Erstmals spürte die Therapeutin in dieser Situation körperlich die massive Bedrohung, die von diesem Jungen ausgehen konnte. Sie erklärt ihm ihr Verhalten mit den Sätzen: „Deine Therapie hier ist bedroht, und du kannst deine Probleme nicht lösen, wenn du dich in die Spielwelt eines Dreijährigen zurückziehst. Ich weiß, dass du das brauchst, aber du musst auch die Welt der 12-Jährigen angucken, sonst wirst du dort scheitern.“ Wortlos verließ er unter Türenknallen das Therapiezimmer. Der Therapeutin fiel diese Intervention nicht leicht, sie wurde sich jedoch zunehmend sicher, dass diese harte Konfrontation angesichts der sich zuspitzenden Situation richtig war und er sie aushalten konnte. In den nächsten Tagen und Wochen saß er starr und blass der Therapeutin gegenüber. Er ließ sich auf kein Gespräch ein, hörte ihr aber offenbar zu, wenn sie ihm ihre Gedanken und Überlegungen zu seiner jetzigen Situation, zu seinem Verhalten und zu dem, was sie über ihn dachte, mitteilte. Sie machte deutlich, dass sie von ihm weder eine Antwort erwartete, noch Zustimmung, aber dass er sich zumindest ihre Ideen anhören sollte. Kommentarlos ließ er sich genau nach einer Viertelstunde auf dem Teppich zu den Playmobil-Rittern fallen und ließ sie verbissen und höhnisch aufeinander eindreschen, aber sein Körper entspannte sich dabei. Der Pfad zwischen Überwältigung und engagierter, empathischer therapeutischer Führung war oft erschreckend schmal, aber indem die Therapeutin die Blickrichtung vorgab, begann er ihr Engagement zu honorieren. Er drehte seine Augen nicht mehr weg, nachdem sie ihm gesagt hatte, dass er sich damit von der Außenwelt wegbeamte und ihm vorschlug, er könne doch auch einfach nur widersprechen. Das tat er zunächst ironisch-höhnisch, aber ständig. Er sah alles ganz anders als die Therapeutin: Die Konflikte auf der Station, seinen Zugang zu der Welt, warum er dieses und jenes machte oder nicht machte, was Schule für ihn bedeutete, wie andere einzuschätzen waren. Langsam wurden sein Schwarz-Weiß-Denken und seine innere Starre, nach dem Motto „Wer nicht für mich ist, ist gegen mich“, auch für ihn erlebbarer. Es war anstrengend mit ihm, und umso erfreulicher war dann ein Kompliment an die Therapeutin, das er kurz vor den Sommerferien grinsend machte: „Es soll ja Kinder geben, die freiwillig zu Ihnen kommen.“

David konnte die Welt und sich selbst nun mehr und mehr in den Blick nehmen. Die Konfrontation der Therapeutin war passend zu einem Zeitpunkt, wo sie offenbar spürte, dass er in der Abwehr der Regression fixiert blieb, statt Schritte in die jetzt wahrgenommene Realität zu machen.

Behandlungsphase 4: Was vorher nur durch Inszenierungen und dokumentarisches Spiel zum Ausdruck kam, hatte jetzt eine Sprache gefunden. Es war gelungen, mit David in einen Dialog zu treten. Er nahm die Therapeutin mehr als eine von ihm getrennte hilfreiche Person wahr, die ihm im Hier und Jetzt Unterstützung geben konnte, indem sie mit ihm seine und die Alltagsrealität anschaute. Er spürte seine

Trauer und Depression und schaffte es, die Eltern in einem Familiengespräch mit seiner latenten Suizidalität, die nun mehr zutage trat, zu konfrontieren. Er spürte und litt sichtbar unter seiner Scham, musste seine eigene Aggressivität und seinen Neid auf andere anerkennen. Es war eine harte und anstrengende Zeit für ihn und mit ihm. Es ging jetzt um seine Entlassung. Zum Abschied meinte er grinsend, er wollte jetzt erst einmal keine Therapie mehr machen: „Ich habe davon eine Überdosis in mir, und Therapeuten können doch sowieso nicht helfen, oder?“

Am Ende der Behandlung hatte David eine erstaunliche Entwicklung gemacht. Er verhielt sich altersentsprechend und konnte sich angemessen wehren. Er besuchte die Außenschule mit guten Leistungen. Wir hätten ihn gern fremduntergebracht, da die Bedingungen, die ihm Vater oder Mutter boten, ausgesprochen ungünstig waren. Dies konnte und wollte er zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Auch seine Eltern waren zu diesem Schritt nicht in der Lage. Ein Jahr später war er dann soweit, sich doch für diesen Schritt zu entscheiden.

4 Resümee

In einer entwicklungsorientierten Psychotherapie stehen Interventionen im Vordergrund, die auf Affekt-, Stress- und Verhaltensregulierungen, Versprachlichen gehandelter Botschaften und Entwicklung von selbstreflexiven Fähigkeiten zentriert sind. Dies ist nur möglich, wenn der ursprünglich traumatischen und unberechenbaren Objekterfahrung ein neues, anderes Entwicklungsobjekt entgegensteht, das prompt, feinfühlig, empathisch und die Belange des Kindes oder Jugendlichen wahrnehmend antwortet. Dem inneren Arbeitsmodell von Misshandelten eines self misattuned with a disregulating other – eines Selbst, das unabgestimmt ist mit einem dysregulierenden Anderen werden neue Modelle entgegengesetzt. Der Therapeut übernimmt nicht nur Erregung spiegelnde und begleitende, sondern auch Erregung beendende Funktionen, die dann eine gekippte Betrachtung und Mentalisierung ermöglichen. Indem durch den Therapeuten die Anerkennung der eigenen Realität erfahren wird, begegnet sich das Kind oder der Jugendliche selbst und entwickeln die Bereitschaft, die äußere Realität, die die eigene nun nicht mehr auslöscht, anzuerkennen. Da es im stationären Alltag leicht zu traumatischen Reinszenierungen kommt, sind neben regulierenden Soforthilfen strukturierende Eingriffe erforderlich, die Erfahrungen von Sicherheit zulassen.

Literatur

- Beebe, N.; Lachmann, F.M. (1994): Representation and Internalisation in Infancy. Three Principles of Saliency. *Psychoanalytic Psychology* 11: 127-165.
- Bürgin, D.; Meng, H. (2000): Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen? In: Kernberg, O.; Dulz, B.; Sachsse, U. (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

- Cohen, D.J.; Paul, R.; Volkmer, F. (1987): Issues in the Classification of Pervasive Developmental Disorders and Associated Conditions. In: Cohen, D.J.; Donnan, A.M. (Hg.): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley.
- Crittenden, P. (1995): Attachment and Psychopathology. In: Goldberg, F. et al. (Hg.): *Attachment Theory*. New York: The Analytic Press, S. 367-406.
- Debellis, M.D.; Baum, A.S.; Birmher, B.; Keshavan, M.S.; Eccard, C.H.; Boring, A.M.; Jenkins, F.J.; Ryan, N.D. (1999a): Developmental traumatology Part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry* 43: 1259-1270.
- Debellis, M.D.; Keshavan, M.S.; Clark, D.B.; Giedd, J.N.; Boring, A.M.; Frustaci, K.; Ryan, N.D. (1999b): Developmental traumatology Part II: brain development. *Biological Psychiatry* 43: 1271-1284.
- Dodge, K.A.; Somberg, D.R. (1987): Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats of the self. *Child Development* 58: 213-224.
- Felitti, V.J.; Anda, R.F.; Nordenberg, D.; Williamson, D.F.; Spitz, A.M.; Edwards, V.; Koss, M.P.; Marks, J.S. (1998): Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 14: 245-258.
- Fonagy, P.; Target, M. (2001): Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche* 55: 961-995.
- Fonagy, P.; Target, M. (2002): Early Intervention and the Development of Selfregulation. *Psychanalytic Inquiry* 22: 307-335.
- Fraiberg, S. (1982): Psychological Defenses in Infancy. *Psychoanal. Quart.* 51: 612-635.
- Gergely, G.; Watson, J. (1996): The social Biofeedback-Model of Parental Affect-Mirroring. *Int. J. Psychanal.* 77: 1181-1212.
- Hofer, M.A. (1996): Hidden Regulators. Implications for a new understanding of attachment and separation and loss. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (Hg.): *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NY: Analytic Press, S. 203-230.
- Kernberg, O. (1999): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *PTT* 1: 5-15.
- Krystal, H. (1997): Desomatisation and the consequences of Infantile Psychic Trauma. *Psychoanal Inquiry* 17: 126-150.
- Lincoln, A.J.; Bloom, D.; Katz, M.; Boksenbaum, N. (1998): Neuropsychological and Neurophysiological Indices of Auditory Processing Impairment in Children with Multiple Complex Developmental Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 37: 100-112.
- Perry, B.D.; Pollard, R. (1998): Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7: 33-51.
- Piaget, J. (1952): *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Petti, T.A.; Vela, R.M. (1990): Borderline Psychotic Behavior in Hospitalised Children: Approaches to Assessment and Treatment. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 29: 197-202.
- Schore, A. (1997): Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. (2001): The effects of early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Ment. Health J.* 22: 221-268.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von frühgestörten Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 2: 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (2000a): Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept? *Psychotherapeut* 45: 356-365.
- Streeck-Fischer, A. (2000b): Jugendliche mit Grenzenstörungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 497-510.
- Streeck-Fischer A.; van der Kolk, B. (2000): Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Austrian New Zealand Journal of Psychiatry* 34: 903-918.

- Teicher, M.H.; Andersen, S.L.; Polcari, A.; Anderso, C.M.; Navalta, C.M. (2002): Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinic of North America* 25: 397-426.
- Towbin, K.E.; Dykens, E.M.; Pearson, G.S.; Cohen, D.J. (1993): Conceptualising Borderline Syndrome of Childhood and Childhood Schizophrenia as a Developmental Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 32: 775-782.
- Winnicott D. W: (1974): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Lomas, P.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 128-135.

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