

Pfleiderer, Barbara

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 1, S. 31-38

urn:nbn:de:bsz-psydok-43454

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Original Articles

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

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

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

Übersichtsarbeiten / Review Articles

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

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

Buchbesprechungen

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

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

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

Neuere Testverfahren

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

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

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Barbara Pfleiderer

Summary

Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents

The author discussed the term “depth psychologically founded psychotherapy” for children and adolescents in its current meaning within analytic psychotherapy for children and adolescents, and also the possible changes due to the Act for Psychotherapists (“Psychotherapeutengesetz”). A differentiated description what depth psychologically founded psychotherapy comprises is based on a paper which the author worked out together with a group of psychotherapists for children and adolescents. The term “analytic oriented psychotherapy” is brought up for discussion which the author views as being more adequate for the presented form of psychotherapy. The peculiarities of the technique used in depth psychologically founded psychotherapy with children, adolescents and persons the children/adolescents relate to are described in three examples.

Zusammenfassung

Die Autorin setzt sich mit dem Begriff der „tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie“ bei Kindern und Jugendlichen in seiner bisherigen Bedeutung innerhalb der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und den möglichen inhaltlichen Veränderungen durch das Psychotherapeutengesetz auseinander. Eine differenzierte Beschreibung, was tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen beinhaltet, basiert auf einem Papier, das sie gemeinsam mit einer Gruppe analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erarbeitet hat. Es wird der Begriff der „analytisch fundierten Psychotherapie“ zur Diskussion gestellt, der für die dargestellte Psychotherapieform als angemessener angesehen wird. Anhand von drei Beispielen werden die Besonderheiten der Technik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen dargestellt.

1 Einleitung

In den Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 23. Oktober 1998 heißt es: „Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfaßt ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewußte Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.“

Die Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch die Begrenzung des Behandlungsziels, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch die Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Als Sonderform der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen:

- Kurztherapie,
- Fokalthherapie,
- dynamische Therapie,
- niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

Im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien (Faber u. Haarstrick 1999, S. 32) stehen folgende Erklärungen: „Mit dem Begriff der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der von Theodor Winkler vorgeschlagen wurde, werden Verfahren bezeichnet, welche die Grundannahmen der Neurosenlehre der Psychoanalyse wie Existenz und Wirkungsweise des Unbewußten und die Forschungsergebnisse der Psychoanalyse über intrapsychische und interpersonelle Prozesse voraussetzen.“

„In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie ausgeführt werden. Die Begrenzung der Stundenzahl ist für beide Therapieformen gleich, da eine exakte Unterscheidung dieser Behandlungsarten – insbesondere in der Kinderpsychotherapie – nicht begründet werden konnte“ (Faber u. Haarstrick 1999, S.37).

„Psychoanalytische Kenntnisse und tiefenpsychologisch Erfahrungen im Umgang mit Kindern erlauben dem Therapeuten die sachgerechte Einstellungsebene zu finden, die Einbettung des infantilen neurotischen Konflikts im sozialen Umfeld umfassend zu verstehen und ein komplexes Angebot für Kind und Bezugspersonen bereitzustellen (...). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist in dieser Altersgruppe demnach nicht als kurztherapeutische Technik zu verstehen, wenngleich bei Jugendlichen ein konfliktzentriertes therapeutisches Vorgehen niedrig frequenter Art durchaus möglich ist (...).

Zielkriterien der Kinderpsychotherapie nach den Richtlinien sind sowohl die Behandlung der neurotischen Psychodynamik und des neurotischen Konfliktes als auch die Aufarbeitung seelischer Entwicklungs- und Entfaltungsdefizite, die die Lockerung phasentypischer Fixierungen und die Förderung altersgemäßer Selbstständigkeit, sofern eine neurotische Erkrankung des Kindes nachweisbar Ursache dieser Fehlentwicklung ist“ (Faber u. Haarstrick 1999, S. 38).

Die Vorgaben in den Richtlinien und dem Kommentar in der neuesten Auflage zeigen, daß zwar versucht wird, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie formal und inhaltlich einzugrenzen, dies aber schwer möglich ist, weil tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf der psychoanalytischen Theorie und Technik gründet und in den als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie deklarierten Behandlungen wie Kurzzeittherapie, Fokalthherapie, Halt gebende niedrigfrequente Therapie, das analytische Verfahren durchaus kurzzeitig seine Anwendung findet.

Daß in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen den beiden Verfahren bisher nicht besonders unterschieden wurde, ist in der Hinsicht positiv, als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten flexibel mit beiden Verfahren arbeiten können, je nach Krankheitsbild des Patienten, sozialem Umfeld und Verlauf der Therapie. Die fehlende Trennung birgt jedoch die Gefahr, daß verschiedenste Therapieformen, die mit Psychoanalyse wenig gemeinsam haben, hier subsumiert werden.

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 wurde die künstliche Trennung und damit die fachliche Unterscheidung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie zu einer Realität, die zwingt, beide Verfahren genauer zu definieren. Für die „ständige Konferenz der Ausbildungsstätten für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland“ heißt das, ihre Grundanforderungen für die Ausbildung an den Instituten umzuschreiben in der Weise, daß beide Verfahren – integriert in eine verklammerte Ausbildung und dennoch gekennzeichnet und unterscheidbar – angeboten werden. Konsequenzen hat das für die Ausbildung, die in ihrem Stundenumfang und inhaltlich erweitert wurde, wobei die Lehranalyse nach wie vor Kernstück der Ausbildung geblieben ist.

Wegen der geschichtlichen Entwicklung und der bisher nicht vollzogenen Trennung erscheint es sinnvoll, den Begriff der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch „psychoanalytisch fundierte Psychotherapie“ zu ersetzen. Darin würde deutlicher die psychoanalytische Ausrichtung zum Ausdruck kommen.

2 Zur Technik der „psychoanalytisch fundierten Psychotherapie“

Was kennzeichnet in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die psychoanalytisch fundierte Psychotherapie in Abgrenzung zur analytischen Psychotherapie? Wenn wir davon ausgehen, daß das Unbewußte in therapeutischen Beziehungen immer wirksam ist, daß Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung immer stattfindet, daß – wie es im Kommentar von Faber und Haarstrick (1999) heißt – psychoanalytische Erkenntnisse und Forschungsergebnisse, folglich psychoanalytische Reflexion, immer Grundlage der tiefenpsychologisch (von jetzt an psychoanalytisch) fundierten Psychotherapie sind, dann kann es nur die Technik sein, die den Unterschied zwischen beiden Verfahren kennzeichnet. Für diese Technik gibt es bestimmte Indikationen und Orte in den Therapien, für die sie anwendbar ist.

Zur Technik der psychoanalytisch fundierten Psychotherapie wird auf ein Papier Bezug genommen, das in einer Gruppe von 10 Kinderpsychotherapeuten er-

arbeitet wurde.¹ „Während für psychoanalytische Therapien das Aufdecken des Widerstandes gegen unbewußte Inhalte und das Durcharbeiten vor allem der negativen Übertragung konstitutiv sind und gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden, wird der Behandler in der psychoanalytisch fundierten Therapie die Dynamik des Übertragungsgeschehens zwar unter Umständen weitgehend erkennen, thematisiert es aber nicht unbedingt oder läßt es an Außerübertragungen abhandeln. Eine bestehende positive Übertragung wird hingehend genutzt, um einen Patienten zu begleiten, sein Ich zu unterstützen und an bewußtseinsnäheren Konflikten zu arbeiten. Die Behandlungsziele sind infolge dessen viel begrenzter und aktiver bezogen auf Symptomheilungen. Überwiegend sollte bei dieser Verfahrensform eine kürzere Behandlung stattfinden. In manchen Fällen, z.B. wo es in der Lebensgeschichte zu einer Vielzahl realer Verluste gekommen ist oder bei sehr deprivierten Patienten, kann es nötig werden, daß sich die Behandlung in Form einer Art Begleitung über einen möglichst langen Zeitraum erstreckt. Auch hier kann sich im Laufe einer psychoanalytisch fundierten Therapie herausstellen, daß entgegen der ursprünglichen Annahme doch psychoanalytische Arbeit im engeren Sinne möglich wird oder erforderlich ist.“

Letzteres kann beispielsweise in der Behandlung von real traumatisierten Kindern und Jugendlichen der Fall sein. In einem ersten Teil der Therapie wird es mit Hilfe psychoanalytisch fundierter Therapie möglich, die Traumatisierungen soweit durcharbeiten, daß der Therapeut als Zeuge zugelassen wird. Es wird damit eine Grundlage geschaffen, mehr Objektkonstanz aufzubauen, die Unterscheidungsfähigkeit von Trauma, Reaktion und eigenen Trieb- und Beziehungsbedürfnissen zu entwickeln und dann in einer analytischen Psychotherapie im Anschluß an die psychoanalytisch fundierte Therapie an den strukturellen Defiziten und Verformungen zu arbeiten und sie zu korrigieren. Hier stehen Widerstandsanalyse und Durcharbeiten der negativen Übertragung im Mittelpunkt.

Eine Indikation zur psychoanalytischen fundierten Therapie ist in folgenden Fällen gegeben (erwähnte Arbeitsgruppe):

- „bei aktuell bedingten Konflikten auf intrapsychischer und interpersoneller Ebene,
- in Kurzzeittherapien oder zur Überprüfung der Indikation,
- bei aktuellen traumatischen Erfahrungen zur Krisenintervention,
- bei umschriebenen und situativ bedingten psychischen Beeinträchtigungen, die trotz schwerwiegender struktureller Störungen begrenzt behandelbar sind,
- bei Patienten, die aus inneren und äußeren Gründen nicht für eine aufdeckende Arbeit geeignet oder dazu bereit sind,
- in der psychoanalytisch fundierten Arbeit mit Eltern.“

Die begleitende Psychotherapie mit den Bezugspersonen, zumeist den Eltern, ist in der Regel eine psychoanalytisch fundierte therapeutische Arbeit, in der wir Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse wahrnehmen können, die uns helfen, unbewußtes Konfliktmaterial bei den Eltern zu verstehen. Wir bleiben je-

¹ Es handelt sich dabei um die analytischen Kinderpsychotherapeuten Guercke, Strehlow, Arp-Trojan. Hinz, Breitsprecher, Pfeleiderer.

doch vorzugsweise auf der bewußten Ebene des Eltern-Ichs und deuten Übertragungswiderstand nur, wenn die Übertragung die Behandlung des Kindes stört oder gar behindert.

Anhand von Fallbeispielen sollen diese verschiedenen Indikationen im folgenden veranschaulicht werden.

3 Fallbeispiele

3.1 *Aus der Behandlung mit einem Kind*

Der achtjährige P. wurde wegen körperlicher Unruhe, aggressiven Ausbrüchen zu Hause und in der Schule und starkem Trotzverhalten zu einer Therapie angemeldet. Im Erstgespräch mit den Eltern erfuhr ich, daß die Mutter wegen psychischer Erkrankungen bereits mehrmals in der Klinik war. Während der probatorischen Sitzungen wuchs mein Eindruck, daß Ps Symptomatik durch neurotische Ängste in bezug auf seine Aggressivität mit einer altersentsprechenden Abwehr dieser Ängste und durch Entwicklungsdefizite und Verlustängste verursacht ist. Ich plante eine analytische Psychotherapie mit P. Vier Wochen nach Beginn der Therapie erkrankte Ps Mutter erneut und kam für zwei Wochen in die psychiatrische Klinik. Weitere zwei Monate später wurde bei P. eine Stoffwechselerkrankung festgestellt. Nach dreimonatiger Unterbrechung konnten wir die Therapie nun fortsetzen. Es war schnell klar, daß ich meine Arbeit mit P. in der Technik umstellen mußte auf eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

P. baute zwar wie früher seine Kampfszenen mit Indianer- und Cowboyfiguren auf und es sollte seinem verbalisierten Wunsch entsprechend auch gekämpft werden, es war aber nichts Aggressives mehr zu spüren, die beiden Seiten versöhnten sich auch schnell wieder. Daneben spielte er gern Regelspiele, bei denen er keine emotionale Reaktion zeigte, wenn er gewann oder verlor. Wir brauchten ein Jahr in der Therapie, um uns von dem Schock zu erholen. In der Gegenübertragung erlebte ich durchgängig Trauer um Ps reale Lebenssituation. Es war möglich, mit ihm über die Erkrankung seiner Mutter und vor allem über seine eigene zu sprechen. Ziel der Therapie mit ihm war für mich, sein Ich zu stärken im Umgang mit seinem Schicksal und ihm innerhalb der therapeutischen Beziehung das Vertrauen in Unzerstörbares wieder aufzubauen. Meine Kommentare, Interventionen und seltenen Deutungen waren darauf bedacht, die positive Übertragungsbeziehung zu halten und nicht auf die Enttäuschungswut hin zu arbeiten, die es in seinem Unbewußten ja geben mußte.

So reagierte P. erleichtert, wenn ich bei unseren Spielen auf Grenzen und Regeln Wert legte, und er strahlte mich jedes Mal an, wenn ich ihm bestätigte, daß wir beide was vom Kämpfen verstehen. Allmählich konnte er seine aggressiven Kräfte positiv besetzen und begann wieder, lustvoller zu kämpfen, Niederlagen zu bedauern und sich über Siege zu freuen. Bei seinen Eltern provozierte er Konflikte, war aber deutlich mehr in der Lage, sich verbal auszudrücken und sich abzugrenzen.

An einem Beispiel wird deutlich, wie die therapeutische Arbeit mit P. verlief: Wir hatten wieder einmal Cowboys und Indianer zu einem Kampf aufgestellt. Diesmal hatte P. für jeden von uns die Figuren vermischt zugeteilt. Er machte den Vorschlag: Meine Cowboys und Indianer hätten Frieden geschlossen und seine würden „Krieg führen“. Ich kommentierte „Da haben's deine aber viel schwerer.“ P. dazu: „Hab' ich doch auch!“

Seit ein paar Wochen bringt P. deutlich spürbare und wahrnehmbare Vernichtungsimpulse in die Kampfspiele ein. Er ist erst zufrieden, wenn von meinen Figuren (z. Zt. immer die Indianer) keiner mehr am Leben ist. In einer Stunde kam er und fragte mich, was wir letzte Stunde gespielt hätten. Ich sagte: „Na, du hast so richtig brutal gekämpft.“ P.: „Oh ja, da spielen wir gleich weiter.“ Meine Kommentare zu diesen Szenen habe ich bisher darauf beschränkt, ihm zu sagen, wie gut es sei, daß man in der Phantasie und im Spiel alles zulassen kann.“ P.: „Stimmt.“

Nach dieser langen Phase tiefenpsychologisch fundierter Therapie mit P. scheint es doch vielleicht möglich, die Übertragung auf das negative Introjekt in der therapeutischen Beziehung zuzulassen und durcharbeiten, was bedeuten würde, analytisch mit ihm weiterzuarbeiten.

3.2 Aus der Behandlung mit einem Jugendlichen

Die 16jährige K. meldete sich bei mir für eine Therapie an, sie leide unter Eßstörungen. Bereits während der ersten Stunden zeigte sich, daß K. stark untergewichtig war und offensichtlich immer weiter an Gewicht verlor, so daß eine stationäre Behandlung notwendig wurde. In Absprache mit ihrem Hausarzt empfahlen wir ihr eine Klinik, sie ließ sich darauf ein. Nach mehrmonatiger stationärer Behandlung kam K. wieder in die ambulante Therapie. Es ging ihr gut. Sie brauchte die Therapie nun für die weitere Ablösung von den Eltern, adoleszente Reifungsschritte und soziale Integration bei den Gleichaltrigen. In den Therapiestunden erzählte sie von der Schule, von Konflikten und positiven Erfahrungen mit Freunden, vom Streß daheim mit den Eltern. Ich konzentrierte mich darauf, sie in ihrem Wunsch nach Selbständigkeit zu unterstützen, Zusammenhänge in der Beziehung anderer zu verstehen, sich selbst mit dem eigenen Erleben wahrzunehmen und sich von den anderen unterscheiden zu können. Ich achtete darauf, daß die Übertragungsbeziehung nicht zu intensiv wurde, weder als positive noch als negative Übertragung. Ich wurde zur vertrauten Zeugin ihrer Lebensgeschichte, ihrer Entwicklung, von der sie sich verstanden fühlte.

Anhand einer Behandlungssequenz soll gezeigt werden, wie sich diese tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gestaltete: K. hatte mir mit vielen Schilderungen aus der Beziehung zu den Eltern vermittelt, wie sie sich von diesen benutzt und verwendet erlebte. Nun mußte ich einmal eine Stunde mit ihr absagen, weil ich an diesem Tag zu einer Veranstaltung ging, auf der verschiedene Vorträge zur Beziehungsdynamik zwischen Eltern und Kindern gehalten wurden. Auf dieser Tagung wurden auch die Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Beziehung von magersüchtigen Töchtern zu ihren Eltern vorgestellt. Auf der Rückfahrt überlegte ich mir, ob ich K. von diesem Bericht erzählen sollte. Ich hatte ihr vorher nur gesagt, daß ich an diesem Tag nicht da sei werde. In der nächsten Stunde erzählte ich ihr, wo ich war, worum es ging und gab ihr von dem Bericht über das Forschungsprojekt weiter, daß bei diesen Töchtern festgestellt wurde, die Väter brauchen ihre Töchter oft als Bündnispartner in der Beziehung zu ihrer Frau und die Mütter haben das Bedürfnis, mit ihren Kindern ganz eins zu sein. K. sah mich erstaunt an, fing an zu weinen und sagte mehrmals: „Das ist es, genauso ist es!“. Sie fühlte sich verstanden und war erleichtert.

Die Therapie ging über 90 Stunden und fand mit einer Wochenstunde statt. Als K. sich verabschiedete war sie im Blick auf die Eßstörung gesund, sie erschien glücklich und zufrieden, hatte einen Freund, einen Freundeskreis und plante den Auszug von daheim.

3.3 In der begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen

Die Mutter der neunjährigen B. erzählte mir im Erstgespräch, daß ihre Tochter unter Vergiftungs-, Verletzungs- und Erstickungsängsten leide und dringend eine Therapie brauche. Die Ängste würden inzwischen zu Einschlafstörungen, Eßstörungen und zunehmender Einschränkung ihres Bewegungsraums führen. Sie selbst sei auch in Therapie und erlebe wie gut ihr das tue. Ihr Mann wisse noch nichts von ihrer Anfrage bei mir, er halte überhaupt nichts von „dem ganzen Seelischen“. Beeindruckt von dem wahrnehmbaren Leidensdruck der Mutter, aber auch ihrer starken Identifikation mit ihrer Tochter sehe ich durchaus die Notwendigkeit einer analytischen Therapie für B. (nicht nur wegen der Symptomatik). Ich bitte die Mutter, zum nächsten Gesprächstermin zusammen mit ihrem Mann zu kommen. Ohne Einverständnis und Mitarbeiter beider Eltern sei eine Therapie nicht durchführbar.

Zum zweiten Gespräch kamen beide Eltern (B. war inzwischen zu drei probatorischen Sitzungen bei mir gewesen, wovon der Vater erst kurz vor unserem gemeinsamen Termin erfuhr). Es überraschte mich nicht, daß der Vater gleich voller Ärger gegen eine Therapie war, „da muß man selber durch“, wenn man sich daran gewöhne, daß andere helfen, dann schaffe man das nie mehr allein, die Ängste seiner Tochter seien nur Vorwand, um sich Erziehungsgrenzen zu entziehen, seine Frau übertreibe, und die Tochter mache ihrer Mutter nach.

Ich fragte nach einem Beispiel für die Übertreibungen. Der Vater schilderte, wie B. sich vor ein paar Tagen wegen einer Spinne ängstigte. Da sei aber keine gewesen. Ich: „Aber die Phantasie?“ Der Vater dazu: „Alles nur Einbildung!“

Ich sehe das wütende, verbissene Gesicht des Vaters, der wirklich mit den Zähnen mahlt. Seine Frau verteidigt die Therapie, es gibt einen heftigen kurzen Streit zwischen beiden, und ich bin in der Gegenübertragung damit beschäftigt, wovor dieser Mann wohl soviel Angst haben könnte, was für eine Übertragungswut er auf mich richtet. Mir wird klar, daß die Therapie für B. nicht stattfinden könnte, wenn es mir heute nicht gelänge, den Vater zu erreichen und mit ihm seinen Widerstand zu verstehen.

Schließlich spreche ich ihn direkt an, daß er es wohl gewöhnt sei, alles selbst zu schaffen. Er stutzt und antwortet: „Ja, das stimmt.“ Dann sage ich ihm, daß es ihm vielleicht auch nicht passe, wenn ich als fremde Person in seine Familie hineinkomme. Der Vater sah mich wieder überrascht an und stimmt zu: „Da habe ich Ängste.“ Ich gehe darauf ein: Diese Ängste könnten ja auch dafür sorgen, daß er aufpasse und darauf achte, ob die Therapie seiner Tochter und ihnen beiden Gutes bringen würde, sie weiterbringe. Das sei mir eigentlich ganz recht. Nun wollen beide Eltern mehr über die Therapie und die Zusammenarbeit erfahren. Am Schluß des Gesprächs bitte ich beide Eltern die Entscheidung miteinander zu überdenken, dem Vater empfehle ich, dabei auf seine Tochter zu hören. Nach einer vereinbarten Pause rief der Vater an und sagte der Therapie für seine Tochter zu. Während der Therapie entstand innerhalb der begleitenden Psychotherapie eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen uns. Die Eltern mußten viel an Konflikten mit ihrer Tochter aushalten und konnten in Besinnung auf ihre eigene Geschichte und ihre eigene Persönlichkeit Projektionen zurücknehmen.

Während der Therapie kam es nicht wieder vor, daß zwischen den Eltern und mir sich ein solcher Übertragungswiderstand bildete. Ich verstehe meine Interventionen in diesem ersten Gespräch mit beiden zusammen mit dem Vater so, daß ich nicht auf seine Wut einging (die zum einen seiner Frau galt, des weiteren im Unbewußten wahrscheinlich früheren Bezugspersonen, das konnte ich später verstehen, als er aus seiner Primärfamilie erzählte), sondern versuchte, die Ursachen für seine Wut zu finden, die Abwehr im Übertragungswiderstand zu deuten. Er konnte sich darauf einlassen, so daß er seine Ängste wahrnehmen konnte. Hier bin ich nicht weiter auf die mögliche Übertragung eingegangen, sondern habe ihm Ich-stärkend einen Sinn für die Ängste in unserer Arbeit und in seiner Aufgabe als Vater vermittelt. (Die Mutter hat später diese Bedeutung einmal bei ihrer Tochter angewandt, indem sie ihr gesagt hat, Ängste könnten ja auch vor realen Gefahren schützen).

4 Ausblick

Es wird noch einige Arbeit daran gesetzt werden müssen, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die verschiedenen Verfahren zu differenzieren. Unter Ausbildungsgesichtspunkten ist eine Integration von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychoanalyse wünschenswert, da es weder eine tiefenpsychologisch fundierte Theorie noch eine tiefenpsychologisch fundierte Methodenlehre

im engeren Sinne gibt. Die Fachkünde der nur für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zugelassenen Therapeuten erfüllen nicht immer die Voraussetzungen der in den Psychotherapierichtlinien geforderten Kriterien. Hier sind für die Zukunft bestimmte Grundanforderungen zu stellen, die sich mit der Auffassung verbinden, daß tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine aus der Psychoanalyse heraus entwickelte Anwendungsform der analytischen Methode verbleibt.

Literatur

Faber F.R.; Haarstrick, R. (1999): Kommentar zu den Richtlinien. München: Urban & Fischer.
Psychotherapierichtlinien in der Fassung vom 23. Oktober 1998.
Psychotherapie-Vereinbarungen in der Fassung vom 7. Dezember 1998.

Anschrift der Verfasserin: Barbara Pfeiderer, Kremmlerstr. 49, 70597 Stuttgart.