

Berns, Inge

**Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische  
Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 1, S. 39-48*

urn:nbn:de:bsz-psydok-43468

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

**Nutzungsbedingungen**

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

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

**Kontakt:**

**PsyDok**

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

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

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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. Kehrner</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
Szagun, 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 und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin<sup>1</sup>

Inge Berns

## Summary

*Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents*

The author, practitioner of psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents, explains her point of view regarding psychotherapy versus psychoanalysis. Verbatim process notes illustrate the work and are used to plan the therapeutic method.

## Zusammenfassung

Anhand der Wiedergabe einer konkreten Therapiestunde in der probatorischen Phase wird der Unterschied zwischen psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter psychotherapeutischer Methode herausgearbeitet, so wie er von der Autorin gesehen wird und Grundlagen für die Entscheidung zur Indikation einer tiefenpsychologisch fundierten und/oder psychoanalytisch psychotherapeutischen Arbeit liefert.

## 1 Einleitung

An Hand einer probatorischen Sitzung möchte ich meine Positionen darlegen. Das Beispiel dazu habe ich folgendermaßen ausgewählt: Als ich die Aufgabe zu dieser Arbeit übernommen hatte, beschloß ich, von der nächsten Stunde in meiner laufenden Arbeit ein möglichst wörtliches Erinnerungsprotokoll anzufertigen und zu verwenden, denn ich gehe davon aus, daß tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytisch psychotherapeutische Arbeit in jeder und in ein und derselben Stunde geschehen können. Diese Aussage macht nur Sinn, wenn klar ist, wie der Unter-

---

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung eines Kurzvortrags beim Workshop des Arbeitskreises „Analytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ der DGPT im Februar 2001 in Tiefenbrunn.



schied zwischen beiden Arbeitsweisen gesehen wird. Hier eine erste Hypothese: Tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Arbeit ist die, die mit bewußten und oberflächlich unbewußten Inhalten und Prozessen arbeitet, psychoanalytisch psychotherapeutische die, die mit tief unbewußten Inhalten und Prozessen arbeitet. Ich unterscheide also nach der Mitteilung (auf Seiten des Patienten) und der Verwendung (auf Seiten des Therapeuten) von Inhalten und deren Bewußtseinsgrad. Dabei orientiere ich mich an gängigen Denkmodellen, z.B. Sandler's Begriffspaar vom Vergangenheits- und Gegenwartsunbewußten, Greens Unterscheidung von tief und oberflächlich Unbewußtem, Langs Modell des ersten und zweiten unbewußten Systems (Sandler 1997; Green 2000; Langs 1988).

## 2 Fallbeispiel – erster Teil

Mit einem 13jährigen Jungen hatte ich ein erstes Gespräch geführt, nachdem er – vermittelt durch seine Mutter, mit der ich zunächst gesprochen hatte – mich angerufen und nach Psychotherapie gefragt hatte. Zum ersten Gespräch wurde er von seinem Vater mit dem Auto gebracht, zum zweiten kam er mit öffentlichen Verkehrsmitteln, begleitet von seiner Mutter. Die Familie wohnt auf dem Land, der Weg zu meiner Praxis, die zentral gelegen ist, ist für diesen Jungen aufwendig. Am Ende der ersten Sitzung hatte ich dem Jungen ein prinzipielles Angebot für die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit gemacht und wir trafen eine grundsätzliche terminliche Verabredung, die ihm und mir möglich war. Ich berichte hier aus der zweiten Stunde. In der ersten Stunde hatte ich ausschließlich tiefenpsychologisch fundiert gearbeitet. Nun wollte ich herausfinden, ob auch psychoanalytisch psychotherapeutische Arbeit mit ihm prinzipiell durchführbar wäre.

Die Mutter des Jungen fragte im Flur meiner Praxis, ob ich einen anderen Termin nennen könne, diese Verabredung sei sehr ungünstig für sie, da sie an diesem Wochentag grundsätzlich kein Auto zur Verfügung hätte. Ich sagte ihr, daß ihr Sohn und ich diesen Termin als einzig möglichen für uns beide gefunden hätten, daß ich von ihm wüßte, daß er aufwendig zu bewerkstelligen sei, er aber nun hier sei und ich jetzt gern mit ihm unsere Verabredung einlösen würde. Ich bot ihr an, mit mir telefonisch einen eigenen Gesprächstermin zu verabreden, um ihr Thema zu besprechen, verabschiedete sie und betrat mit dem Jungen den Therapieraum.

Er hatte in der ersten Sitzung zwischen einem mit Spielmaterial und einem als Gesprächszimmer eingerichteten Raum sich für den letzteren entschieden, was ich so verstand, daß er spontan das Gespräch als Kommunikationsmittel wählte. Er hatte mir – recht offen – in dieser Sitzung seine Symptomatik, spezifische Ereignisse aus seiner Lebensgeschichte und seine Wünsche an die therapeutische Arbeit mitgeteilt. Dabei gewann ich ein Bild von ihm, daß er bemüht war, sich mir interessant darzustellen, daß ich ihn als Opfer von Umständen und Fehlverhalten anderer Menschen ansehen sollte und an prinzipielle Fähigkeiten von ihm glauben sollte, für deren Vorhandensein nicht viel sprach, an deren Vorhandensein aber viele andere glaubten. Dieses Bild vermittelte er durch Anklage anderer und verharmlosende Darstellungen der eigenen Beteiligungen. Ich ging davon aus, daß seine Symptomatiken:

Leistungsverweigerung in der Schule, ein gewisser Größenwahn, Leugnen und Lügen, Haß auf seinen jüngeren Bruder mit dem Ergebnis täglicher Streitereien, zumindest zum Teil neurotisch bedingt waren und entweder tiefenpsychologisch fundiert oder psychoanalytisch psychotherapeutisch zu bearbeiten wären.

Seine Mitteilungen und meine Antworten geschahen auf der manifesten Ebene und bezogen sich konkret auf den aktuellen Dialog. Daß er sich bemühte, bei mir ein bestimmtes Bild zu evozieren, war wahrscheinlich oberflächlich unbewußt, er genoß anscheinend die erwachsene Atmosphäre, die wir zusammen hergestellt hatten und griff zu weiteren Verharmlosungen. Meine Intervention in dieser ersten Stunde, etwa: „Es scheint mir, wenn ich dir zuhöre, eher sinnvoll, den anderen Therapie anzubieten, damit sie dich besser behandeln. Andererseits bist du zu mir gekommen und hast nach Therapie gefragt. Ich stelle mir vor, du wünschst dir, daß es dir möglich wird, mit den anderen zurechtzukommen und dich selbst Wert zu schätzen, ohne daß du sie so schlecht und dich so gut darstellen mußt“, war eine Konfrontation und richtete sich damit an einen oberflächlich unbewußten Inhalt. In dieser Weise habe ich in der ersten Sitzung tiefenpsychologisch fundiert gearbeitet.

Ich gehe auch davon aus, daß psychoanalytisch begründete psychotherapeutische Arbeit immer tiefenpsychologisch fundiert beginnt. Im ersten Kontakt wird jeder nicht psychotische Patient sich sekundärprozeßhaft seinem Therapeuten gegenüber äußern und nicht mit freien Einfällen beginnen. Die Erfahrung, welcher Art die Mitteilungen des Patienten in bezug auf ihren Bewußtseinsgrad sind und die Entscheidung, wie sie verwendet werden, stellt sich erst im Laufe der probatorischen Phase ein.

Zurück zum Patienten: In dieser Stunde ist er nun sehr blaß, stumm, schaut mich, etwas von mir erwartend, an, gleichzeitig registriere ich bei ihm Resignation. Ich sage ihm, es wäre hilfreich, wenn er, ohne nachzudenken, ausspricht, was ihm gerade in den Kopf kommt.

Mit diesem Angebot zur freien Äußerung schlage ich dem Jungen vor, psychoanalytisch zu arbeiten. Mein Ziel war jetzt herauszufinden, ob er mir auch tief unbewußtes Material zur Bearbeitung anbieten würde, wenn ich ihm ein solches Angebot machte.

Er lächelt andeutungsweise und sagt, es gäbe nichts, nichts sei passiert. Das Lächeln verschwindet wieder, die Mundwinkel zeigen eher nach unten, er schweigt.

Daß auf das Angebot zur freien Äußerung nicht sofort eine solche mit abkömmlingshaften Mitteilungen erfolgt, ist in der psychoanalytischen Therapie nichts Ungewöhnliches (I. Berns 2000). Es gehört zur Aufgabe des Analytikers, dem Patienten dabei hilfreich zu sein.

Ich erläutere, daß ich nicht nur interessiert sei, Tatsachen zu hören, sondern daß ich gemeint hätte: alles, was so in den Kopf kommt, wenn man nicht nachdenkt. Dann fielen einem Geschichten ein, Filme, Bücher, Träume etc. Auch wenn es ihm komisch und unpassend vorkomme, würde ich diese Dinge gern hören. Er schweigt weiter.

Diese Erklärungen – alles Ansprechen an sekundärprozeßhafte Gedankenarbeit – sollten dem Ziel dienen, sich vertrauensvoll mit Derivaten aus dem Unbewußten zu äußern, dies geschieht aber nicht. Entweder ist ihm die Bildung solcher Derivate

grundsätzlich fremd – dann ist eventuell nur Arbeiten im ersten unbewußten System indiziert – oder er bildet zur Zeit keine oder er teilt sie nicht mit. Das erste kann man nach nur einem Versuch noch nicht herleiten, die beiden anderen Möglichkeiten wären das, was wir Widerstand nennen. Aus praktischen Erwägungen – es ist der Beginn der Therapie, der Patient hat noch keine Erfahrungen mit mir und der Verwendung unbewußter Derivate und es gibt einen zu vermutenden Grund für seinen Widerstand (s. u.) – scheint es sinnvoll, zunächst tiefenpsychologisch fundiert fortzufahren.

Er beginnt mit den Beinen zu zappeln. Ich sage: „Ich sehe, daß mein Angebot nicht so wirkt wie erhofft, es ist wohl eher so, daß du unruhig wirst, was ich daran sehe, daß du mit den Beinen zappelst.“ Er hört sofort damit auf und erwidert mein Lächeln, mit dem ich auf das Aufhören reagierte.

Er hatte nicht gemerkt, daß er mit den Beinen zappelte, es war jedoch ein leichtes, es ihm bewußt zu machen und eine symptomlösende Wirkung hervorzurufen. Angesprochen sind hier seine Kontrollfunktionen, d.h. therapeutisch gesehen findet hier eine Ich-Stärkung statt, seine bewußte Aufmerksamkeit wird auf etwas gelenkt und dort festgehalten. Dies ist eine tiefenpsychologisch fundierte Intervention – möglicherweise vom Patienten auch als Kritik empfunden – mit Wirkung im oberflächlich unbewußten Bewußtseinsgebiet. Die Rückgabe des Lächelns ist ein Anzeiger für den Status des Kontakts zwischen uns: manifest direkt aufeinander bezogen. Es ist gut denkbar, daß unterhalb des Bewußtseins dieses manifesten Geschehens seelische Dinge sich ereignen, die keine Mitteilung erfahren. Als Therapeutin bin ich aktuell erleichtert, von ihm eine freundliche Reaktion bekommen zu haben. Wohl auch deswegen fahre ich fort zu sprechen, obwohl es mir im Nachhinein denkbar erscheint, meinem ursprünglichen Plan an dieser Stelle wieder zu folgen und ihm Gelegenheit zu geben, der psychoanalytischen Methode des freien Einfalls zu folgen.

„In der letzten Stunde hattest du mir viel erzählt. Heute ist es anders. Du sagst, es sei nichts passiert, was du berichten könntest, und damit meinst du vielleicht, seit unserem letzten Gespräch hast du nichts zu beklagen.“ (Ich beziehe mich damit auf seine Schilderungen seiner Symptommatiken.) Er nickt heftig.

„Das ist erfreulich, aber du wirkst nicht erfreut, sondern eher mut- oder lustlos.“ Er setzt sich etwas anders hin, nimmt eine andere Haltung ein und einen anderen Gesichtsausdruck an, schweigt aber weiter und wartet offensichtlich darauf, daß ich weiter spreche.

Dieses Schweigen setzt mich als Therapeutin unter Druck, etwas zu tun, was den Patienten befähigt, sich (wieder) mitzuteilen. Meine bisherigen Interventionen – Konfrontationen und Klarifikationen mit leicht suggestivem Charakter – wirken auf oberflächlich unbewußter Ebene und bewirken bestimmte Verhaltensänderungen. Mit ihnen wird auch der Kontakt zum Patienten gehalten. Man kann wieder vermuten, daß dieselben Interventionen auch unbewußt vom Patienten verarbeitet werden, aber über diesen Vorgang und ihren Inhalt wird nichts mitgeteilt. Es ist eher davon auszugehen, daß der Patient dabei ist, sich darauf einzurichten, daß unsere Arbeit in dieser Weise weitergehen wird.

Die folgende Intervention ist der Versuch einer Deutung seines Widerstands.

„Es ist ja so gewesen, daß deine Mutter beim Reinkommen deutlich gesagt hat, daß dieser Termin ihr nicht paßt, den wir beide in der letzten Stunde nach ausführlichem Rumgucken als einzigen gefunden haben, an dem du und ich uns treffen können. Auch dein Vater hatte, als er dich letztes Mal brachte, klar gemacht, daß Termine nur in Absprache mit deinen Eltern verabredet werden können, und nun sieht es so aus, als könne aus unserer Verabredung nichts werden, und das mag dir die Lust genommen haben, mir weitere Dinge zu erzählen, obwohl das Erzählen letztes Mal vielleicht dazu beigetragen hat, daß du einige Tage verbracht hast, ohne daß solche Schwierigkeiten aufgetreten sind, wie du sie mir letztes Mal geschildert hast. So kommt es vielleicht, daß du heute lieber gar nichts mehr sagst.“

In meiner Deutung verwende ich als Kontext zur Erklärung seines Widerstands die hindernden Einstellungen seiner Eltern, während ich selbst und er gut und erfolgreich dargestellt werden. Eine Deutung seines Widerstands, bezogen auf einen Kontext in unserer Beziehung, findet nicht statt. Der Patient antwortet unmittelbar.

„Also, eigentlich war ja doch was. Ich war wieder Schwimmen am Wochenende mit meinem Vater und mit meinem Bruder, und mein Bruder kann jetzt genau so lange tauchen wie ich, und er traut sich sogar einen Körper vom Dreier, das trau ich mich nicht. Da bin ich gar nicht mehr gesprungen.“

Hier findet nach meiner Intervention ein Wechsel in der Arbeitsweise des Patienten statt. Auf meine Widerstandsdeutung reagiert der Patient mit einem Narrativ, das möglicherweise unbewußte Inhalte transportiert. Mit diesem freien Einfall gibt er sich mir prinzipiell als jemand zu erkennen, der so etwas liefern kann. Mit ihm ist psychoanalytisch psychotherapeutische Arbeit, also Arbeit an tief unbewußten Inhalten, prinzipiell möglich, und zwar ganz konkret jetzt, an dieser Stelle. Das erfordert allerdings, daß ich als Therapeutin dies auch rechtzeitig erkenne, was ich nicht tue. Ich gehe weiter tiefenpsychologisch fundiert vor und wende mich mit der folgenden Intervention an das oberflächlich unbewußte System.

„Ich entnehme dem, daß du das, was dein Bruder da geschafft hat, anerkannt, obwohl es dir zu schaffen macht.“ Er schaut mich an, erstaunt, nickt wieder heftig und ist sehr aufmerksam. „Wenn das so ist“, fahre ich fort, „dann scheint es doch wirklich angebracht abzuwägen, ob der Aufwand, gemessen am Erfolg, sich nicht doch lohnt. Wie groß ist er denn gewesen? Was mußt du denn tun, um heute rechtzeitig hier anzukommen?“

Meine Intervention greift nur einen kleinen Teil seiner Mitteilung auf und vernachlässigt den Rest. Sie fordert direkt zu sekundärprozeßhaftem Vorgehen auf und bedeutet ein Verlassen des Plans, primärprozeßhafte Äußerungen des Patienten zu verwenden. Dieses registriere ich nach dem Sprechen mit einem spontanen vagen Empfinden: Jetzt hast du eine Chance verpaßt.

Hätte ich die Chance rechtzeitig gesehen, hätte ich an dieser Stelle folgendermaßen psychoanalytisch psychotherapeutisch intervenieren können: „Du sprichst davon, daß dein jüngerer Bruder etwas, was bisher nur du konntest, auch geschafft hat. Auch hier mag so etwas passiert sein. Du hattest es geschafft, daß dieser Termin, obwohl schwierig zu bewerkstelligen, eingehalten wurde. Als ich deiner Mutter einen eigenen Termin anbot, um mit ihr über dein Problem des Herkommens zu sprechen, habe ich nicht nur deinen Vorsprung eingeholt, sondern dich sozusagen rechts überholt und du hast gedacht, ich mach dich kleiner, so wie in deiner Ge-

schichte der jüngere Bruder den älteren zum kleineren macht. Das hat dir möglicherweise die Freude am Einsatz genommen und so hast du hier gar nichts mehr gesagt, so wie du da gar nicht mehr ins Wasser gesprungen bist.“

### **3 Exkurs: Tiefenpsychologisch fundierte vs. psychoanalytisch psychotherapeutische Intervention**

Mit Bachrach (2000) lege ich Wert auf die Grundsatzunterscheidung zwischen (a) einer spezifisch psychoanalytischen Methode zur Gewinnung und zum Verständnis von Daten und (b) der Wirkung der Anwendung dieser Methode.

Zu (a): Psychoanalytische Behandlung definiere ich spezifisch als Gewinnung von Daten seelischen Inhalts von tief unbewußter Qualität durch Verwendung der von Freud (1924) und inzwischen weiterentwickelten Methode des freien Einfalls – etwa durch freie Narrative, freies Spielen oder freies szenisches Geschehen – und die konsequente Verwendung der so gewonnenen Daten, um ein Verständnis zu erzielen, das letztendlich zur Organisation dieses Materials nach dynamischen, strukturellen, genetischen und adaptiven Gesichtspunkten führt. Diese Komponente bezeichnet Bachrach als intrinsischen Faktor, als sine qua non eines spezifisch psychoanalytischen Vorgehens. Davon zu unterscheiden sind extrinsische Faktoren, die dem Ziel der Gewinnung der gewünschten Daten dienen sollen. Hierzu gehört z.B. die Verwendung der Couch, die Frequenz von Behandlungsstunden pro Woche, terminliche, räumliche und finanzielle Absprachen, kurz alle basalen Vereinbarungen, die dem Ziel dienen, die Methode anwenden zu können.

Eine Veränderung der extrinsischen Faktoren oder eines Faktors bedeutet nicht, daß nicht spezifisch psychoanalytisch gearbeitet werden kann. In der Kinderpsychotherapie ist dies besonders deutlich. Der prinzipielle Verzicht auf die Couch und die Verwendung von konkretem Ausdrucksmaterial stellt beispielsweise eine solche Modifikation im Vergleich zur psychoanalytischen Arbeit mit erwachsenen Patienten dar. Auch ohne Couch, auch mit Hilfe konkreter Ausdrucksmittel (Spielzeug etc.) ist die Hervorbringung tief unbewußten Materials und ihre Verwendung im o.g. Sinne möglich. Umgekehrt bedeutet die Verwendung der Couch oder die von konkreten Ausdrucksmitteln oder eine geringe oder hohe Anzahl der wöchentlichen Behandlungsstunden, kurz die Anwendung extrinsischer Faktoren nicht, daß psychoanalytisch gearbeitet wird.

Zu (b): Die Wirkungen des jeweiligen Vorgehens werden allgemein als unterschiedlich postuliert und führen m.E. zu den häufigen relativierenden Charakterisierungen der beiden Behandlungsverfahren psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert. So kann man davon ausgehen, daß die hilfreiche psychoanalytisch psychotherapeutische Nutzung derivativer Mitteilungen dazu führt, daß der Patient sich mit weiterem abkömmlingshaften Material äußert und damit einen Prozeß in Gang setzt, der regressiv genannt wird. Verwendet man mitgeteiltes unbewußtes Material nicht im o.g. Sinne, d.h. nicht zum Verständnis nach dynamischen, strukturellen, genetischen und adaptiven Gesichtspunkten, arbeitet man nicht psycho-

analytisch, sondern möglicherweise tiefenpsychologisch fundiert. Konkret gemeint sind unter dem dynamischen Gesichtspunkt die Wahrnehmung der unbewußten Bewußtseinsqualität eines Inhalts und deren Verwendung; unter dem strukturellen Gesichtspunkt das Erfassen von gebildeten, mehr oder weniger festen seelischen Strukturen oder Grundüberzeugungen gesunder oder pathogener Qualität; unter dem genetischen Aspekt das schlüssige Verständnis des seelischen Inhalts oder Zustands aus der Genese des Patienten, d.h. aus seinen persönlichen Lebenserfahrungen; unter dem adaptiven Gesichtspunkt die interpersonellen Geschehnisse von Übertragung, Gegenübertragung und aktuellem Beziehungsgeschehen zwischen Therapeut und Patient.

Dies möchte ich kurz an Hand der beiden Interventionsbeispiele aufzeigen: Zunächst die tatsächlich erfolgte tiefenpsychologisch fundierte Intervention. Sie besteht aus einer bewertenden Klarifikation, einer Schlußfolgerung und Fragen. Die Schlußfolgerung ist geleitet von einer Theorie, die in meinem Kopf ist und keinen Bezug nimmt auf die konkreten Äußerungen des Patienten. Damit fordert sie direkt zu sekundärprozeßhaftem Vorgehen auf und bedeutet ein Verlassen des Plans, primärprozeßhafte Äußerungen des Patienten zu verwenden.

Die (ausgedachte) psychoanalytische Deutung geht am Narrativ des Patienten entlang. Sie übersetzt den Text thematisch vom vermuteten unbewußten zum erkennenden bewußtseinsfähigen Inhalt und bietet so eine Entschlüsselung der Mitteilung an (dynamischer Aspekt). Sie entnimmt dem Narrativ – „das traue ich mich nicht. Da bin ich gar nicht mehr gesprungen“ – eine Grundhaltung des Patienten, zeigt ihm auf, daß, wenn er eine Situation so wahrnimmt, daß ein anderer mit ihm konkurriert, er mit einem Rückzug antwortet (struktureller Aspekt). Der genetische Aspekt ist in dieser Intervention nicht gefaßt. Der manifeste Text bietet keine Deutung unter diesem Aspekt an. (Nicht jedes Narrativ oder jede Szene bietet immer alle Aspekte gleichzeitig.) Der adaptive Gesichtspunkt wird angewendet in der Erwähnung des vermuteten Auslösers für das aktuelle Symptom des Nichtsprechens. Dieser Auslöser wird gesehen in einer konkreten Intervention der Therapeutin (Angebot an die Mutter, mit ihr über die Dinge zu sprechen, die der Patient bereits gemeistert hat).

#### 4 Fallbeispiel – zweiter Teil

Zurück in die Stunde. Der Patient reagiert mit Entspannung. Er sitzt jetzt locker in seinem Sessel, seine Wangen sind gerötet.

Offensichtlich hat meine tiefenpsychologisch fundierte Intervention eine positive Wirkung. Ich empfinde ebenfalls Erleichterung. Uns beiden ist ein Druck genommen, der nach meiner Erfahrung dem Angebot innewohnt, sich mit freien Einfällen zu äußern (Patient) und diese zu nutzen (Therapeutin). Ich vermute, hier liegt der Grund dafür, daß ich von meinem Plan, psychoanalytisch psychotherapeutisch zu arbeiten, abgewichen bin, und ich vermute ferner, daß es anderen Kolleginnen und Kollegen auch häufiger so ergeht.

Der Patient beschreibt ausführlich, wie er mit verschiedenen Bussen und Bahnen und zum Schluß zu Fuß insgesamt 1¼ Stunde unterwegs war. Er hätte heute zufällig eine Stunde früher Schulschluß gehabt als vorgesehen, sonst hätte er das gar nicht geschafft oder auf sein Mittagessen verzichten müssen. Donnerstags (der 2. von mir vorgeschlagene Termin) ginge es ja gar nicht, da müsse er ja zum Nachmittagsunterricht. (Deswegen hatten wir donnerstags als zweiten Termin bereits gestrichen.) Es könne auch noch passieren, daß in Zukunft der Montagtermin absolut nicht gehe, wenn nämlich in einem halben Jahr eventuell Nachmittagsunterricht auf diesen Tag gelegt werde.

Der Patient äußert sich wieder, so wie in der ersten Stunde. Die Tatsache, daß ich seine derivative Äußerung nicht zur Deutung einer Symptomatik mit Hilfe tief unbewußter Inhalte verwendet habe, bewirkt eine Entspannung, er befindet sich wieder in bekanntem Terrain. Seine Ausführungen sind zunächst konkrete Antworten auf meine Fragen, er erweitert dann seinen Bericht und gibt mir mehr Informationen als ich erfragt habe. Hierin sind möglicherweise wieder oberflächlich unbewußte Dinge enthalten, die darauf hinweisen, daß er mit weiteren Erschwernissen rechnet. Schaut man sich seinen Text auf tiefer unbewußte Inhalte an, so spricht er thematisch davon, daß etwas nicht geht, was geplant ist, und dies entspricht unbedingt dem, was gerade geschehen ist: Ich hatte geplant, in einer bestimmten Weise vorzugehen, was ich nicht getan habe. Diese Mitteilung ist relativ stark verschlüsselt, so daß ich sie auch nicht erkenne in der Situation. Aber selbst wenn, wäre es wahrscheinlich noch nicht angebracht zu deuten. Es ist jetzt kein Symptom und kein Widerstand aufgetreten, die das erforderlich machten. Angemessen wäre es sicher abzuwarten, was noch kommt. Dennoch fahre ich fort.

„Ach“, sage ich, „das ist ja wirklich zum Resignieren. Da gibt es einen Wunsch von dir und ein Angebot von mir, und beides paßt gut zusammen. Und nun stellt sich heraus, daß es Umstände gibt, die die Verwirklichung beschwerlich machen und solche, die sie unmöglich machen könnten. Auch heute scheint es schwierig, aber nicht unmöglich gewesen zu sein. Dir ist es ja gelungen, deine Mutter trotz ihres Protestes dazu zu bewegen, dich hierher zu bringen. Du sprichst davon, daß eventuell alles noch schwieriger werden könnte und andere Menschen uns einen Strich durch unsere Rechnung machen könnten mit ihren Plänen. Ich verstehe, daß du mir sagst, es ist schwer, aber nicht unmöglich, und daß du bereit bist, Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, wenn es sich lohnt ...“

An dieser Stelle ist die Kommunikation, zumindest am Anfang meiner Intervention, zur Alltagskommunikation geworden. Ich spreche mit ihm wie mit einem Kind, dessen Lamento gehört, aber nicht ernstgenommen wird. Die anderen Menschen werden von mir nicht ernsthaft als Hinderer in Betracht gezogen. Ich erwähne seine Mutter, die mich mit ihrem Einwurf vor der Stunde offenbar in gewisser Weise aus der Bahn geworfen hat und bringe mich damit selbst wieder auf meinen Weg. Die Tatsache, daß er sich von seiner Mutter nicht hatte ins Bockshorn jagen lassen, nehme ich zu Hilfe, um mich auch wieder ins Gleis zu setzen. Aus meinem Schlußsatz leitet er sich möglicherweise ab, daß ich bereit bin, mich Unannehmlichkeiten zu stellen, denn er fällt mir ins Wort und liefert folgenden Beitrag:

„Ach, jetzt fällt mir was ein. Heute mittag war ja doch was mit meinem Bruder: Im Essen waren Zwiebeln, und ich mag keine Zwiebeln. Also habe ich die aus dem Essen rausgepuhlt und dann

bin ich aufgestanden und wollte die wegtun. Mein Bruder hat gesagt, ich soll mich nicht so anstellen und ich würde ihm das ganze Essen verderben. Dann ist er rausgegangen und als er wieder reinkam und sich gerade hinsetzen wollte, kam ich grad vorbei und bin ausgerutscht und hab ihn mit der Schuhspitze getroffen. Da gab's wieder Streit.“

Dies ist ein Narrativ mit potentiell derivativem Inhalt. Er macht sozusagen noch einen Versuch, mich beim Wort zu nehmen, daß ich mein Angebot zur Nutzung solcher Mitteilungen einhalte. Dies macht er so deutlich, daß ich sicher werde, daß er es will und daß ich es endlich auch erkenne. Ich antworte:

„Ach, in dem Augenblick, als ich dir sagte, wie ich dich verstehe, fiel dir die Geschichte von dem Essen ein. Sie kommt mir vor wie eine Beschreibung der Situation hier: Wir hatten uns sozusagen ein schönes Essen vorbereitet und dann waren Zwiebeln drin. Die Zwiebeln im Essen sind wie die Erschwernisse für unsere Arbeit, z.B. die Busfahrten oder der Nachmittagsunterricht. Ähnlich wie du die Zwiebeln aus dem Essen rausgeholt hast, hast du aber auch die Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt und warst hier angekommen, damit wir unseren Plan durchführen können. Es ist schon etwas schwieriger zu verstehen, daß du damit jemand anderem etwas verdirbst, wie heute mittag deinem Bruder den Appetit, aber vielleicht ist es so, daß ich dir mit meinem Angebot an deine Mutter den Appetit verdorben habe. Deine Geschichte mit deinem Ausrutscher und dem Tritt, den du deinem Bruder versetzt hast, verstehe ich eher so, daß du ihm zu verstehen geben wolltest, daß du dir von ihm keine Einmischung in Sachen wünschst, die du für dich erledigst, und vielleicht sagst du mir damit, ich kann damit rechnen, daß du es mir heimzahlst, wenn ich mich in Sachen einmische, die du selbst erledigen kannst. Ich habe auch verstanden, daß der Verzicht aufs Mittagessen heute bedeutet hätte, daß du keinen Streit mit deinem Bruder gekriegt hättest, und wenn ich mit deiner Mutter über unsere Verabredung rede, dann werde ich es wohl nicht so schlimm finden, wenn du wegen unserer Verabredung kein Mittagessen bekommst.“<sup>2</sup>

Der Patient hat mir interessiert zugehört, setzt sich nun bequem in seinen Sessel, wippt mit den Zehenspitzen, schaut mich an und sagt:

„Es ist wirklich komisch, manchmal versteh ich mich nämlich mit meinem Bruder auch, plötzlich versteh ich mich mit ihm, ganz gut sogar. Ich weiß auch nicht, wie das geht.“

Diese Reaktion des Patienten werde ich als Validierung meiner Deutung mit einem Derivat aus dem Unbewußten, das ein Bild für eine gute Beziehung darstellt (U. Berns 2001). Damit hat er sich für mich zu erkennen gegeben als jemand, der eine Deutung tief unbewußter Inhalte aufzunehmen und zu verarbeiten in der Lage ist.

Insgesamt habe ich folgende Informationen über den Patienten gewonnen, auf denen ich meine prinzipielle Entscheidung für die Wahl der therapeutischen Methode gründen kann:

– Er hat einen manifesten Wunsch nach Psychotherapie.

---

<sup>2</sup> Nach dem Vortrag sprach mich eine Kollegin auf die enorme Länge der Deutung an. Diesen Einwand höre ich oft, wenn ich meine Arbeit vortrage, weswegen ich hier meine Antwort wiedergeben will: Für das primärprozeßhafte Arbeiten unseres seelischen Apparats sind Bildhaftigkeit, Verschiebung und Verdichtung charakteristisch. Die Übersetzung eines verdichteten Inhalts in sekundärprozeßhafte Sprache muß zwangsläufig länger sein als das verdichtete Bild. Es ist mir unverständlich, warum von psychoanalytischen Deutungen immer angenommen wird, sie hätten kurz und knapp zu sein.



- Er folgt bereitwillig sekundärprozeßhaften Überlegungen und Kommentaren zu seinen eigenen seelischen Vorgängen.
- Er nimmt Implikationen meiner Interventionen unbewußt wahr und reagiert auf sie zunächst symptomatisch bzw. widerständig, dann mit Narrativen, die thematisch sich mit dem beschäftigen, was geschehen ist.
- Das Angebot zur psychoanalytisch psychotherapeutischen Arbeit reizt ihn. Obwohl in einer problematischen therapeutischen Situation angeboten, nimmt er es auf und kommt nach gelungener Widerstandsdeutung darauf zurück und gibt nicht auf, bis seine Therapeutin diesem Angebot selbst nachkommt.
- Die gelungene psychoanalytisch psychotherapeutische Arbeit erfreut ihn. Es kann damit gerechnet werden, daß Deutungen dieser Qualität für ihn hilfreich sind.
- Es ist ihm nur möglich, eine Stunde in der Woche wahrzunehmen.

Daraus ziehe ich folgenden Schluß: Mit ihm ist sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch psychoanalytisch psychotherapeutische Arbeit möglich.

Bei der endgültigen Entscheidung, welchem Vorgehen ich prinzipiell den Vorrang gebe – und nur darum kann es sich bei der Wahl der Therapiemethode handeln – ist u. a. zu unterscheiden zwischen der prinzipiellen Wirksamkeit der Methode und der Dosis, die so bemessen sein sollte, daß die gewünschte Wirksamkeit erreicht und möglichst anhaltend erzielt wird. Mit andern Worten: Die Frequenzfrage ist eine Frage der optimalen Dosis, abgestimmt nach Erfahrungswerten und eventuell nach Evaluation bei nicht optimaler Wirksamkeit zu korrigieren.

## Literatur

- Bachrach, H. M. (2000): Notes on Psychoanalysis, Psychotherapy and Methodology. *Psychoanalytic Inquiry* 20(4): 541-555.
- Berns, I. (2000): Die psychoanalytische Grundregel, ihre Verwirklichung und Wirkung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 31: 173-189.
- Berns, U. (2001): Gedanken zur Überprüfung der Wirksamkeit einer kontextorientierten psychoanalytischen Interventionstechnik (zur Veröffentlichung eingereichtes Manuskript).
- Freud, S. (1924): Kurzer Abriß der Psychoanalyse. GW Bd. XIII, Frankfurt a. M.: Fischer.
- Green, A.; Stern, D. (2000): *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy*. London: Karnac Books.
- Langs, R. (1988): *A Primer of Psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Sandler, A. (1997): Zur Deutung der Übertragung im Hier und Jetzt. *Forum der Psychoanalyse* 13: 211-222.

Anschrift der Verfasserin: Inge Berns, Gretchenstraße 36, 30161 Hannover.