

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3736>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Timmermann, Helene

Titel: Zu zweit oder zu dritt? - Fallbericht der psychoanalytischen
Therapie eines Mädchens zwischen ödipaler Phase und
Latenzalter

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62
(9), 691-706

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen 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

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Zu zweit oder zu dritt? – Fallbericht der psychoanalytischen Therapie eines Mädchens zwischen ödipaler Phase und Latenzalter

Helene Timmermann

Summary

Two or Three of us? – Case Study of a Psychoanalytic Therapy of a Girl Between the Oedipal Phase and the Latency Period

This article presents a case study of a psychoanalytic psychotherapy of a girl at the age of five to eight years with a predisposition to somatization and anxious-compulsive symptoms in the transition from the oedipal phase to the latency period. In the diagnostic phase, the concept of scenic understanding is used. In the representation of treatment, the process of transference and countertransference in the relationship between the therapist and the patient has been placed in the foreground. The therapeutic process is understood as a general movement in which patient and therapist are performing together towards the treatment goals. Basics of this are both, the working alliance and the therapeutic dialogue, which is based on an interactive feedback system which serves the uncovering of blocked development efforts. The treatment technique is also oriented in terms of linguistic expression, abstinence, and interventions to the needs of the development phase of the patient. In the meetings with the parents will be referred to the process of change in the parent-child relationship through the psychotherapy of the child and to the topic of transgenerational transfers of anxieties and emotional blocks.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 691-706

Keywords

child psychoanalytic psychotherapy – transference and countertransference – treatment technique – developmental stage – triangulation

Zusammenfassung

Vorgestellt wird die psychoanalytische Psychotherapie mit einem Mädchen im Alter von fünf bis acht Jahren mit Somatisierungsneigung und ängstlich-zwanghafter Symptomatik im Übergang von der ödipalen Phase zum Latenzalter. In der diagnostischen Phase wird das Konzept des szenischen Verstehens zugrunde gelegt. In der Darstellung der Behandlung soll der Prozess von Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehung zur Patientin in den Vordergrund gestellt werden. Der therapeutische Prozess wird verstanden als „eine Gesamtbewegung, welche Patient und Therapeut zusammen auf die Behandlungsziele hin durchführen“. Grundlagen dafür sind das Arbeitsbündnis und der therapeutische Dialog, der auf

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 691 – 706 (2013), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

einem interaktiven Feedbacksystem basiert und der Freilegung blockierter Entwicklungsbestrebungen dient. Die Behandlungstechnik orientiert sich zudem in Bezug auf sprachliche Ausdrucksweise, Abstinenz und Interventionen an den Erfordernissen der Entwicklungsphase der Patientin. In den Gesprächen mit den Eltern wird auf den Prozess der Veränderung der Eltern-Kind-Beziehung durch die Psychotherapie des Kindes und auf die Thematik transgenerationaler Weitergabe von Ängsten und emotionalen Blockaden Bezug genommen.

Schlagwörter

analytische Kinderpsychotherapie – Objekt Konstanz – Triangulierung – Behandlungstechnik – Übertragung und Gegenübertragung

1 Vorbemerkung

Die Behandlung begann, als die Patientin – die hier Lea genannt wird – fünf Jahre alt war und noch die Vorschule besuchte. Sie umfasst 120 Behandlungsstunden mit dem Kind und 18 Gespräche mit den Eltern (im Folgenden Herr und Frau R.). Die vorgeschaltete diagnostische Phase bestand aus einem Erstgespräch mit den Eltern, zwei Termine mit dem Kind, dem Erfragen der biografischen Anamnese und einem abschließenden orientierenden Gespräch mit den Eltern, in dem die Therapeutin die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung mitteilte. Daraus ergaben sich die Indikation und die Behandlungsplanung.

Psychotherapie mit Kindern ist ohne Bezugspersonen, die das Kind dabei begleiten und unterstützen, nicht möglich. Mit ihnen wird das Arbeitsbündnis geschlossen, sie sind notwendige Bündnispartner in Phasen negativer Übertragung, sie sorgen für den äußeren Rahmen wie das Bringen und Abholen des Kindes und sie bleiben auch nach Abschluss der Therapie existenziell wichtig. Ebenso wichtig ist es, dem Kind einen geschützten Raum zur Verfügung zu stellen, in dem es seine „innere Welt“ mit den Sorgen und Nöten, den Wünschen und Bedürfnissen, den Aggressionen und Ängsten entfalten kann.

Die Therapeutin ist also sowohl mit dem realen Kind und seinen Übertragungen als auch mit den realen Eltern und ihren Übertragungen konfrontiert. Dies erfordert von ihr eine besondere Fähigkeit zur Triangulierung. Triangulierung wird hier verstanden als die Fähigkeit zur Erweiterung einer Zweierbeziehung um eine dritte Person (Simon u. Stierlin, 1994). Die Arbeit findet also in einem komplizierten „Geflecht von realen Beziehungen und Übertragungsbeziehungen“ statt (Ahlheim, 2007, S. 253). Im Folgenden soll versucht werden, diesen Prozess anhand einer Kinderpsychotherapie mit einem Mädchen im Alter zwischen fünf und acht Jahren zu verdeutlichen.

Das behandlungstechnische Vorgehen orientiert sich in erster Linie an der Wahrnehmung der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung. Interventionen finden dabei mit Rücksicht auf das junge Alter des Kindes vorwiegend „an“, nur selten „in“

der Übertragung statt (Körner, 1989). Da junge Kinder Deutungen schnell als invasiv erleben, wird eher auf die Interventionsform der Klarifikation und Konfrontation zurückgegriffen.

Nach Darstellung der diagnostischen Phase werden die unterschiedlichen Phasen des Behandlungsprozesses beschrieben und mit einigen theoretischen Hintergrundannahmen verknüpft. Die Termine mit dem Kind und mit den Eltern fanden getrennt statt, werden aber in der Darstellung – wie auch in der Therapie – aufeinander bezogen.

2 Diagnostische Phase

Die fünfjährige Lea wird von ihrer Mutter wegen Kopf- und Bauchweh, Durchfällen, Erbrechen, Ekelgefühlen, Wutanfällen sowie Trennungs- und Verlustängsten zur Behandlung angemeldet. Sie könne schlecht einschlafen, mache phasenweise nachts ins Bett, habe Angst vor Veränderungen und allem Neuen. In Stresssituationen erbreche sie oder mache in die Hose. Vor allem könne sie sich dann nur schwer von ihrer Mutter trennen. Einerseits „klebe sie“ an der Mutter, während sie diese andererseits „aufs Übelste“ beschimpfe und aggressiv attackiere, wenn sie in Wut gerate.

In diesem ersten Telefonat wirkt die Mutter des Mädchens verzweifelt und extrem angespannt, sodass die Therapeutin sich aufgefordert fühlt, ihr zeitnah einen Termin für ein erstes Elterngespräch vorzuschlagen. Bereits am Telefon entsteht in der Therapeutin eine szenische Vorstellung (Argelander, 1970; Laimböck, 2011; Raue, 2007) von dieser Familie, in der sich die Eltern um das einzige Kind sorgen, sich hilflos aber auch von ihm tyrannisiert fühlen und seit Längerem verzweifelt Ärzte und Psychotherapeuten konsultieren.

2.1 Erstes Gespräch mit den Eltern

Zum Erstkontakt kommt ein sportlich gekleidetes, sehr angespannt wirkendes junges Paar. Die Mutter der Patientin, eine zierliche und agile Frau, ergreift als erste die Initiative. Der Vater, ein skeptisch und düster blickender Mann, hält sich eher scheu im Hintergrund. Frau R. berichtet von körperlichen Beschwerden, Ängsten und Ekelgefühlen der Tochter, die erstmals im Alter von vier Jahren aufgetreten seien. Bereits damals hätten sie sich, auf Anraten des Kinderarztes, an eine Kinderpsychotherapeutin gewandt. Einige diagnostische Termine hätten die Symptomatik zwar gelindert, aber die Tochter habe dort nicht mehr hingehen wollen; jetzt sei alles noch viel schlimmer geworden. Sie sei extrem anhänglich und klammere sich weinend an die Mutter, wenn diese sie in die Vorschule bringe. Dadurch komme Frau R. häufig zu spät zur Arbeit, was sie extrem in Stress bringe. Die Angst habe sich inzwischen auch auf den Vater übertragen, er „dürfe“ seine Tochter abends nicht mehr ins Bett bringen. Es komme dann zu dramatischen Szenen. Lea steigere sich so hinein, dass sie sich übergebe und in die Hose mache. Sie erwecke dann den

Eindruck als ob sie panische Angst habe und sich bedroht fühle. Der Vater reagiere auf solche Szenen ungehalten und wütend und mache ihr (der Mutter) Vorwürfe, dass sie die Tochter verwöhne. Er halte die „Anfälle“ der Tochter für „hysterisches Getue“ und die Reaktion seiner Frau für zu weich. Bei ihm sei die Tochter eher bereit, Grenzen zu akzeptieren, allerdings gebe es auch zwischen Vater und Tochter Konfliktsituationen, die meist mit heftigem Geschrei auf beiden Seiten und gegenseitigen Beschimpfungen einhergingen.

Auf die Frage der Therapeutin nach Vorlieben, Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes, sind aber auch Übereinstimmungen zwischen den Eltern festzustellen. Beide beschreiben sie als kreatives, wissbegieriges, kluges und überaus sensibles Mädchen, das eine beliebte Spielkameradin bei den Gleichaltrigen sei. In emotionalen Situationen sei sie allerdings wie eine „Zeitbombe“, die jederzeit explodieren könne.

Die Therapeutin erlebt dieses Elternpaar als hochgradig belastet. Sie fühlt sich angespannt und geht innerlich auf Distanz in Anbetracht der heftigen Symptomatik, die vor allem im Bericht der Mutter wie ein Trommelfeuer auf sie niederprasselt. Der Vater bleibt skeptisch und zurückhaltend und es fällt ihr schwer, ihn emotional zu erreichen. Gleichzeitig sind die Not und die Angst zu spüren, dass sich die Symptomatik noch mehr verstärken und die Familie zerstören könne. Auf die Frage der Therapeutin, ob sich die Konflikte mit der Tochter auch auf die Paarbeziehung auswirkten, reagieren beide sehr nachdenklich und es ist deutlich zu spüren, dass sie motiviert sind, um ihre Beziehung und die Familie zu kämpfen.

Die vehemente Forderung von Frau R. nach einer Psychotherapie für die Tochter wird als erste Übertragungsreaktion verstanden, nämlich als Wunsch nach einem sicheren und haltenden Objekt, das sie in ihrer Rolle als Mutter einer sensiblen, klugen und temperamentvollen Tochter unterstützt. Als Spezifikum der psychoanalytischen Arbeit kommt dem Phänomen Übertragung in der Arbeit mit der kindlichen Patientin – aber auch ihren Eltern, von denen sie real und emotional abhängig ist – besondere Bedeutung zu. Übertragung umfasst: „Im weitesten Sinne alle Phänomene der subjektiven Bedeutungszuschreibung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen“ (Herold u. Weiß, 2008, S. 799) und wird hier verstanden als das Übertragen von Beziehungsmustern aus den primären Beziehungserfahrungen der Eltern auf die therapeutische Situation.

Im Kontakt mit Herrn R. sind neben Skepsis und Zurückhaltung eine ängstliche Vorsicht und ein deutliches Ressentiment spürbar, fast als sei ihm die therapeutische Situation etwas unheimlich. Vor dem Hintergrund der Lebens- und Familiengeschichten dieses Elternpaares – die sie später während der Erhebung der biografischen Anamnese erzählen – lassen sich diese ersten Eindrücke nachvollziehbar einordnen: Frau R. berichtet, dass ihre alkoholabhängige Mutter verstorben sei, als sie selbst erst zwölf Jahre alt war. Sie sei dann beim Vater und einer Stiefmutter aufgewachsen, welche sie wenig beachtet und nie akzeptiert habe. Herr R. bezeichnet seine Familie als „psychopathisch“. Die Oma sei psychotisch gewesen, der Opa habe sich erhängt und seine Mutter habe ihn als Kind vernachlässigt und allein gelassen. Bereits als Jugendlicher habe er den Kontakt zu ihr abgebrochen. Lediglich zu seinem Vater habe er den

Kontakt gehalten, dieser sei aber vor kurzem verstorben und wenige Wochen später seien die geschilderten Probleme bei der Tochter massiv aufgetreten.

Die Einstellungen der Eltern in Bezug auf eine Psychotherapie für die Tochter könnten nach den diagnostischen Gesprächen unterschiedlicher nicht sein: Die Mutter versteht die Symptome der Tochter als Ausdruck von Angst und innerer Not und wünscht dringend eine Kinderpsychotherapie. Der Vater hält die Auffälligkeiten für „hysterisches Getue“ und eine Psychotherapie für überflüssig. Nach einer Bedenkzeit von mehreren Wochen willigt er zumindest ein, dass die Therapeutin das Mädchen kennenlernt. Aufgrund der Trennungsproblematik in Bezug auf die Mutter wird verabredet, dass er die Tochter zum diesem ersten Termin bringt.

2.2 Erster Kontakt mit der Patientin

Lea kommt an der Hand ihres Vaters. Aufgrund der Vorinformation hatte die Therapeutin ein blasses, scheues, bockiges oder schüchternes Kind erwartet und sich auf eine komplizierte Trennungssituation eingestellt. Stattdessen steht sie einem „blonden Engel“ gegenüber, einem überaus hübschen Mädchen, das zwar blass aussieht und ängstlich wirkt, sie aber durchaus interessiert und erwartungsvoll ansieht. Lea verabschiedet sich im Wartezimmer von ihrem Vater und folgt der Therapeutin ins Behandlungszimmer; die befürchtete komplizierte Trennungssituation bleibt aus. Sie wendet sich spontan den Handpuppen zu, wobei sie besonders dem Polizisten und der Prinzessin ihre Aufmerksamkeit schenkt. Kurz darauf sitzen Patientin und Therapeutin, die Puppen betrachtend, auf dem Teppich und unterhalten sich über die Puppen. Es kommt aber kein Spiel zustande, sondern das Gespräch versandet. Es entsteht eine nachdenkliche Pause. Schließlich fragt die Therapeutin nach dem Grund ihres Kommens und Lea erzählt daraufhin von einem Klassenkameraden, der im Kindergarten ihr Freund gewesen sei, aber jetzt nur noch mit den Jungen spiele und sie immer ärgere. Das mache sie traurig, aber auch wütend. Dann berichtet sie von ihren nächtlichen Ängsten, von Drachen, Krokodilen und Schlangen die in ihrem Zimmer seien, weswegen sie dann nach der Mama rufe. Nur die Mama könne sie beruhigen, wenn sie Angst habe. Der Papa schimpfe dann mit ihr, weswegen sie die Mama auch ein bisschen lieber habe als den Papa.

Die Therapeutin fühlt sich aufgefordert, das Mädchen gegen den Vater in Schutz zu nehmen und zu verteidigen. Außerdem ist sie verblüfft über deren Offenheit und fragt sich, warum sie den Vater so negativ darstellt, obwohl sie sich doch offensichtlich gut mit ihm versteht. Sind die Träume Ausdruck unbewusster innerer Ängste und Konflikte, vielleicht eines ungelösten ödipalen Konflikts? Hat sie Angst vor der Rache der Mutter, wenn sie sich dem Vater emotional zuwendet? Aber warum die Rechthaberei, die Wutanfälle, die panikartige Angst und die Somatisierungsneigung? Möglicherweise verbergen sich hinter den vorgetragenen bewussten Problemen tiefgreifende Ängste und Beziehungskonflikte, die sich nicht so schnell aus dem Material erschließen lassen wie die vermutete ödipale Problematik.

Die Therapeutin ist einerseits fasziniert von diesem Mädchen und beginnt, um ihre Zuneigung zu werben, andererseits spürt sie auch Skepsis und Vorsicht in Erwartung einer Ablehnung oder eines Wutanfalls, wenn nicht alles nach ihren Vorstellungen läuft. Dennoch eröffnet sich ein Raum zum Nachdenken zwischen ihr und dem Mädchen – ein Spielraum – im Konzept Winnicotts ein „intermediärer Raum“, in dem es möglich ist gemeinsam über sich nachzudenken (Winnicott, 1971/1974). Dies wird als Hinweis auf die Indikation für eine psychodynamische Psychotherapie und als günstige Behandlungsvoraussetzung (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) gesehen.

2.3 Erste psychodynamische Überlegungen

Sowohl die Szene an der Eingangstür als auch das von Lea gezeigte Interesse an den Handpuppen, der Prinzessin und dem Polizisten, die aber nicht miteinander spielen, sondern sich lediglich interessiert betrachten, lässt vermuten, dass sich hinter der Trennungsangst in Bezug auf die Mutter ein abgewehrter Wunsch nach mehr Beziehung zu einer dritten Person, eventuell zum Vater, verbirgt. Die Patientin scheint aber unsicher zu sein, ob die Mutter dies tolerieren würde.

Die Enttäuschung über den gleichaltrigen Jungen, in den sie verliebt war und der jetzt nur noch mit Jungen spielt, deutet darauf hin, dass es sich um eine Enttäuschung durch ein männliches Objekt handelt, die ihr aber nicht bewusst ist. Möglicherweise handelt es sich um eine Enttäuschung am Vater, die auf den Jungen verschoben wird. Außerdem scheint sie sich in Zweierbeziehungen gut zurechtzufinden, während es schwierig wird, sobald ein Dritter, beispielsweise der Vater oder ein anderes Kind, dazu kommt. Insofern stellt sich die Frage nach ihrer Fähigkeit zur Triangulierung.

Die dualen Beziehungen haben eher symbiotischen Charakter und die Patientin ist (noch) nicht in der Lage, die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach unbegrenztem versorgt werden einerseits und nach Verselbständigung andererseits auszuhalten. In der Beziehung zur Mutter hält sie regressiv an einer exklusiven frühkindlichen Beziehung fest. Demnach hat sie die so genannte Wiederannäherungskrise, die eine Krise in der Beziehung zur Mutter ist, noch nicht überwunden (Rotmann, 1978; Mahler, Pine, Bergmann, 1980). Daraus lassen sich Defizite in Bezug auf die Fähigkeit zur Objekt Konstanz ableiten, das heißt, „die Fähigkeit eine konstante Vorstellung vom Liebes-Objekt über Trennungen und wechselnde affektive Stimmungslagen bzw. Interaktionssequenzen hinweg zu erhalten“ (Fischer, 2008, S. 526). Insofern ist die Bewältigung der ödipalen Situation, nach der das Mädchen eine intensive Beziehung zum Vater eingehen kann, ohne die Rache der Mutter zu befürchten, aufgrund ungelöster präö-dipaler Konflikte und Entwicklungsblockaden noch nicht möglich.

Ein unbewusster innerer Konflikt deutet sich dennoch an, nämlich zwischen dem Wunsch, sich aus der engen Beziehung zur Mutter zu lösen, und der Angst, diese dann zu verlieren. Solange Lea die Kontrolle behält, ist ihr das Objekt – hier die Mutter – sicher, alles andere würde für sie Unterwerfung bedeuten und sie wäre den Objekten und deren Willkür ausgeliefert.

2.4 Diagnostische Einordnung

Präsentiert werden somatische und psychische Symptome und Entwicklungsdefizite, die sowohl die Diagnose einer Angststörung als auch einer somatoformen Störung nahelegen. Im Vordergrund stehen allerdings die seit zwei Jahren bestehenden körperlichen Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen), für die es trotz mehrfacher Untersuchungen keinen organischen Befund gibt. In Bezug auf die psychische Entwicklung fallen ichstrukturelle Defizite wie eine mangelnde Differenzierungsfähigkeit in Bezug auf körperliches und emotionales Empfinden und Erleben auf, sowie die mangelnde Fähigkeit zur Objektkonstanz, auf die eine neurotische Konfliktproblematik aufsetzt. Insofern wird die Problematik eher als sonstige somatoforme Störung (F45.8) klassifiziert (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). In der Terminologie der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) ist ein Konflikt zwischen Unterwerfung versus Kontrolle im aktiven Modus (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003) festzustellen.

2.5 Indikation und Prognose

Aufgrund der vielfältigen und gravierenden Symptomatik, des Leidensdrucks, der inneren Konfliktproblematik und vor allem der emotionalen Ansprechbarkeit der Patientin und der Bereitschaft der Eltern – zumindest der Mutter – zu einem Arbeitsbündnis, sind die Voraussetzungen für eine analytische Kinderpsychotherapie gegeben (Bürgin, 1992). Erste Anzeichen von Übertragung und Gegenübertragung in Bezug auf einen gemeinsamen Dialog, der die Ressourcen nutzen aber auch die Entwicklungsblockaden kritisch beleuchten wird, sind spürbar. Die Patientin leidet unter der Problematik, ist ausreichend motiviert und ihrem Lebens- und Entwicklungsalter entsprechend ausreichend introspektionsfähig für eine analytische Psychotherapie. Sie verfügt sowohl über die Fähigkeit zur Symbolisierung als auch über ausreichende Ich-Fähigkeiten, konfrontative Interventionen aufnehmen und verarbeiten zu können.

Auch in Bezug auf die Eltern ist zu vermuten, dass sie nicht nur den äußeren Rahmen halten würden, sondern darüber hinaus bereit und in der Lage sind, sich mit belastenden Themen in der Familie, die sich auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken, auseinanderzusetzen. Inwieweit die begleitenden Gespräche mit den Eltern ausreichend sind, wird sich innerhalb des Behandlungsprozesses zeigen. Es ist damit zu rechnen, dass die Eltern, vor allem der Vater der Patientin, die therapeutische Arbeit mit Skepsis und äußerst ambivalenten Gefühlen beobachten werden.

Die Behandlung soll in einer Frequenz von zwei Stunden in der Woche mit regelmäßigen Elterngesprächen im Abstand von zwei bis drei Wochen durchgeführt werden. Die Prognose erscheint ausreichend günstig. Für den ersten Behandlungsabschnitt werden 70 Stunden für das Kind und 18 Stunden für die Eltern bewilligt, in einem späteren Antrag auf Fortführung der Behandlung weitere 50 Stunden für das Kind und 12 für die Gespräche mit den Eltern.

3 Der Behandlungsprozess

Der Verlauf einer analytischen Psychotherapie gliedert sich in mehrere Phasen, die je nach Alter der Patientin von ihrer Motivation, die Krankheit zu überwinden, der Bereitschaft die Interventionen der Therapeutin aufzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen und letztlich dem Zusammenspiel innerhalb der Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin abhängen. In der ersten Phase geht es in der Regel primär um die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung und die Installierung eines Arbeitsbündnisses mit dem Kind und seinen Eltern (Baumeister-Duru, Hofmann, Timmermann, Wulf, 2013).

Die mittlere Phase ist die Zeit des Durcharbeitens von ängstigen, peinlichen, schambesetzten, aggressiven oder auch libidinösen, abgespaltenen Affekten, welche die Entwicklung blockieren und die nun als so genannte negative Übertragung in der therapeutischen Beziehung wirksam werden. Diese Phase ist zentral für die Veränderung der inneren Objektwelt der Patienten – aber auch besonders anfällig für Therapieabbrüche. Sie erfordert von den Beteiligten (in Kindertherapien vor allem auch von den Eltern) – Durchhaltevermögen und Vertrauen in die gemeinsame Arbeit.

Der Beendigungs- und Abschiedsphase ist nach einem langen Behandlungsprozess und bevorzugt bei Patienten mit Trennungsängsten besondere Aufmerksamkeit zu widmen. In der Regel tauchen frühere, schon überwunden geglaubte Symptome wieder auf. Dies kann darauf hinweisen, dass unbewusste Strebungen den Abschied zu verhindern versuchen, um schmerzhaft Gefühle zu vermeiden. In der vorgestellten Behandlung kommt dem Abschiedsprozess aufgrund einer Erkrankung der Mutter der Patientin eine besondere Bedeutung zu.

3.1 „Will Mama mich loswerden?“ Unterwerfung versus Kontrolle, vorsichtiges Herantasten an eine neue Beziehung. Geht es nur zu zweit oder auch zu dritt?

Während der ersten Phase der Behandlung (1.-30. Stunde) stehen die Trennungsängste und die ambivalente Beziehung zur Mutter im Vordergrund. Die Reaktionen der Patientin scheinen zunächst völlig unberechenbar. Mal kommt sie fröhlich zur Stunde und die Trennung von der Mutter gestaltet sich problemlos, mal sitzt sie weinerlich und eng an die Mutter geschmiegt im Wartebereich, klagt über Bauchweh und Kopfschmerzen und eine Arbeit mit ihr allein ist unmöglich. Die Therapeutin fühlt sich ausgeschlossen aus dieser engen Zweierbeziehung, die ihr demonstriert wird. Sie erlebt aber auch die mächtige Position des Mädchens, das die Kontrolle über die Situation behalten will und „gegen den Rest der Welt“ kämpft. Wut, Verzweiflung und Ratlosigkeit machen sich breit.

Einmal schlägt die Therapeutin in einer solchen Situation vor, dass „die Mama mit ins Zimmer kommen“ könne, was die Patientin dankbar und erleichtert, die Mutter mit einer Mischung aus Neugier und Skepsis aufnimmt. Mutter, Tochter und die Therapeutin sitzen bald darauf zu dritt am Tisch im Behandlungszimmer und kneten klei-

ne Figuren. Die Mutter formt einen Schutzengel für ihre Tochter und kommentiert dies: „Der beschützt dich jetzt immer wenn ich nicht da bin.“ Auch die Tochter formt einen Schutzengel für die Mutter. Beide Engel werden am Schluss der Stunde auf der Fensterbank des Behandlungszimmers platziert. Lea erlebt diese Situation als beruhigend und ist erleichtert darüber, dass die Mutter integriert werden kann, obwohl es ja eigentlich ihre Stunde ist. Die Therapeutin fungiert dabei als triangulierendes Objekt, indem sie sich als Dritte in einem Beziehungsdreieck anbietet und dadurch der Patientin und der Mutter ermöglicht, die enge Zweierbeziehung zu öffnen, ohne sich trennen zu müssen.

Dieses behandlungstechnische Vorgehen kann kontrovers diskutiert werden. Die Therapeutin hat sich in diesem Fall, vor dem Hintergrund des Ausmaßes der Angst – die Ausdruck mangelnder Fähigkeit zur Objektkonstanz ist – und des jungen Alters der Patientin für dieses Vorgehen entschieden. Die Anwesenheit der realen Mutter in der Stunde erfordert allerdings eine besondere Fähigkeit zur Triangulierung (Bauers, 1993; Klitzing, 2005).

Die Trennung von der Mutter am Beginn der Therapiestunde entspannt sich im Folgenden deutlich. Erst jetzt wird es der Patientin möglich, über ihre Angst zu sprechen, nämlich die Befürchtung, die Mama könne nicht wiederkommen. Auch kann sie jetzt die Deutung der Therapeutin akzeptieren, die ihr sagt: „Vielleicht denkst du ja auch, dass deine Mama nicht wiederkommt, weil du böse warst?“. Lea reagiert erstaunt, nachdenklich und mit verschmitztem Lachen. „Ja“ sagt sie, „manchmal bin ich ziemlich blöd zu Mama“. Wir überlegen gemeinsam, was die Mama wohl machen könne wenn sie weggeht, ob sie froh ist Lea los zu sein oder ob sie noch an sie denkt, auch wenn sie nicht zusammen sind. Lea ist unsicher. Hanna Segal beschreibt den triangulären Raum zwischen Vater, Mutter und kindlicher Psyche als eine Grundbedingung aller Denk- und Symbolisierungsprozesse, in denen Getrenntheit anerkannt werden kann. Erst dann wird es möglich, das, was als äußeres Objekt abwesend ist, als inneres Objekt – und dadurch als Bedeutung – als dennoch anwesend zu erleben (Segal, 1991). Segal weist auch darauf hin, dass der Raum für Symbolbildung eingeschränkt bleibt, wenn das Konzept des Elternpaares zerstört oder missrepräsentiert ist. Für die Patientin war in dieser Situation die reale Erfahrung der Akzeptanz eines Dritten notwendig, bevor sie sich auf einer symbolisierten Ebene damit auseinander setzen konnte.

Zur nächsten Stunde kommt Lea weinerlich und gereizt. Die Mutter hatte ihr unterwegs gesagt, dass sie etwas besorgen wolle, während Lea bei der Therapie ist. Um die brisante Situation zu entschärfen, schlägt die Therapeutin vor, vom Fenster aus zu beobachten, wohin die Mama geht. Diesen Vorschlag nimmt Lea dankbar an und kann sich diesmal trennen.

In einer der folgenden Stunden stellt sie im Puppenhaus „ein verrücktes Haus“ dar: Die Erwachsenen haben nichts zu sagen, da die Kinder regieren. Alles verläuft chaotisch, es gibt keine klaren Strukturen; nicht nur die Möbel purzeln durcheinander, auch die Personen machen unerklärliche verrückte Dinge. Was zuerst lustig wirkt, wird bitterer Ernst, als eine Person aus dem Fenster stürzt. Die Therapeutin versucht

zu klifizieren, indem sie sagt: „Vielleicht weißt du auch manchmal nicht mehr was normal oder verrückt ist, wenn es mit Papa oder Mama zum Streit kommt und die Eltern sich dann auch noch wegen dir streiten.“ „Ja ...“ sagt sie nachdenklich „... und du hilfst mir beim Aufräumen.“ Lea stellt hier ihre innere, chaotische Situation symbolisiert im Spiel dar und bezieht die Intervention der Therapeutin einerseits auf die Spielsituation – sie beginnt tatsächlich aufzuräumen – aber auch auf ihre innere Situation, indem die Therapeutin ihr hilft, die „verrückten“ Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und Worte dafür zu finden.

Von Leas Mutter hat die Therapeutin inzwischen erfahren, dass die Situation zu Hause manchmal so eskaliert, dass sie weinend zusammenbricht. Wenn ihr Mann zunächst mit der Tochter Späße mache, die Stimmung dann aber kippe und schließlich in einem heftigen Streit ende, in dem nicht mehr zu unterscheiden sei, wer der Erwachsene und wer das Kind ist, gerate die Struktur in der Familie aus den Fugen. Keiner von beiden sei dann in der Lage, das Nein des jeweils anderen zu akzeptieren. Sie selbst sei dann völlig verzweifelt, weil sie das Drama kommen sehe, es aber nicht verhindern könne. Vor dem Hintergrund der Lebens- und Beziehungsgeschichte des Vaters ist anzunehmen, dass er in seiner Herkunftsfamilie keine ausreichend liebevollen und gleichzeitig begrenzenden Beziehungserfahrungen machen konnte, die ihm als Modell dienen. Zwar grenzt er sich real von seiner Mutter ab, ist aber vermutlich über unbewusste Identifizierungen doch mit ihr verbunden. Dies bewirkt, dass er in emotionalen Stresssituationen die Erfahrungen mit seinen Eltern wiederholt beziehungsweise wieder in die Rolle des Jungen schlüpft, der er damals gewesen ist (Timmermann, 2011). Die Mutter reagiert hilflos – vermutlich ebenfalls vor der Hintergrundfolie ihrer Familiengeschichte mit einer alkoholabhängigen Mutter und einem Vater, der nicht in der Lage war, das Drama aufzuhalten.

Ein anderes Thema in dieser ersten Behandlungsphase ist der Konflikt der Patientin zwischen dem Wunsch nach Geborgenheit und dem Wunsch, etwas Aufregendes zu erleben. In einer Stunde, die von einem vorhergehenden Wutanfall im Kindergarten mit heftigem Weinen und Erbrechen überschattet war, trifft die Therapeutin die Patientin und ihre Mutter fröhlich und Türme bauend im Wartezimmer an. Die Trennung von der Mutter gelingt ohne Probleme und Lea steuert, im Behandlungszimmer angekommen, zielstrebig auf das Puppenhaus zu. Dort legt sie ein Baby in die Wiege, deckt es liebevoll zu und setzt mehrere Erwachsene und Kinder um einen Tisch mit Essen und Getränken. Die ganze Szene wirkt harmonisch und strahlt Geborgenheit aus. Währenddessen erzählt sie, dass sie heute noch zu einem Stadtfest gehen und dort in der „Wilden Maus“, einem aufregenden Karussell, fahren will. Hier zeigt sich die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach etwas Eigenem, Aufregendem und der Angst, dann die Geborgenheit der Familie zu verlieren. Die Therapeutin konfrontiert sie mit dem Satz: „Aha, du willst beides, ein gemütliches Zuhause haben und etwas Aufregendes erleben.“ Lea entspannt sich und antwortet: „Ja, nur meine Mama hat dann immer Angst, aber ich finde es trotzdem toll!“ Hier nimmt sie erstmals eine Unterscheidung vor zwischen ihrer eigenen Angst und der Angst der Mutter sowie

der Lust, ihre Grenzen zu testen und etwas Abenteuerliches zu erleben. Sie kann inzwischen die ambivalenten Gefühle dieser Angst-Lust erleben und aushalten.

Bezug nehmend auf A. Freud (1968) beschreibt Bauers, dass in der Kinderanalyse zwei polarisierende Bestrebungen des Kindes wirksam werden: Der Erlebnishunger (Progression) und der Wiederholungszwang (Regression). Für den Kinderanalytiker sei es eine schwierige Aufgabe, sich zwischen diesen beiden entgegengesetzten Strebungen zurechtzufinden und behandlungstechnisch angemessen zu reagieren. Der Behandelnde sei „für das Kind sowohl eine neue, eventuell sogar interessante Person, als auch ein Übertragungsobjekt, mit dem es alte Konflikte und Beziehungserfahrungen im Sinne des Wiederholungszwangs (re-)inszeniert.“ Um weder die Übertragung zu stören noch das Kind zu enttäuschen sei es wichtig, dass der Therapeut erkennt, um was es sich jeweils handelt (Bauers, 1994, S. 85).

Der Wunsch sich abzugrenzen und etwas Eigenes zu wagen, markiert etwa ab der 31. Stunde den Beginn einer neuen Qualität in der therapeutischen Beziehung, nämlich Anzeichen negativer Übertragung. Lea wird keck und probiert aus, wie die Therapeutin reagiert, wenn sie nicht brav und vorsichtig ist, sondern sie zu Kampf- und Bewegungsspielen herausfordert und provozierend sagt: „Los, spiel jetzt, oder bist du ‘ne Oma ...?“

3.2 „Der Glanz im Auge der Therapeutin“. Die Beziehung stabilisiert sich, ist aber noch unsicher

Zunehmend erprobt Lea nun, was in der therapeutischen Beziehung möglich ist. Zunächst zeigt sie, was sie alles kann: zum Beispiel jonglieren, tanzen, malen, schreiben, rechnen etc. Sie möchte der Therapeutin gefallen, und diese ist tatsächlich immer wieder beeindruckt von den intellektuellen und künstlerischen Fähigkeiten und der blühenden Phantasie ihrer Patientin. Nachdem im ersten Abschnitt der Behandlung eher das Gefühl dominierte „auf einem Pulverfass zu sitzen, das jederzeit explodieren kann“, entwickeln sich die Stunden nun zu einem harmonisch-vertrauten sowie spielerisch-kämpferischen Miteinander. Zunehmend kommen, zunächst in der Gegenübertragung spürbar, libidinöse Seiten in die Beziehung. Lea strahlt die Therapeutin an, möchte ihr gefallen und mit ihr scherzen und tanzen, und es entwickelt sich eine neue Beziehungsqualität mit erotischen Zügen.

Diese Qualität des Beziehungsangebots wird von der Therapeutin als Vaterübertragung interpretiert. Immer wieder testet Lea, inwieweit die Mutter es ertragen kann, wenn sie mit der Therapeutin eine innigere Beziehung eingeht, und selbst bei kleinen Irritationen treten die alten Ängste und Symptome wieder auf. Es ist ein mühsamer Prozess des Durcharbeitens. Immer wieder gilt es, Situationen, Gefühle und Reaktionen zu verstehen, die längst bearbeitet zu sein schienen. Hier zeigen sich der Wiederholungszwang und die Schwierigkeit, sich von vertrauten Reaktionen zu verabschieden, auch wenn sie leidvoll und schmerzlich sind wie zum Beispiel die Abschiedsszenen mit der Mutter oder die Auseinandersetzungen mit dem Vater. Die Frage der Therapeutin an Lea, ob sie denke, dass es für die Mama in Ordnung sei, wenn sie so viel Spaß miteinander hätten, stimmt

sie nachdenklich und gelegentlich besteht sie darauf, der Mutter ein Bild zu malen und sie damit zu beschwichtigen – und vielleicht auch, um sich vor ihrer Rache zu schützen.

3.3 „Papa ist der Größte“. Konfliktverschiebung zum ödipalen Konflikt. Die Symptomatik verschwindet, die Eltern sind irritiert, aber auch entlastet

In einer der folgenden Stunden inszeniert Lea die ödipale Situation im Spiel. Sie bringt mehrere kleine Tierfiguren mit, die sie der Therapeutin zuerst erklärt. Dann geht es darum, ob die Tiere sich mögen und was sie miteinander tun können. Schließlich nimmt sie zwei Katzen und lässt sie sich küssen. Dann sieht sie die Therapeutin verschwörerisch und strahlend an und sagt: „Das hab’ ich heute auch gemacht – mit Papa!“ Später erzählt sie, dass sie sich mit Papa jetzt viel besser verstehe als früher und dass sie nicht mehr soviel Angst habe, wenn die Mama weggehe.

In einem Elterngespräch mit der Mutter thematisiert diese dann ihre Irritation über das veränderte Verhalten der Tochter ihrem Mann gegenüber. Eigentlich habe sie sich ja immer gewünscht, dass die beiden sich besser verstehen, aber nun entdecke sie bei sich Gefühle von Eifersucht und die Befürchtung, die Tochter könne „schon in die Pubertät“ kommen. Jetzt ist es möglich, den inneren Veränderungsprozess mit ihr zu reflektieren und ihr zu erklären, dass bei Lea nun Gefühle erlebbar werden, die bisher hinter Ängsten, skurrilen Verhaltensweisen, Wutanfällen sowie Somatisierungen versteckt waren, beziehungsweise aus Angst vor Zurückweisung und Bestrafung abgewehrt werden mussten.

Der Mut und die Fähigkeit der Mutter, dieses schambesetzte Thema zu problematisieren, könnte auch zur Entspannung in Bezug auf die Angst der Tochter beigetragen haben. Sie berichtet, dass die Tochter inzwischen keine „Marotten und Ängste“ mehr habe, allerdings den „ungebremsten Wunsch, ihren Willen durchzusetzen“. Sie habe früher nie ein so genanntes „Trotzalter“ gehabt, sondern sei immer auffallend brav gewesen und habe sich von anderen Kindern vieles gefallen lassen. Nun wehre sie sich auch gegenüber den Kindern, was sie gelegentlich aber übertreibe und dann gemein werde.

3.4 „Ich glaube ich brauch’ dich nicht mehr.“ Erste Gedanken an Abschied

Lea kommt, nach mehr als einem Jahr Therapie, ausgeglichen und fröhlich aus den Sommerferien zurück. Sie erzählt in den Stunden von ihren Erlebnissen mit Freundinnen, ihren Haustieren oder der Schule, wo sie zur Klassensprecherin gewählt wurde. Sie malt bunte Bilder oder denkt sich gemeinsam mit der Therapeutin Phantasiespiele aus. Der Prozess ist in ein ruhiges Fahrwasser gekommen, so dass die Therapeutin erstmals an Abschied denkt. Noch bevor sie dies aussprechen kann, überrascht Lea sie mit der Äußerung: „Weißt du was? Ich glaube ich brauch’ dich nicht mehr. Ich komm’ jetzt allein zurecht und ich möchte nachmittags zum Sport gehen“. Beide sprechen über die bevorstehenden Veränderungen und wie es ohne die regelmäßigen Stunden sein könnte. Die Stimmung ist nachdenklich und ein bisschen traurig, aber auch voller Hoffnung im Hinblick auf die Zeit danach.

Lea hat die ödipale Phase überwunden und ist in die Entwicklungsphase der Latenz eingetreten. Sie kann nun ihre Triebimpulse besser kontrollieren und ist somit nicht mehr so ausgeliefert. Der Konflikt hat sich aufgelöst und durch die Sublimierung der ödipalen Wünsche wird das Ich gestärkt und sie erwirbt die Fähigkeit zu neuen Befriedigungsmöglichkeiten. Die Objektkonstanz hat sich stabilisiert, die Trennung von den Eltern wird einfacher, sie kann sich entspannter den Gleichaltrigen zuwenden und sich außerhalb der Familie orientieren. Dennoch bleiben die realen Eltern existenziell wichtig und das Bemühen um Übereinstimmung mit ihnen steht im Vordergrund.

3.5 „Ich brauch’ dich doch noch.“ Krise durch eine schwere Erkrankung der Mutter und Rückkehr der Symptomatik

Wenige Wochen später ruft Frau R. verzweifelt an. Lea sei wieder in alte Verhaltensweisen zurückgefallen: sie sei gereizt, habe diverse körperliche Beschwerden, könne nicht allein bleiben und sei weinerlich und anhänglich. Erst auf genaueres Nachfragen berichtet Frau R., dass sie selbst an einer Herzmuskelentzündung erkrankt sei und große Angst habe, da sie nicht wisse, wie bedrohlich die Krankheit sei. Sie habe bereits mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich. Sie und ihr Mann hätten versucht, die Ungewissheit und Sorge vor der Tochter zu verbergen, da sie Lea nicht damit belasten wollten. Im Gespräch ist es schnell möglich, einen Zusammenhang zwischen der Krankheit der Mutter und dem „Rückfall“ der Tochter sowie der Wiederkehr der früheren Symptome herzustellen. Dennoch reagiert die Therapeutin erschrocken über die mangelnde Fähigkeit der Eltern, selbst diesen Zusammenhang herzustellen. Offenbar sind die frühen traumatischen Erfahrungen und der daraus abgeleitete Anspruch an sich selbst, in solch schwieriger Situation die Gefühle verbergen zu müssen, noch nicht ausreichend verstanden und bearbeitet. Möglicherweise sind hier die Grenzen der Elternarbeit erreicht. Trotz der regelmäßigen Gespräche, in denen die Beziehungen innerhalb der Familie mit Fokussierung auf die Beziehung zum Kind im Zentrum standen, können die Eltern die neu gewonnenen Fähigkeiten in Bezug auf die Elternrolle in dieser Extremsituation nicht anwenden. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den Folgen eigener Traumatisierungen, innerer Konflikte und emotionaler Blockaden ist möglicherweise nur in einer eigenen Psychotherapie zu bewältigen.

Lea sitzt in der folgenden Therapiestunde mit ernster Miene am Tisch und malt. Nach einer längeren Schweigephase sagt sie in die Stille hinein: „Ich brauch dich doch noch.“ Sie erzählt dann von ihrer Angst um die Mama und ihrer Befürchtung, dass sie aus dem Krankenhaus nicht wiederkommen könne (eine Bettnachbarin der Mutter war tatsächlich gestorben). Papa spiele zwar mit ihr und versuche sie abzulenken, aber eigentlich wolle sie bei der Mama im Krankenhaus sein.

Die Eltern berichten, dass es ihnen und Lea besser gehe, seit sie sowohl miteinander als auch mit der Tochter offener über die Krankheit sprechen. Sie würden nun gemeinsam überlegen, wie sie die Tage im Krankenhaus gestalten könnten, und seien zu dem Ergebnis gekommen, dass Lea die Mutter beim nächsten Aufenthalt täglich besuchen dürfe, was beide beruhigt und die Symptomatik wieder zum Verschwinden bringt.



Abbildung 1: Lea, 8 Jahre

Die Abschiedsphase hat sich durch die Krankheit der Mutter hinausgezögert, aber es ist deutlich, dass die Bearbeitung der inneren Konfliktproblematik vorbei ist. Dies zeigt sich sowohl in der Arbeit mit Lea als auch in den Gesprächen mit den Eltern. In den Stunden mit Lea hat sich die Atmosphäre verändert. Die in der Anfangsphase angespannt-ängstliche und in der mittleren Phase erotisch aufgeheizte Stimmung ist einer ruhigen Arbeitsatmosphäre gewichen, in der sowohl Gespräche über ernste

und alltägliche Themen möglich sind als auch Platz ist miteinander Spaß zu haben, zu spielen und/oder sich lustige Geschichten auszudenken. Das Thema Vater-Mutter-Kind beschäftigt sie immer wieder und sie malt dazu ein Bild, das ein verliebtes Paar abbildet mit einem Baby im Hintergrund (s. Abb. 1). Es bleibt unklar, ob sie sich ihre Eltern dabei vorstellt oder ob es sich um eine Zukunftsvision für sie selbst handelt.

4 Fazit

Nach zwei Jahren und 120 Behandlungsstunden mit dem Kind sowie 18 Elterngesprächen kann die Therapie erfolgreich beendet werden: Die Symptomatik ist weitgehend verschwunden; Die Patientin nässt schon lange nicht mehr ein, sie leidet nicht mehr unter Ekelgefühlen, die Trennungsängste in Bezug auf die Mutter sind nicht mehr relevant, auch die Wutanfälle sind verschwunden; sie selbst erinnert sich nicht mehr daran, diese jemals gehabt zu haben. Sie hat Spielkameraden und Freundinnen, treibt Sport und ist gut in die Klasse integriert. Allenfalls reagiert sie hin und wieder noch mit Bauchweh und anhänglichem Verhalten in Stresssituationen. Die Beziehung der Eltern hat sich entspannt und alle können nun das Zusammensein zu dritt genießen.

In der Behandlung des Kindes war es, vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen Beziehung und eines dem Alter des Mädchens angemessenen stabilen Arbeitsbündnisses möglich, die den Entwicklungsprozess blockierenden Ängste wahrzunehmen, zu verstehen und die dazu gehörenden Gefühle zu akzeptieren und zu integrieren.

Die grundsätzlich sehr verlässliche Zusammenarbeit mit den Eltern, besonders der Mutter, stieß an Grenzen, als durch ihre Erkrankung eine existenzielle Krise in der Familie auftrat, die Ängste und Abwehrmechanismen – vor dem Hintergrund eigener nicht bewältigter traumatischer Erfahrungen – bei den Eltern mobilisierte. Sie ließen sich in Bezug auf die Beziehung zur Tochter thematisieren und bearbeiten. Für tiefgreifende Ängste, die aufgrund einer Krisensituation (die aus Gründen des Datenschutzes hier nicht dargestellt wird) beim Vater ausgelöst wurden, suchte er sich an anderer Stelle therapeutische Unterstützung.

Literatur

- Ahlheim, R. (2007). Die begleitende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Bezugspersonen. In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 253-269). München: CIP-Medien.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Manual* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.

- Bauers, B. (1993). Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 124-131.
- Bauers, W. (1994). Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, 84-89.
- Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H., Wulf, A. (2013). *Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angst und Depression*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Bürgin, D. (1992). Zur Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse*, 1, 22-47.
- Fischer, G. (2008). Objektkonstanz. In W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Herold, R., Weiß, H. (2008). Übertragung. In W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Klitzing, K. v. (2005). Rivalen oder Bündnispartner? Die Rolle der Eltern bei der analytischen Arbeit mit Kindern. *Kinderanalyse*, 13, 113-122.
- Körner, J. (1989). Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! *Forum der Psychoanalyse*, 5, 209-223.
- Laimböck, A. (2011). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Mahler, M., Pine, S., Bergmann, A. (1980). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Raue, J. (2007). Theorie und Praxis der psychoanalytischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung des szenischen Verstehens. In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 143-158). München: CIP-Medien.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Rotmann, M. (1978). Über die Bedeutung des Vaters in der Wiederannäherungsphase. *Psyche*, 32, 1005-1047.
- Segal, H. (1991). *Traum, Phantasie und Kunst*. Stuttgart: Klett Cotta 1996.
- Simon, B. F., Stierlin, H. (1994). *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular* (S. 366). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Timmermann, H. (2011). *Eltern psychisch kranker Kinder. Mehrgenerationale Fallrekonstruktionen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Winnicott, D. W. (1971/1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzanschrift: Dr. Helene Timmermann, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Sophienallee 24, 20257 Hamburg;
E-Mail: helenetimmermann@t-online.de