

Borowski, Dietmar

Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 1, S. 49-58

urn:nbn:de:bsz-psydok-43476

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Original Articles

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

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

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

Übersichtsarbeiten / Review Articles

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

| | |
|--|-----|
| Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children) | 357 |
| Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy) | 12 |
| Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results) | 766 |
| Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report from 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.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehr</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 Gooor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>) | 69 |
| Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>) | 512 |
| Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>) | 575 |
| Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>) | 127 |
| Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>) | 572 |
| Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>) | 576 |
| Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>) | 128 |
| Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>) | 739 |
| Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>) | 738 |
| Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>) | 578 |
| von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>) | 509 |

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

Neuere Testverfahren

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

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

Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters

Dietmar Borowski

Summary

Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer

Depth psychologically founded or analytically psychotherapy with children and adolescents is not only a question of the respective "Fachkunde", a variable referring to the therapist and his training. Aspects of differential indication and effective factors pertaining to psychoanalytic techniques must also be taken into consideration. There are different techniques which should be conceptualized as a continuum. The effective factors vary in their impact. It seems problematic to distinguish between single discrete techniques. Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents is a technique characterized by a limited goal which can be formulated in a "focus". Special emphasis has to be laid on the environment and the present state of development. First findings from a workshop on focal psychotherapy with children and adolescents at the Psychoanalytischen Institut Bremen, are discussed by case illustration.

Zusammenfassung

Tiefenpsychologisch-fundierte oder analytische Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur eine Frage der entsprechenden Fachkunde, eine Therapeutenvariable. Sie muß sich auch an Überlegungen zur Differentialindikation und möglichen Wirkfaktoren innerhalb psychoanalytisch begründeter Verfahren orientieren. Die verschiedenen Anwendungsformen sind als ein Kontinuum zu sehen. Die Wirkfaktoren sind dabei in unterschiedlicher Gewichtung von Bedeutung. Ein eigenständiges Verfahren abzugrenzen, bleibt inhaltlich problematisch. Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist eine Anwendungsformen mit begrenztem Behandlungsziel, formuliert in einem Fokus. Sie berücksichtigt besonders das Lebensumfeld und die aktuelle Entwicklung. Erfahrungen in der Arbeitsgruppe „Kurztherapie bei Kindern und Jugendlichen“ am Psychoanalytischen Institut Bremen werden an Hand von Fallbeispielen dargestellt.

1 Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter – eine Therapeutenvariable

Der Gutachter ist den Vorgaben der Psychotherapierichtlinien und der Interpretationsweise dieser Richtlinien, wie sie sich im Laufe der Zeit ändert, verpflichtet. Seine Sichtweise ist auch von seiner persönlichen therapeutischen Haltung mitbestimmt und der Therapeut versucht dem Gutachter sein Verstehen einer bestimmten Therapie mit einem bestimmten Patienten plausibel zu machen. So nimmt der Gutachter erst Stellung, nachdem der Therapeut für sich die Frage „tiefenpsychologisch-fundierte „oder „analytische Psychotherapie“ entschieden hat.

Bis vor etwa 20 Jahren beantragte der analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der sich zuvor noch „Psychagoge“ nannte, in der Regel tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie.

Was machte eine Behandlung damals zur tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie? Der von Hug-Hellmuth (1921) angenommene erzieherische Einfluß über die Kinderanalyse, der mit psychoanalytischen Verfahren unvereinbar ist (Klein 1947)? Das Fehlen ausgeprägter Übertragungsneurosen in Kindertherapien? Der Ausbildungsgang des ehemaligen Psychagogen, der für die Qualifikation eines analytischen Verfahrens nicht ausreichend sei?

In den letzten 20 Jahren gingen Therapeuten und Gutachter zunehmend davon aus, daß Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen analytische Psychotherapie ist. Bis Ende 1999 wurden 75% aller Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien als analytische Psychotherapie beantragt und in der Regel so in der Stellungnahme des Gutachters befürwortet, auch wenn bei mehr als 40% die Behandlung im Zeitraum der ersten 70/90 Behandlungsstunden abgeschlossen wurde.

Worin lagen jetzt die Argumente, daß diese Behandlung analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist? Waren es Verschiebungen im Bewußtsein, was Psychoanalyse heute ist? War es die Betonung des Unbewußten im Hier-und-Jetzt? Haben die Überlegungen über das „Mikroagieren“ in der Erwachsenentherapie die Tatsache, daß Kinder ihre Einfälle in Handlungen mitteilen, aufgewertet? Lag das Argument in der Gleichstellung der Ausbildung zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der Ausbildung zum analytischen Erwachsenen-Psychotherapeuten?

Man nahm an, daß ein Psychotherapeut, der keine analytische Haltung erlernt habe, „nur“ für tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie qualifiziert sei. Während der Therapeut, der eine analytische Haltung in seiner Ausbildung erfahren habe, Psychoanalyse mache, entsprechend Sandler (1985), der Psychoanalyse als das bezeichnet, was ein Psychoanalytiker tut. Damit würde die Frage „analytische“ oder „tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie“ zu einer Therapeutenvariable.

Bis Ende 1998 gab es im wesentlichen nur analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Fachkunde „tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie“ im Kindes- und Jugendalter gab es bis dahin nicht. Hierin unterschied sich in der bisherigen Geschichte der deutschen Psychotherapie die Kindertherapie we-

sentlich von der Erwachsenentherapie. Es war bisher weder notwendig noch sinnvoll, eine scharfe Trennlinie zwischen analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie zu suchen.

Entsprechend dem Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien (Faber u. Haarstrick 1996), lassen sich beide Anwendungsformen in der Kindertherapie, sowohl analytischer und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie, nicht exakt begründet unterscheiden. Sie sind Teil eines Kontinuums psychoanalytischer Standardverfahren: analytische Psychotherapie – tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie – stützende Psychotherapie.

Die Trennung von Psychoanalyse und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie als scheinbar wissenschaftlich eigenständig abgrenzbare Verfahren ist nicht plausibel. Eine solche Unterscheidung orientiert sich an berufspolitischen Gegebenheiten, die fachliche Befähigung an bestimmte Ausbildungsgänge gebunden haben.

2 Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien

Beide Begriffe, sowohl der Begriff „tiefenpsychologisch-fundierte“ wie der Begriff „analytische Psychotherapie“ sind nicht international gebräuchlich, sondern finden im wesentlichen ihren begrifflichen Ursprung im Kassenrecht, wie es in der Bundesrepublik Deutschland organisiert wird (Hoffmann 2000).

Die Psychotherapie-Richtlinien skizziert die analytische Psychotherapie als Behandlung der neurotischen Struktur mit dem Mittel der Übertragungs-/Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse. Die tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie betont die Begrenzung des Behandlungsziels auf ein konfliktzentriertes Vorgehen, unter Einschränkung regressiver Prozesse, aber Beachtung von Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand (Psychotherapie-Richtlinien B I 1.1).

In einem Arbeitspapier zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch-fundierter und analytischer Psychotherapie (Rüger 2000) wird ausgeführt, daß diese Begrenzung ein konfliktzentriertes Vorgehen, formuliert in einem Fokus, bedeutet. Das Behandlungsziel ist nicht eine Veränderung der neurotischen Struktur, sondern der aktuelle wirksame neurotische Konflikt. Der neurotische Konflikt, der das bis dahin kompensierte innere Gleichgewicht des Patienten so labilisiert hatte, daß es zur Symptombildung kam. Es soll mit Hilfe der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie Einsicht in die momentane zwischenmenschliche Konfliktkonstellation gefunden werden.

3 Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie – die Frage nach den Wirkfaktoren

Mertens (1990) stellt die verschiedenen Wirkfaktoren in den psychoanalytischen Anwendungsformen vor:

- Empathie und Holding als grundlegende Voraussetzungen für eine Behandlungsbeziehung, die dem Patienten eine affektiv-anschauliche Erfahrung ermöglicht.
- Den Umgang mit der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse, der Deutung und der technischen Neutralität, der zu einer Verinnerlichung der erfahrenen, interaktiven Beziehungssituation und damit zur strukturellen Veränderung in der analytischen Psychotherapie führt.
- Die Übertragungsgratifikation als stützender Wirkfaktor.

Die Übertragungsgratifikation sei für alle psychoanalytischen Verfahren von Bedeutung (Wallerstein 1990). Der Patient würde dem „Therapeuten zuliebe“ sein Verhalten in der Lebensführung verändern und Symptome aufgeben. Blicke diese Übertragungsbindung unanalysiert, sei eine bleibende Veränderung nur zu erreichen, wenn diese unaufgelöste Übertragung mit seinen kontinuierlichen Übertragungsgratifikationen auf eine andere Person im alltäglichen Leben übertragen wird. Darauf soll im Zusammenhang mit der Elternarbeit noch einmal zurückgekommen werden.

Worin bestehen die Möglichkeiten der affektiven Einsicht in die momentanen zwischenmenschlichen Konfliktkonstellationen für den Patienten in der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, wenn wir die Übertragung und Gegenübertragung beachten, aber auf deren Entfaltung im wesentlichen verzichten?

Diese Überlegungen beziehen sich auf Fragen,

- wie eine Übertragungsbindung analysiert werden muß, an die z.B. eine Übertragungsgratifikation verknüpft ist;
- wie angebotene Übertragungen, unter besonderer Reflexion auf das Gegenwertsunbewußte (Sandler u. Sandler 1985), auf den aktuellen zwischenmenschlichen Konflikt und auf den gewählten Behandlungsfokus genutzt werden sollen;
- wie Nebenübertragungen, ebenfalls in bezug auf das Gegenwertsunbewußte, auf den aktuellen zwischenmenschlichen Konflikt und auf den gewählten Behandlungsfokus die affektive Einsicht fördern können;
- wie die vom Patienten angebotenen regressiven Bewegungen beantwortet werden, um den regressiven Prozeß einzuschränken?

In der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie wird sich die affektive Einsicht immer auch an der Klärung der Übertragung und der Nebenübertragungen orientieren.

Weitere bedeutsame Wirkfaktoren in der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie sind die Empathie, das Holding und die Übertragungsgratifikation. Die empathische Wahrnehmung des Patienten kann die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung stärken. Das Verstandenwerden und der verlässliche Halt stabilisiert sein narzißisches Gleichgewicht und erleichtert den Umgang mit Affekten und Über-Ich-Vorstellungen. Die Übertragungsgratifikationen helfen dem Patienten, sein inneres psychisches Gleichgewicht wiederzufinden.

Durch frühe Übertragungsdeutung wird das Ich in seiner Realitätsprüfung gestärkt, Übertragung werden zurückgenommen, so daß eine progressive Bewegung entsteht. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die den regressiven Prozesse und damit

die Ausformung der verschiedenen Facetten des jeweiligen Übertragungserleben fördert und erst dann deutet, was mehr Zeit braucht und schließlich zur strukturellen Veränderung führt.

Die Begrenzung des Behandlungsziels auf ein konfliktzentriertes Vorgehen, formuliert in einem Fokus, wie auch die Begrenzung des zeitlichen Rahmens, sind in diesem Zusammenhang entscheidende Parameter, die in der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie einzuhalten sind. Der Fokalsatz übernimmt dann in der Behandlung orientierungsgebende Funktion (Klüwer 2000). Die Begrenzung des zeitlichen Rahmens rückt von Anfang an das Thema „Trennung“ in das Bewußtsein. In der Behandlung mit Kindern sind dazu noch wenige Erfahrungen veröffentlicht.

4 Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter – eine Patientenvariable

Es lohnt sich zu fragen, unter welchen Bedingungen, bei welchen Prozeßverläufen Behandlungen mit Kindern noch im Rahmen des ersten Bewilligungsschrittes abgeschlossen werden konnten. Sicher wurde das labilisierte innere Gleichgewicht des Patienten, das aufgrund eines aktuellen Ereignisses zur Symptombildung führte, durch die Behandlung wieder stabilisiert. Die dargestellten Überlegungen zu Wirkfaktoren in der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie dürften hier zutreffen. Es ist wahrscheinlich, daß bei kürzeren Behandlungsverläufen ein erreichter Erfolg von der Arbeit mit den Eltern abhängt und auch, ob die Eltern dann ihren Kindern die altersgerecht notwendige narzißtische Gratifikation geben konnten, damit das Kind, das, was es dem Therapeuten zuliebe getan hat, in Zukunft für die Eltern tut.

Mehr als in der Behandlung Erwachsener wird der Behandlungsprozeß in der Kindertherapie von Veränderungen im Lebensumfeld bestimmt. Am Arbeitsbündnis ist nicht nur der Therapeut mit seinen Vorstellungen zu Behandlungszielen und der Patient mit seinem Leidensdruck beteiligt, sondern auch die Eltern. Diese nehmen wahr, daß das Kind jetzt gut genug mit seiner Welt zurechtkommt. Sie entscheiden sich für ein begrenztes Behandlungsziel. Oft folgt das Kind in der Behandlung der Entscheidung seiner Eltern.

Im Kindesalter ist also die Frage eines begrenzten Behandlungsziels meist nicht eine Entscheidung von Anfang an mit entsprechenden Überlegungen zur Behandlungstechnik, sondern oft eine Entscheidung des Patienten im Kontext zu seinem Lebensumfeld, auf die sich der Therapeut dann einstellt. Es ist dennoch notwendig im Rückblick auf diese Behandlungsverläufe mit Kindern und Jugendlichen Überlegungen anzustellen was wie erreicht wurde.

Schwieriger ist es, Kriterien zu finden, bei welchen Kindern ein begrenztes Behandlungsziel verbunden mit einer Fokusbildung von Anfang an sinnvoll ist. Obwohl es sinnvoll erscheint, ein begrenztes Behandlungsziel mit tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie zu verbinden. Hier bieten sich Überlegungen zu Vorstellungen in einem zeitlich veränderten Setting und verändertem Schwerpunkt, der Fokussierung

in der Fokaltherapie, an. Gemeint ist, daß das Verstehen in der Fokaltherapie wesentlich von der analytischen Haltung (technische Neutralität, Verständnis der unbewußten Szenen, Beachtung und Bearbeitung der Übertragung) bestimmt bleibt.

Im folgenden sollen Erfahrungen dargestellt werden, die in der Arbeitsgruppe zur Kurztherapie bei Kindern und Jugendlichen am Psychoanalytischen Institut Bremen gewonnen wurden (Borowski et al. 2001). Es entstand der Eindruck, daß in einer Kurztherapie im Kindesalter ein ausreichender Behandlungserfolg mit 30-50 Stunden erreichbar ist, wenn

- bei einer bisher relativ stabil verlaufenden Entwicklung ein traumatisierendes Lebensereignis die aktuelle Entwicklungssituation des Ichs irritiert und das Lebensereignis neurotisch fehlgedeutet wird;
- das Kind Index-Patient ist und durch die Kurztherapie bei narzißtischer Entlastung für den „Hauptpatienten“ Konfliktwahrnehmung für diesen möglich wird und er den kindlichen Patienten aus der Delegation entlassen kann;
- es möglich ist, im Rahmen der Kurztherapie des Kindes und der begleitenden Arbeit mit den Eltern aus den gewonnenen Erfahrungen eine gemeinsame Sorge für das Kind zu entfalten und die Eltern deshalb notwendige Veränderungen der Umwelt zulassen. Damit lebt das Kind in einer kindgerechteren Welt und wird in seinen Bedürfnissen wahrgenommen;
- eine lange Behandlung aus äußeren Gründen nicht sinnvoll erscheint, die Entwicklungsphase des Patienten eine regressive, innere Bewegung nicht erlaubt und sich ein abgegrenztes Konflikterleben thematisieren läßt;
- sich die Möglichkeit abzeichnet, mit dem Patienten und der Familie eine an sich unveränderbare Lebenssituation in ihrer Nichtveränderbarkeit zu begreifen, statt neurotisch zu verarbeiten.

Anhand von Fallbeispielen sollen die bisherigen Ausführungen anschaulich gemacht werden.

5 Fallbeispiele

5.1 Erstes Fallbeispiel

F. ist neun Jahre alt. Zwei Wochen, bevor sie mir vorgestellt wurde, hatte ein guter Bekannter der Familie sich ihr exhibitionistisch gezeigt und sie zu „Urinierspielen“ gedrängt. Sie reagierte vorübergehend ängstlich. Die Familie stellte den Bekannten zur Rede, unterband jeglichen Kontakt und achtete auf die eigenständige Willensbildung bei F. Mit Schulbeginn nach den Ferien wandte sich F. wieder ihrer Altersgruppe und ihrer Latenzkindwelt zu. Die Eltern versuchten, die irritierenden Erfahrungen im Gespräch mit F. zu klären.

Aufgrund dieser Informationen zeigte F. eine Belastungsreaktion auf eine traumatische Erfahrung, die zwischen Eltern und Kind geklärt werden konnte. Hier ist vorstellbar, daß es ausreichend ist, die Eltern im Rahmen einer Beratung zu unterstützen.

Im weiteren Verlauf schilderte die Mutter jedoch, daß F. einnäßt, sich minderwertig erlebt, sensibel und leicht kränkbar ist, mit ihrem Körper nicht zufrieden ist.

Aufgrund dieser neuen Informationen war zu überlegen, ob die traumatische Erfahrung mit einer resultierenden Belastungsreaktion zu einer Störung einer bis dahin stabilen Ich-Entwicklung führte. Das Ereignis fiel in die Lebensphase der Latenz, in der das Mädchen sich im Spannungsfeld von Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühle zurechtfinden mußte. Die traumatische Erfahrung durch Mißachtung der Schamkonflikte und der Willensvorstellungen des Kindes sowie die Mißachtung seiner körperlichen Selbstvorstellung könnten zu einer neurotischen, konflikthaften Verarbeitung der bisher gelungenen Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben geführt haben. Die traumatisierende Erfahrung hätte also über eine Belastungsreaktion hinaus eine Entwicklungskrise mit neurotischer Symptomatik ausgelöst.

Bis zu diesem Zeitpunkt erschien eine Kurztherapie mit einer begrenzten neurotischen Konfliktvorstellung und einem entsprechend begrenzten Behandlungsziel noch als ein ausreichendes Behandlungsziel.

Im weiteren Gespräch war zu erfahren, daß die Beziehung zwischen Mutter und Tochter von der Neugeborenenzeit an von Angst geprägt war. Das Mädchen milderte die mütterlichen Ängste durch Rücknahme kindlicher Impulsivität, kindlicher Initiative. Sie wurde zum braven, angepaßten Kind. Der Eintritt in den Kindergarten gestaltete sich krisenhaft, weil F. den altersentsprechenden Anforderungen nach Auseinandersetzung und Selbstbehauptung nicht entsprechen konnte. Sie reagierte mit Bauchschmerzen und Einnässen. Die Erfahrungen, von anderen Kindern angegriffen und beleidigt zu werden und sich nicht wehren zu können, verstärkten Fs depressive Selbstwahrnehmung.

Berücksichtigt man alle diese Informationen, so scheint es sich weniger um einen abgrenzbaren aktuellen neurotischen Konflikt zu handeln als vielmehr um eine neurotische Entwicklungsstörung mit der Indikation für eine Langzeittherapie.

5.2 *Zweites Fallbeispiel*

Chethik (1989) schildert eine Kurztherapie als Krisenintervention bei einem Kind, dessen bisher gesunde innerpsychische Entwicklung durch eine aktuelle Lebenskrise, die Trennung der Eltern, gestört wurde.

Bis zur Trennung der Eltern zeigte der sechsjährige Junge keine Entwicklungsauffälligkeiten. Er reagierte aber auf die Trennung mit Rückzug von seiner Altersgruppe, Aufgabe seiner bisher erworbenen Fähigkeiten, emotionalem Rückzug, Traurigkeit und Trennungsangst. Er erlebte sich als Sieger über den Vater und fürchtete sich zugleich vor dessen Rache. Die Vorstellung, jetzt der kleine Mann der Mutter zu sein, irritierte ihn und beflügelte seine Größenphantasien. In seiner Omnipotenz erlebte er seine aggressiven Phantasien als sehr gefährlich, mußte sie zügeln und alle seine Fähigkeiten und Triebimpulse zurücknehmen. Da die Bewältigung der ödipalen Phantasien und die Überwindung der kleinkindlichen Omnipotenz noch nicht ausreichend stabilisiert waren, konnte die Trennung seiner Eltern von seinem bisher gesunden Ich nicht bewältigt werden. Er reagierte mit der beschriebenen neurotischen Symptombildung. Der Therapeut fungierte im wesentlichen als Hilfs-Ich, um die dem Ich vorübergehend verlorengegangenen integrativen Prozesse zu stützen.

5.3 *Drittes Fallbeispiel*

In einem weiteren Fall wird deutlich, wie ein Kind durch eine Kurztherapie aus der Rolle des Index-Patienten entlassen werden und die Delegation elterlichen Konfliktlebens zurückgenommen werden konnte.

Der intelligente 11jährige Junge wollte nicht mehr zur Schule gehen. Er hatte Angst, sich von der Mutter zu trennen. Die Eltern ihrerseits sahen sich außerstande, den Schulbesuch durchzusetzen. Einerseits war der Junge beschämt, weil er nicht altersentsprechend zur Schule ging, andererseits hatte er dadurch große Macht und Kontrolle über seine Eltern. In der Welt der Eltern war er der großartige Jungbauer. Statt in die Schule zu gehen, baute er einen Stall für die Hühner und schuf sich einen richtigen Hühnerhof. Damit erfüllte er zugleich heimliche Wünsche seiner Eltern, d.h. er lebte die an ihn delegierten Selbstanteile seiner Eltern. Die elterliche Delegation irritierte das narzißtische Gleichgewicht des Jungen und entfernte ihn von seiner Peergruppe.

Die Eltern hielten zudem an einer angstneurotischen Familienkonstellation fest, der zufolge die Welt draußen als gefährlich erlebt wurde, der Bauernhof dagegen als eine kleine, heile Welt. Für den Verlauf der Behandlung war entscheidend, daß die Mutter sich sehr erlebnisnah mit ihrer eigenen Schulangst auseinandersetzte. Beide Eltern konnten ihre Sehnsucht nach einer heilen Welt und damit ihre Angst vor dem Bösen draußen relativieren. Die an den Sohn delegierte Phantasie vom kleinen Hühnergrafen auf seinem Bauernhof wurde ihrer Großartigkeit entkleidet und wieder auf ein angemessenes Maß reduziert. Die Rücknahme der Delegation ermöglichte es dem Jungen, wieder Zugang zu seiner kindlichen Realität und zu seiner Peergruppe zu finden.

5.4 *Viertes Fallbeispiel*

Im letzten Beispiel wird der Versuch deutlich, angesichts äußerlich begrenzter Zeit ein umschriebenes Behandlungsziel im Rahmen einer Kurztherapie zu verfolgen.

Es handelt sich um eine 18jährige Jugendliche mit einer seit zwei Jahren bestehenden bulimischen Symptomatik. Die Jugendliche selbst leugnete weitgehend die Symptomatik, bis sie nach etwa einem Jahr von ihrer Mutter damit konfrontiert und zutiefst beschämt wurde. Sie suchte zunächst Hilfe in einer offenen Gruppe für Mädchen mit Eßstörungen und gewann über dieses niedrigschwellige Angebot und die Berichte der anderen einen Zugang zu ihrer eigenen Eßstörung. Dieses Problembewußtsein ist als Voraussetzung für weitere therapeutische Hilfe zu sehen.

Mit der Erkenntnis, sie habe mit ihrer Eßstörung ein Problem, suchte die Jugendliche psychotherapeutische Hilfe. Eine zeitliche Begrenzung, die auch ihrer realen Lebenssituation entsprach (Abitur), schützte sie vor der Befürchtung, möglicherweise eine schwerkranke Patientin zu sein, d.h. vor der damit verbundenen Beschämung und narzißtischen Kränkung. Sie konnte die Behandlung nur ein halbes Jahr wahrnehmen, da sie mit Studienbeginn einen Ortswechsel plante.

In der Lebensgeschichte wurde für den Therapeuten die hochambivalente Beziehung zur Mutter immer deutlicher. Die Mutter, mit Konflikten überfordert, brauchte zu ihrer Selbststabilisierung ihre beiden Töchter, die sich tüchtig und erfolgreich entwickelten. Der seit der Pubertät der Jugendlichen getrennt lebende Vater blieb ein ewiger Jüngling, der mit seinen Töchtern wie ein großer Bruder, aber nicht wie ein Vater umging. Er befriedigte seine narzißtische Bedürftigkeit über seine Töchter, indem er sich als toller Vater spiegeln ließ, ohne jedoch wirklich persönliches Interesse zu zeigen. Beide Töchter versuchten, über Leistung ihren Eltern zu gefallen und rivalisierend ihre Liebe zu gewinnen.

Die Jugendliche entwickelte eine große Angst, vereinnahmt und nicht wahrgenommen zu werden, konnte Nähe kaum zulassen. Die Trennung von ihrem ersten intimen Freund wurde zum letzten aktualisierenden Auslöser für die Symptomatik der Bulimie.

In der Begegnung mit der Jugendlichen imponierte ihre Tüchtigkeit, ihre Fähigkeit, sich als „unproblematisch“ anzubieten. Gleichzeitig mußte sie sich Kontrolle behalten. Ihre Ambivalenz war durch die zeitliche Begrenzung gebunden.

Im weiteren Verlauf entwickelte sie zunehmend Angst vor dem Ende der Schulzeit und dem geplanten Ablösungsschritt. Gleichzeitig war sie in ihren unerfüllten, aggressiv vorgetragenen Forderungen an die Mutter gebunden.

Der Behandlungsfokus orientierte sich an dieser Ablösungsproblematik. Die zunächst eher kognitive Wahrnehmung konnte allmählich als emotionales Problem erlebt und angenommen werden. Aus der Unterscheidung zwischen dem, was ihr möglich war und dem, was ihr noch nicht möglich war, entwickelte die Jugendliche eine Kompromißlösung: Sie beschloß, zunächst mit einer ehemaligen Klassenkameradin in eine eigene Wohnung zu ziehen und ein studienvorbereitendes Praktikum zu beginnen.

6 Ausblick

Der Gutachter hat in der Regel die jeweils beantragte Behandlung als Psychoanalyse oder als tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie befürwortet. Dabei scheint die Mehrzahl der Therapeuten davon auszugehen, daß, wenn sie eine psychoanalytische Haltung in ihrer Ausbildung erfahren haben, ihre Behandlung mehrheitlich auch Psychoanalyse sei. Die Unterscheidung wurde so zur Therapeutenvariablen.

Dies gilt umsomehr, nachdem seit dem 1.1.1999 eine Gruppe von Kindertherapeuten Behandlungen bei Kindern übernehmen, die die Fachkunde für tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter erworben haben.

Weitergehend ist die Frage der Differentialindikation, also die Differenzierung zwischen tiefenpsychologisch-fundierter oder analytischer Psychotherapie, patientenbezogen. Hierzu ist eine gemeinsame Vereinbarung erforderlich, ab wann auf dem Kontinuum der verschiedenen Behandlungsformen von tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie zu sprechen ist. Es ist differenziert über die Wirkfaktoren in der Behandlung und die Wirkungen des sich verändernden Lebensumfelds auf die Behandlung nachzudenken, um darüber Vorstellungen zu entwickeln, welche Familien und Patienten von einer Therapie mit begrenztem Behandlungsziel profitieren können.

Literatur

- Borowski, D.; Rensing, R.; Ripke, G.; Schmitt, R. (2001): Persönliche Mitteilungen in der Arbeitsgruppe für analytische Kurztherapie bei Kindern und Jugendlichen im Psychoanalytischen Institut Bremen.
- Chethik, M. (1989): *The Techniques of Child Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Faber F.R.; Haarstrick, R. (1996): *Kommentar zu den Richtlinien*. München: Urban & Fischer.
- Hoffmann S.O. (2000): *Psychodynamische Verfahren*. Unveröffentl. Manuskript, Mainz.
- v. Hug-Hellmuth, H. (1921): *Aus dem Seelenleben des Kindes*. Wien: Deuticke.
- Klein, M. (1947): *Ein Kind entwickelt sich*. München: Kindler, 1981.
- Klüwer, R. (2000): Fokus, Fokalthherapie, Fokalkonferenz. *Psyche* 54: 299-321.
- Mertens, W. (1990): *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rüger U. (2000): *Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie* (Arbeitspapier einer Expertenkommission für die KBV).

Sandler, A.M.; Sandler J. (1985): Unbewußtes und Übertragung. *Psyche* 39: 800-829.

Wallerstein, R. S. (1990): Psychoanalyse und Psychotherapie. *Psyche* 44: 967-994.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Dietmar Borowski, Vorstr. 30A, 28359 Bremen.