

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis and Psychiatry

Vol. 48. Jahrgang

2015 • 4-6

Nr. 269-271

Dynamic Psychiatry

Kinder und Jugendliche – Children and Adolescents

Vuokko Hägg (Espoo, Finland)

To play or not to play: The role of infant observation
in the psychoanalytic training

Eva Rass (Buchen)

Identitätsentwicklung bei Schwächen in der Wahrnehmungsorganisation:
Aufwachsen unter erschwerten Bedingungen mit besonderer Berücksichtigung
der Affektregulations- und Bindungstheorie

Hans Hopf (Mundelsheim)

Über die Zunahme von externalisierenden Störungen –
Gescheiterte Anpassungen an eine sich verändernde Welt?

Ulrich Rüth (München)

Mentalization based work with parents makes therapy work

Erwin Leßner (München)

Beziehungs- und Familienarbeit in einer Kindertherapie

Raymond Battegay (Basel)

Normierte Gesellschaft und frustrierte Heranwachsende

ISSN 0012-740 X

'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

Inhalt • Contents

<i>Beate Dormann, Rainer Ehrenreich, Carina Feldmann, Ulrich Rüth</i> Editorial	203
<i>Beate Dormann, Rainer Ehrenreich, Carina Feldmann, Ulrich Rüth</i> Aktuelles: Zur Lage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland	208
<i>Vuokko Hägg (Espoo, Finland)</i> To play or not to play: The role of infant observation in the psychoanalytic training	216
Die Rolle der Baby-Beobachtung in der psychoanalytischen Ausbildung Zusammenfassung	227
<i>Eva Rass (Buchen)</i> Identitätsentwicklung bei Schwächen in der Wahrnehmungsorganisation: Aufwachsen unter erschwerten Bedingungen mit besonderer Berücksichtigung der Affektregulations- und Bindungstheories?	235
Undetected disabilities in sensory integration and the effects on the development of the attachment bond, the affect regulation and the identity Summary	252
<i>Hans Hopf (Mundelsheim)</i> Über die Zunahme von externalisierenden Störungen – Gescheiterte Anpassungen an eine sich verändernde Welt?	258
Increasing externalizing disorders – failed adaption to a changing world? Summary	276
<i>Ulrich Rüth (München)</i> Mentalization based work with parents makes therapy work	286
Mentalisierungsbasierte Arbeit mit Eltern lässt Therapien wirksamer werden Zusammenfassung	291
<i>Erwin Leßner (München)</i> Beziehungs- und Familienarbeit in einer Kindertherapie	296
Working on relationships in the family in a case of child therapy Summary	304

<i>Raymond Battagay (Basel)</i>	
Normierte Gesellschaft und frustrierte Heranwachsende	307
Standardized society and frustrated adolescents	
Summary	324
<i>Ulrich Rütth (München)</i>	
Bruno Bettelheim „Kinder brauchen Märchen“ – wiedergelesen	331
Über die Fortsetzung unserer Arbeit mit anderen Mitteln	
Literatur, Lesen und junge Menschen. Bücher als Entwicklungshelfer	334
Warum Lesen? (<i>Rainer Ehrenreich</i>)	334
Buchempfehlungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen von Therapeutinnen und Therapeuten	335
Podcasts/Youtube	343
Buchbesprechung: Marina: Diese Welt hat keinen Platz für mich. Wie ein Mädchen in der Psychiatrie zerbricht (<i>Ulrich Rütth</i>)	
	344

Editorial

Beate Dormann, Rainer Ehrenreich, Carina Feldmann, Ulrich Rüth
(in alphabetischer Reihenfolge)

In dieser Ausgabe der *Dynamischen Psychiatrie* steht die Kinder- und Jugendpsychotherapie im Mittelpunkt. Das dargebotene Themenspektrum umfasst unter anderem: die individuelle Begegnung mit dem Säugling in der Babybeobachtung, neuropsychologische Grundlagen kindlicher Wahrnehmung, externalisierende Störungen, auf Mentalisierung basierende Elternarbeit, den Behandlungsraum der sozialen Bezüge sowie gesamtgesellschaftliche Entwicklungen.

In der Rubrik *Aktuelles* werden zu Beginn die Folgen beleuchtet, die das seit dem 23.07.2015 verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz und die geplante Direktausbildung auf die Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben. Das Versorgungsstärkungsgesetz wirkt sich negativ auf die Lage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland und auf die Patientenversorgung aus. Es wird weiterhin auf der Basis fehlerhafter Bedarfszahlen aus dem Jahr 1999 gerechnet, wodurch die psychotherapeutische Versorgung nicht zu sichern ist. Viele Praxen müssen aufgrund einer errechneten Überversorgung mit der Einziehung der kassenärztlichen Zulassung rechnen. Dies widerspricht dem in der Realität steigenden Bedarf, der in den letzten Jahren beobachtet wurde. Gleichzeitig macht die geplante universitäre Direktausbildung die Spezialisierung auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie so unattraktiv, dass es bei einer tatsächlichen Umsetzung künftig wahrscheinlich deutlich weniger Kinder- und Jugendlichentherapeuten geben wird.

Vuokko HÄGG beschreibt in ihrem Artikel zur Babybeobachtung persönliche Erfahrungen und betont die Bedeutung der „Infant Observation“ für die Ausbildung des künftigen Psychoanalytikers. In der Begegnung mit dem Säugling und seinen Eltern werden vorsprachliche, primärprozesshafte Wahrnehmungen angestoßen, die im analytischen Prozess ihr Analogon finden. Die Künstlerin Leena KLEEMOLA hat die vorsprachlichen Erfahrungen in Bilder umgesetzt.

Eva RASS untersucht, wie Defizite in der basalen neuropsychologischen Wahrnehmungsorganisation das Interaktionsgeschehen und die Entwicklung des Individuums beeinflussen. Es geht insbesondere um die Wahrnehmungsschwächen der taktil-kinästhetischen, auditiven und visuellen

Wahrnehmungsverarbeitung und darum, wie Bezugspersonen damit umgehen können.

Hans HOPF thematisiert die Zunahme externalisierender Störungen. Wer einen Blick auf die Diagnosestellung und die zeitgenössische, therapeutische Behandlung von gehäuft auftretenden Störungsbildern auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wirft, wird feststellen, dass – im Gegensatz zu eher internal agierten Konflikten, die generell eher bei Mädchen auftreten – vorwiegend bei Jungen eine beträchtliche Zunahme von sozial unangepassten und aggressionsbetonten Störungen zu verzeichnen ist. Externalisierung als Abwehrmechanismus im Zusammenhang mit einerseits emotionalen und andererseits interpersonellen Konflikten zeigt sich in verschiedenen maladaptiven Mustern sozialen und vor allem hyperkinetischen Verhaltens. Hans HOPF beleuchtet sowohl die Ursachen als auch die komplexe Interdependenz mit Aspekten der genetischen Veranlagung von Jungen sowie dem gesamtgesellschaftlichen und familiären Strukturwandel. Er beschreibt Effekte auf die intrapsychische Entwicklung und die seelische Befindlichkeit männlicher Heranwachsender und stellt hierzu geeignete therapeutische Einflussnahmen vor.

Ulrich RÜTH legt dar, wie durch eine auf dem Mentalisierungskonzept fußende Elternarbeit in der Kinder- und Jugendlichentherapie eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung erreicht werden kann. Die beschriebenen Techniken und Effekte der mentalisierungsbasierten Arbeit zielen vor allem auf eine verbesserte Affektregulation sowohl bei Eltern wie auch ihren Kindern und damit auf eine gute Beziehung beider zueinander.

Erwin LESSNER stellt in seinem Beitrag die Kasuistik eines sechsjährigen Jungen dar, dessen Einschulung durch die schwere Krankheit und den drohenden Tod der Mutter schwer belastet war. U. a. auf dem theoretischen Hintergrund von A. HURRYS beschreibt E. LESSNER die Therapie als psychischen Entwicklungsraum, der im sozialen Umfeld der Familie, der Schule, des Kindergartens usw. angesiedelt ist. Dieses Umfeld muss in den therapeutischen Prozess integriert werden, damit das Kind in seiner Entwicklung unterstützt werden und nachholende Entwicklungsschritte vollziehen kann.

Raymond BATTEGAY befasst sich mit Lebenswelten heutiger Jugend. Während sich innerhalb der Gesellschaft multimediale Kommunikationsstrukturen zulasten einer face-to-face-Interaktion etablieren und damit zugleich die persönliche und aufmerksamkeitsbezogene Zuwendung zwischen Eltern und Jugendlichen in erheblichem Maße schwindet, agieren

vorwiegend männliche Heranwachsende ihr narzisstisches Defizit an Beachtung und Wertschätzung in Form auffallend aggressionsbetonter und devianter Verhaltensmuster. Erzieherisches Handeln im Hinblick auf die Vermittlung von Normen und Grenzen erscheint zunehmend flacher, Jugendliche erleben sich häufig fern einer Miteinbezogenheit in Politik und Sozietät und inszenieren sich dementsprechend exklusiv und external als „Outlaws“ der Gesellschaft. Aufrührerisches Gebaren und gewaltverherrlichende Rebellion einerseits und die Fixierung auf legalen und illegalen Substanzgebrauch andererseits kommentieren dabei die Not und die verzweifelte, innere Abkoppelung der Heranwachsenden von der sie vernachlässigenden Welt der Erwachsenen.

In der Rubrik Wiedergelesen begegnen wir Bruno BETTELHEIMS grundlegendem Werk „Kinder brauchen Märchen“ – für eine psychoanalytisch fundierte Arbeit mit Kindern ein „Muss“ für den Kindertherapeuten. Die Phantasie und die Symbolisierungsfähigkeit, die durch Märchen gefördert werden, bilden die Grundlage für die Realitätswahrnehmung des Erwachsenen, der in der Lage ist, Herausforderungen des Lebens zu meistern und Niederlagen zu verkraften.

Nicht nur Psychotherapie, auch Lesen kann Entwicklungen anstoßen. Hierzu hat Rainer EHRENREICH einige essayistische Gedanken formuliert, psychotherapeutische Kollegen haben Kurzhinweise verfasst, welche Bücher sie für Kinder und Jugendliche empfehlen würden.

In Anbetracht der „Jugendlichkeit“ unseres Hefts sollten Hinweise zu Podcasts und Youtube im Internet nicht fehlen: für Musikliebhaber ein Hinweis auf Pink Floyd und Adoleszenz (podcasts) und Videos zu Toddler’s Observation. In der Buchbesprechung wird die autobiographische Erzählung einer (ehemaligen) stationär-jugendpsychiatrischen Patientin aus einer Meta-Ebene beleuchtet.

Diese Ausgabe der Dynamischen Psychiatrie wurde durch eine Gast-Herausgebergruppe zusammengestellt, bestehend aus Beate Dormann, Carina Feldmann und Rainer Ehrenreich unter der Leitung von Ulrich Rüth. Diese Aufgabe anvertraut bekommen zu haben, erlebten wir als Bereicherung und als Privileg. Unser gemeinsamer Dank gilt dem Pinel-Verlag und der Redaktion der Zeitschrift.

This issue was compiled and edited by the guest editor group of B. Dormann, R. Ehrenreich and C. Feldmann with U. Rüth as the group’s chair and speaker. Many thanks to the publisher and editorial board for granting this privilege.

Editorial

Beate Dormann, Rainer Ehrenreich, Carina Feldmann, Ulrich Rütth
(in alphabetical order)

We present a special issue of Dynamic Psychiatry covering a wide range of topics related to child and adolescent psychotherapy. This spectrum includes the individual encounter with the baby in infant observation, neuropsychological deficits, externalizing disorders, mentalizing parent work, the treatment of social relations and developments in society.

„Updates“ centres on recent developments in Germany concerning child and adolescent psychotherapy. The new Supply Enhancement Act (Versorgungsstärkungsgesetz) will probably lead to a closing down of private practices as data from 1999 are still being used as the basis of demand. On the other hand, the proposed university training scheme for future psychotherapists (Direktausbildung) will make specialization in child and adolescent psychotherapy so unattractive that there will be considerably fewer child and adolescent therapists in future.

Vuokko HÄGG describes infant observation and her personal experience in the training of future psychoanalysts. During encounters with infants and parents, preverbal, primary process perceptions are triggered, perceptions that will find an analogue during the analytic process. Leena KLEEMOLA has converted the preverbal experiences into images.

Eva RASS illuminates how deficits in basal neuropsychological perception affect interaction and the development of the individual. Deficits of particular concern are those of tactile-kinaesthetic perception and auditory and visual perception processing. Eva RASS provides suggestions for how caregivers could deal with this.

Hans HOPF discusses the increase in externalizing disorders, mainly among boys, resulting in a considerable increase in socially maladjusted male children. Externalization as a defence mechanism in response to emotional, interpersonal conflict manifests in various maladaptive patterns, especially hyperkinetic behaviour. Hans HOPF illuminates the complex interdependence of the causes of this phenomenon, ranging from aspects of male genetic predisposition to changes in society and family structure. He describes the effects on intra-psychic development and the mental state of male adolescents and gives appropriate therapeutic hints.

Ulrich RÜTH sets out how to improve the parent-child relationship by using mentalizing strategies in parent work during child and adolescent

therapy. Techniques aim at affect regulation in both parents and children by mentalizing the other individual.

Erwin LESSNER presents the case of a six-year-old boy whose development was heavily burdened by the serious illness of his mother and the threat of her death. Erwin LESSNER describes therapy as a space for psychic development and advocates that family and school should be integrated into the therapeutic process so that the child can be supported to catch up developmentally.

Raymond BATTEGAY deals with the lifestyle of today's youth, often involving multimedia communication structures at the expense of face-to-face interaction and leading to a decrease of personal acceptance and interaction between parents and young people. Educational activities aimed at establishing norms and limits have become less prevalent, while adolescents present themselves to their peers as 'outlaws' of society. Rebellion and a fixation on legal and illegal drug use are manifestations of distress and the desperate inner disengagement of adolescents from the adult world.

In the section Re-read, we again meet Bruno BETTELHEIM's fundamental work „The Uses of Enchantment” – a must for the psychoanalytically orientated child therapist. Imagination and the capacity to symbolize, which are both promoted by fairy tales, form the basis for the adult's perception of reality and his or her ability to cope with life's challenges and defeats.

Reading books is not only helpful for psychotherapy; it may also trigger psychic development. Rainer EHRENREICH gives his essayistic thoughts on the topic, and psychotherapist colleagues have contributed notes on the books they would recommend for children and adolescents.

Given the „youthfulness” of our issue, mention of up-to-date mediums seems wholly appropriate. We include links to a podcast on Pink Floyd and adolescence and a fabulous YouTube video observing a toddler. In Book Review the autobiographic story of a (former) adolescent psychiatry inpatient is analysed from a meta-level perspective.

This issue was prepared and compiled by an editorial group which held their meetings on Skype; we will discuss this contemporary work-group experience in a forthcoming issue.

Addendum

We'd like to add to this issue of Dynamic Psychiatry many thanks to Jennifer TURNQUIST at <http://jenniferturnquist.com> for the editing and language brush-up on a number of our English texts: English version of the editorial, Ulrich RÜTH's article, and the short versions of Hans HOPF's and Raymond BATTEGAY's papers.

Aktuelles: Zur Lage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland

1. Allgemeine Lage (Carina Feldmann)

- Laut Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) soll die Wartezeit von psychisch kranken Menschen auf einen Therapieplatz in der Regel drei Wochen nicht überschreiten.¹ Dies sollte meines Erachtens in besonderem Maße bei Kindern gelten, um ihre Entwicklungspotenziale nicht zu blockieren.
- Die BptK stellte 2013 fest, dass die Wartezeit auf einen Termin beim Psychotherapeuten in ländlichen Regionen durchschnittlich sogar 14,5 Wochen beträgt.²
- Die BptK schreibt in ihrer Stellungnahme vom 28.09.11: „Der Bundesgesundheitsurvey belegt, dass Menschen auf dem Land nur unerheblich seltener psychisch krank sind als in Ballungsgebieten bzw. Großstädten. Das Versorgungsangebot der Psychotherapeuten ist aufgrund der Vorgaben der Bedarfsplanung auf dem Land aber neunmal niedriger als in der Stadt.“³
- Laut Dr. med. Dieter KATTERLE, dem Beauftragten für Psychiatrie und psychosoziale Prävention der FDP, sind 20 % aller Kinder und Jugendlichen therapiebedürftig. Er verzeichnet eine sprunghafte Zunahme von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.⁴ Dieses Ergebnis deckt sich mit der Studie von Prof. LÖCHERBACH vom „Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung in der BRD“, die Störungsraten von 16,2–18,4 % ermittelte.⁵
- Sogar 27 % der Kinder und Jugendlichen in der Bevölkerung können laut neueren Studien als therapiebedürftig angesehen werden.⁶ Das zeigt, dass die Zahl weiter ansteigt.
- In der Praxis aber suggeriert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), dass es zu viele Therapeuten gäbe und der Bedarf mit den bestehenden Praxen gedeckt werden könne. Sie versucht sogar, Zulassungen wieder einzuziehen. Wie passt das zueinander?
- Verhältniszahlen: Trotz intensiver Recherchen wurden keine Veröffentlichungen gefunden, die evidenzbasiert oder aber als Konsens großer internationaler Organisationen wie der WHO, OECD oder EU

Auskunft darüber geben, welcher Arzt- respektive Psychotherapeuten-/Patientenschlüssel erforderlich ist, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Aus diesem Grund werden Mittelwertbildungen als Hilfskonstrukt verwendet, um vergleichbare Zugangsbedingungen zur ambulanten Versorgung zu berechnen. Für jede Fachgruppe werden Mittelwerte gebildet, die in den jeweiligen Planungsräumen zu erreichen sind. Überschreitet die Arzt- beziehungsweise Psychotherapeutendichte die Grenzwerte, wird Überversorgung festgestellt.⁷

- Das Versorgungsstrukturgesetz, das seit 2012 in Kraft getreten ist, sollte eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für jeden Bundesbürger gewährleisten. Die neuen Regelungen gehen noch auf den Bedarfsplan von 1999 zurück. Es wurde die Chance nicht genutzt, neue Zahlen zugrunde zu legen. Ein Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen wurde bisher nie ermittelt, obwohl der Begriff „Bedarfsplanung“ dies suggeriert. Vielmehr wurden die psychotherapeutischen Praxen, die am 31. August 1999 existierten, schlicht zum Bedarf erklärt. Bis dahin waren aber längst nicht alle Zulassungsanträge bearbeitet. Viele Psychotherapeuten erhielten ihre Zulassung erst nach jahrelanger Auseinandersetzung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Das führte zu einem Anstieg der zugelassenen Praxen von 1999 bis 2006 um gut 5.000 Psychotherapeuten, der allein verwaltungstechnischen Verzögerungen geschuldet war. Jede dieser verspäteten Zulassungen führte aber statistisch zu einer Überversorgung mit psychotherapeutischen Praxen. Noch gravierender war ein weiterer Fehler: Bei den Psychotherapeuten wurde die durchschnittliche Anzahl der Praxen in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt. In den neuen Bundesländern war Ende der 1990er-Jahre eine psychotherapeutische Versorgung jedoch erst im Aufbau. In manchen Regionen existierte keine einzige psychotherapeutische Praxis. 2012 hätte man also nochmal eine Chance gehabt, diesen Fehler zu korrigieren, was aber nicht geschah.
- Das Versorgungsstärkungsgesetz, das zum 23.07.2015 verabschiedet wurde, besagt: Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Diese Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort. Außerdem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen ver-

pflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.⁸

- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz plant die Bundesregierung, 7.400 psychotherapeutische Praxen abzubauen – das ist ein Drittel der vorhandenen Psychotherapiepraxen. Die Wartezeiten für psychisch kranke Menschen würden sich dadurch drastisch verlängern. „Wir sagen seit Langem, dass die psychotherapeutische Versorgung nicht zu sichern ist, wenn weiter mit den fehlerhaften Bedarfszahlen aus dem Jahr 1999 gerechnet wird“, erklärt Prof. Dr. Rainer RICHTER, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). „Die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen, die 1999 als ausreichend festgelegt wurde, hatte schon damals mit dem realen Bedarf nichts zu tun und ist viel zu niedrig. Dadurch droht jetzt ein radikaler Abbau von ambulanten Behandlungsplätzen für psychisch kranke Menschen, denn die angebliche Überversorgung mit psychotherapeutischen Praxen existiert nur auf dem Papier. In der Realität warten psychisch Kranke monatelang auf einen ersten Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten.“⁹
- Die aktuelle Lage mit ansteigender Flüchtlingszahl verlangt eigentlich nach noch mehr Therapieplätzen.

Was bedeutet dies im Klartext?

Als Erstes werden zeitlich befristete Zulassungen (sogenannte Ermächtigungen) nicht weiter verlängert. Volle Praxen mit langen Wartelisten im städtischen, aber auch im ländlichen Bereich laufen Gefahr, geschlossen zu werden. Selbst bereits erteilte Sonderbedarfszulassungen werden bei einem Wechsel einbehalten und nicht wieder besetzt. Zusatzqualifikationen wie eine gruppen- oder traumatherapeutische Ausbildung finden keine Berücksichtigung, obwohl durch eine gruppentherapeutische Versorgung wesentlich mehr Patienten behandelt werden könnten und die traumatherapeutische Versorgung in Hinblick auf den Zustrom von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge zunehmend an Brisanz gewinnt.

2. Persönliche Lage (Rainer Ehrenreich):

Ich arbeite als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut seit vier Jahren in einem von der KV bislang gesperrten Planungsbezirk bezüglich der Vergabe von Kassensitzen, die Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten betreffend.

Obwohl ich im Vorfeld meiner Antragstellung auf einen Versorgungsauftrag (Kassensitz über die Sonderbedarfsregelung) nach eigener Vernetzung mit den regionalen pädagogischen, sozialpsychiatrischen sowie institutionellen Hilfeeinrichtungen und Behörden (Gesundheitsamt, Jugendamt, Caritas etc.) eine erhebliche Versorgungslücke nachweisen konnte, gelang mir im ersten Anlauf lediglich eine einjährige vertragspsychotherapeutische Arbeitsgenehmigung durch die KV mit der Option, bei ganzjährigem Nachweis einer „vollen Praxis mit Kassenpatienten“ eine Niederlassungsgenehmigung über Sonderbedarf zu erhalten.

In der im Anschluss an diese einjährige Ermächtigungstätigkeit anberaumten Ausschusssitzung überwogen in meinem Fall dann erneut die Einwände der KV-Ausschussmitglieder sogar gegen die Erteilung eines halben Versorgungsauftrages, trotz neuerlicher, von mir detailliert dokumentierte Vollauslastung (mit Warteliste – Anwärter mit z. T. einjähriger Wartezeit). Selbst mehrfache, mich in meinem Bemühen zur langfristigen Fortsetzung meiner psychotherapeutischen Tätigkeit bekräftigende Anschreiben von fachverwandten Kollegen und Hilfeeinrichtungen änderten nichts an der Tatsache, dass ich erneut in einen vorübergehenden, dreijährigen Ermächtigungsstatus versetzt wurde, erneut mit der prognostischen Option, dann eine Sonderbedarfszulassung zu erwerben.

Da im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes die Überarbeitung sprich Kontrollberechnung bezüglich über- und unterversorgter Planungsbezirke für den Planungsbezirk, in dem ich tätig bin, eine 140%ige Versorgung hervorbrachte, minimieren sich meine faktischen Chancen, nun dauerhaft hier tätig sein zu können. Möglicherweise wird aber selbst die Ermächtigung kein weiteres Mal verlängert, sodass ich mit der Schließung meiner Praxis, der Beendigung meiner Versorgungstätigkeit in der Region und einem Umzug mit der Praxis in ein offiziell unterversorgtes Gebiet konfrontiert bin, wodurch auch bezüglich meiner aktuellen, privaten Situation eine erhebliche Zäsur verbunden ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigt in ihren Vergabemodalitäten lediglich die Vergabe offizieller Versorgungsaufträge. Dem mittler-

weile blühenden „Schwarzmarkt“ bezüglich des lukrativen Handels mit Kassensitzen bei deren Weiter- bzw. Abgabe durch ausscheidende Kollegen sieht die KV tatenlos zu, sodass das „Geschachere“ um die Kassensitze mittlerweile Immobilien-analoge Verhältnisse annimmt. Ich spreche deshalb – in Anlehnung an die allseits bekannte preisliche Gas-Öl-Koppelung – von einer Kassensitz/Immobilienkoppelung. Je gefragter die Metropole und deren Immobilienwerte, desto höher der Preis für Kassensitze.

Es stellt sich für mich die Frage: Stehen letztlich merkantile oder doch tatsächlich versorgungsrelevante, ärztlich ethische Aspekte im Zentrum der Moderation und Gesetzgebung, die durch die KVen vorangetrieben werden?

3. Direktausbildung von Psychotherapeuten und deren Folgen für die künftige psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Ulrich Rütth, Beate Dormann)

Die geplante „Direktausbildung“ von Psychotherapeuten in Deutschland sieht vor, dass sowohl angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie Psychologische Psychotherapeuten ein gemeinsames Grundstudium absolvieren, nach dessen Abschluss die Approbation steht, um dann im Rahmen einer Weiterbildung entweder Kinder- und Jugendlichentherapeut oder Erwachsenentherapeut zu werden. Der Beruf des Kinder- und Jugendlichentherapeuten wird danach zwar nicht „aussterben“, aber möglicherweise nur in geschützten Reservaten als bedrohte Art weiter existieren. Über die Direktausbildung werden sich deutlich weniger Kandidaten für die Ausbildung zum umfassend qualifizierten Therapeuten für junge Menschen entscheiden. Welche Absicht steht dahinter? Womöglich keine, sondern nur Gedankenlosigkeit.

Unter angehenden Kinder- und Jugendlichentherapeuten an Ausbildungsinstituten finden sich nur sehr wenige Diplom-Psychologen. Wer als Diplom-Psychologe – oder als Psychologe mit Masterabschluss – eine PT-Ausbildung anstrebt, dem wird auch von den Instituten eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) angeraten. Denn wer die Approbation als PP hat, kann über Zusatzweiterbildungen – die deutlich schmalspuriger sind als die Vollausbildung – eine Qualifikation für die Therapie von Kindern und Jugendlichen add on erwerben – umgekehrt gilt dies nicht. Analog bei der Facharztausbildung: Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie steht die Weiterqualifikation für die Therapie von Kindern

und Jugendlichen mit künftiger Zulassung für die Abrechnung der entsprechenden Positionen offen – für Kinder- und Jugendpsychiater ist der umgekehrte Weg verschlossen.

Der Kandidat wird sich fragen: Warum soll ich mich umfangreich weiterbilden, um dann nur ein eingeschränktes Spektrum an Patienten behandeln zu können – wenn ich mit einer analogen Ausbildung und Zusatzweiterbildung ein viel umfassenderes Spektrum erreichen kann? Die noch aktuellen Zugangswege zum approbierten Kinder- und Jugendlichentherapeuten (KJP) erlauben die Zulassung zur Ausbildung gerade auch für andere Berufsgruppen als Psychologen – weil letztere gar kein ausreichendes Interesse an der Kindertherapie haben. Und es andernfalls zu wenige Kindertherapeuten gäbe.

Kindertherapie ist schwieriger und finanziell unsicherer als die Therapie von Erwachsenen. Die Einbeziehung der Eltern stellt – auch in der Facharztausbildung zum Kinderpsychiater – Kollegen immer wieder vor erhebliche Herausforderungen. Kindertherapie ist immer auch eine Therapie eines Individuums im Zusammenhang mit einer Gruppe, die gegebenenfalls für die Entwicklung ihres Mitglieds erst gewonnen werden muss. Kindertherapie ist zeitlich deutlich eingeschränkter anbietbar als Erwachsenentherapie: Kinder haben vormittags schulische Verpflichtungen, müssen in den Nachmittagsunterricht, können abends nicht zu jeder anbietbaren Zeit kommen; jüngere Kinder brauchen Begleitung zum Therapeuten, ältere benötigen verlässliche öffentliche Verkehrsmittel (was auf dem Land schwierig werden kann). Kinder werden öfter krank als Erwachsene, sind ungeplant abwesend zum Schullandheim, Schulausflug oder Schulfest; Kinder verreisen in den Ferien. Die Durchführung der auf dem Terminplan eingetragenen Stunden ist damit in der Kinder- und Jugendlichentherapie deutlich weniger verlässlich, das finanzielle Ausfallrisiko höher. Bei gleicher Stundenvergütung entsteht daneben ein zeitlicher Mehraufwand für die Dokumentation: beim Spielen mit einem Kind kann kaum parallel dokumentiert werden (wer hat seinen Notizblock parat während des Rollenspiels?), das zusätzliche Zeitkontingent fällt unter den Privataufwand des Therapeuten. Die Praxisausstattung eines Therapieraums ist für den Kinder- und Jugendlichentherapeuten deutlich aufwendiger (Erwachsene benötigen deutlich weniger Spieleauswahl). Wer sehr kleine Kinder und gleichzeitig ältere Jugendliche behandeln will, ist mit zwei Therapieräumen durchaus gut beraten. Die Vergütungssätze der gesetzlichen wie der Privatkassen sind aber für Minderjährige wie Erwachsene

identisch. Finanziell ist Kinder- und Jugendlichentherapie damit deutlich weniger attraktiv als die Therapie Erwachsener.

Wer eine Doppelapprobation besitzt und sowohl Kinder und Jugendliche wie Erwachsene behandeln kann, schränkt in der Praxis die Therapie der jungen Patienten – nach der Kassenzulassung – zumeist ein. Bei zusätzlichem zeitlichem wie persönlichem Aufwand und finanziellen Einbußen bedarf es einer tiefen Verbindung zur Kindertherapie, um diese langfristig auch tatsächlich anzubieten.

Die angestrebte Direktausbildung künftiger Psychotherapeuten wird die aktuelle Versorgungssituation nicht verbessern, sondern verschärfen. Praxiszulassungen ausschließlich für die Therapie von Kindern und Jugendlichen an Psychologische Psychotherapeuten mit Zusatzausbildung wären da nur eine unzulängliche Reaktion auf einen bereits jetzt bestehenden Mangel.

Es könnte durchaus Profiteure der neuen Situation geben: Anstatt jeweils speziell auszubilden, werden Zusatzweiterbildungen für die Kinder- und Jugendlichentherapie angeboten, um bei künftigen Praxisinhabern die Chancen auf eine Kassenzulassung zu erhöhen. Die Weiterbildung findet dann an den Instituten oder Kliniken statt, und die Supervisoren können von den bereits approbierten und berufstätigen Kollegen höhere Sätze verlangen.

Postscript:

Es gibt keinen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – im Gegensatz zum Erwachsenenbereich mit dem Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie. Auch die ärztliche Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wird ausbluten, da die aktuelle Niederlassungsbeschränkung für Kinder- und Jugendpsychiater – bei erheblichen Kosten für den Kauf der meist bisher sozialpsychiatrisch mit hohem Umsatz laufenden Praxis (in etwa das Zwei- bis Vierfache der Kosten eines Psychotherapeutensitzes) – einen Schwerpunkt für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie de facto nicht mehr erlaubt. Auch Kinderärzte können wirtschaftlich kaum einen reinen kinderärztlich-psychotherapeutischen Kassensitz aufbauen.

Anmerkungen

- 1 Dies fordert die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer Stellungnahme zu den Eckpunkten des GKV-Versorgungsgesetzes: Pressemitteilung der BPtK, 8. Februar 2011, www.bptk.de/presse/pressemitteilungen
- 2 Stellungnahme der BptK vom 11. Dezember 2013: „In Deutschland fehlen mehrere tausend psychotherapeutische Praxen für psychisch kranke Menschen. Psychisch kranke Menschen warten monatelang auf einen Termin beim Psychotherapeuten. Schon jetzt warten psychisch Kranke durchschnittlich 12,5 Wochen auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. In ländlichen Regionen beträgt die Wartezeit sogar 14,5 Wochen.“
- 3 www.btpk.de/stellungnahmen/stellungnahmen-nach-thema/alle.html, Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz vom 28.09.11
- 4 <http://www.fdp-bayern.de/FDP-Fachausschuss-ernennt-Beauftragten-fuer-Psychiatrie-und-psycho-soziale-Praevention/10670c18057i1p32/index.html>
- 5 Prof. Dr. Löcherbach, Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung in der Bundesrepublik Deutschland: Patientenorientierte Bedarfsermittlung und -planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Abschlussbericht, 1999.
- 6 Gesundheitsreport Bayern 1/2011, basierend auf verschiedenen Studien wie KIGGS, 2003-2006, des Robert Koch-Instituts und Bundes-Gesundheitssurvey, GHS-MHS von Wittchen/Jacobi 2005.
- 7 Laut Dr. med. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 1–2, 9. Januar 2012
- 8 www.aerzteblatt.de/nachrichten/63104/GKV-Versorgungsstaerkungsgesetz-im-Bundestag-verabschiedet.
- 9 Pressemitteilung der BptK Berlin, 16. Oktober 2014, www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/browse/5.html, Versorgungsstärkungsgesetz: 7400 psychotherapeutische Praxen bedroht

To play or not to play: The role of infant observation in the psychoanalytic training

Vuokko Hägg (Espo, Finland)
together with paintings by Leena Kleemola

The newborn infant, yet unable to see sharply, uses other sensory modalities to acquire information and to communicate. Infant observation in psychoanalytic training targets at becoming aware of transference and countertransference processes and to learn to observe, reflect and mentally process an emotional experience before beginning clinical work with the patient. The observer in this pre-clinical experience of infant observation remains passive, neutral and does not intervene during the weekly observations from birth to age one. – Infant observation notes collected during the second year of a 5 year psychoanalytic training are compared and contrasted with paintings by the Finish artist Leena Kleemola, describing them as images of sensing and sensitivity. Infant observation is recommended for future psychoanalytic and neuropsychanalytic research.

Keywords: infant observation, psychoanalytic training, nonverbal communication, Esther Bick

Introduction

Psychoanalytic infant observation, originally developed by Esther BICK, has been part of the training course for child psychotherapists at the Tavistock Clinic since 1948. Infant observation was considered helpful in increasing students' understanding of the child's non-verbal behavior and his play, as well as the behavior of the child who neither speaks nor plays (BICK 1964).

Psychoanalytic training generally consists of theoretical study in a seminar group, supervised clinical training and private training analysis. Infant observation is usually included in the second academic year, prior to the supervised clinical work. The psychoanalyst candidates need to learn the capacity to observe, contain and mentally process their emotional experience before they learn how to intervene as clinicians (RUSTIN 1997). Infant observation gives the observer an opportunity to experience the phenomena encountered in psychoanalytic clinical work with patients. The regularity of visits and set times tends to make the observation a focus for transference and countertransference reactions, also elicited in the clinical setting (RUSTIN 1989).

Transference, understood in the way Melanie KLEIN did, “as rooted in the earliest stages of development and in deep layers of the unconscious” (KLEIN 1952/1997, p. 55), is experienced vividly in the meetings with the infant, the mother and other care-givers in the family. Projective identification can be seen in clinical work with patients as “certain aspects of the patient’s experience and impulse, projected into the analyst” (HINSHELWOOD 1989, p. 15). Projective identification describes also what happens between parents and pre-verbal babies, particularly at a non-verbal level (Lanyado 2004). Infant observation has been extended even to the direct study of pre-natal life, using ultrasound scans, starting around the 14th-18th week of gestational age, including twins (PIONTELLI 1987, 1992).

The observation of a mother-baby couple sometimes painfully stimulates the observer’s own infantile self and may lead to acting-out (RUSTIN 1989). Here the seminar group plays an important part, in revealing the elements of transference and countertransference in the observation situation (RUSTIN 1989). Melanie KLEIN has used play as free associations, which themselves can be considered a form of acting out of internal conflicts, states of mind, and parts of the self (HINSHELWOOD 1989).

Aim

The aim of this presentation is to evaluate the role of infant observation in the psychoanalytic training. Focus will be on the psychoanalytic phenomena encountered both in infant observation and in clinical work. Notes from an infant observation from birth to one year of age are used with the permission of the family. The name of the baby has been changed.

Paintings by Leena KLEEMOLA will be used with the artist’s permission as illustrations of the non-verbal phenomena encountered both in psychoanalytic practice and in infant observation.

Infant Observation Method

Infant observation was agreed upon with the parents one month prior to the birth of their first child. The observational visits started at the hospital the day after a baby boy was born and each observation lasted an hour (45-60 minutes). Infant observations continued for one year at a regular time once a week – except for holiday breaks – in the natural environment of the family home. There were 44 visits in total. The notes from the observations of the infant and the interactions between the infant and the mother



Fig. 1: Leena Kleemola, Nameless, 2005

and other family members were written down as soon after the visits as possible.

The infant observation was part of the curriculum of the advanced level psychoanalytic training (2004-2009) organized by the Therapiea Foundation in Helsinki, Finland. Regular supervision was provided in the seminar group led by a training psychoanalyst during the academic year of 2005-2006. The seminar group consisted of 11 candidates, 4 of which were observing an infant and in turn bringing their observation notes to the seminar group.

To play, or not to play?

The significant moment in psychotherapy, according to WINNICOTT (1971; 2005, p. 68), was not a clever interpretation, but the moment that “the child surprises himself or herself.” According to WINNICOTT, mutual

playing was the prerequisite for interpretation, but for psychotherapy to be done, the playing had to be spontaneous, and not compliant or acquiescent. Playground, where the play starts, is the potential space between the mother and the baby or joining mother and baby (WINNICOTT 2005).

Infant observation of Larry with his mother shows a 9-week-old infant able to be spontaneous, playful and not compliant nor acquiescent, to the chagrin of his mother. Naturally Larry's first playmate is the mother's breast, fluent with milk. Neither of the dyad is able to control the flow of mother's milk once commenced, and that is the joy for one, the source of frustration for the other.

Mother presented her right breast to Larry and he started to suck, his right hand hugging the breast and his legs kicking rapidly. Soon he stopped sucking and detached from the breast, searching however again for the nipple, and mother presented it to him. When Larry repeatedly stopped sucking, mother looked at the observer rather irritated and said to him: "Mother cannot help that there is milk coming from the breast!"

Larry has had nine weeks to play with the breast that both satisfies and frustrates him. But now he seems to be the one controlling whether to take in the nourishing milk, or to let it stimulate him in another way. And Larry does seem to like to play this game over and over again, despite his mother's increasing frustration. Larry is being creative with the breast, but it is the mother who seems to be adamant about the breast being the breast, meant for feeding the baby in this "playground", but not to be played with.

When Larry started to suckle mother's breast again, and milk started to flow, he then opened his mouth and milk splashed to his face and corner of the eye. Larry didn't get upset – just withdrew himself away from the breast and then reached for it again. Mother seemed frustrated and impatient and explained to the baby that the breast is not a pacifier:

"When you suck the breast, there will be milk flowing!"

According to mother, Larry would only like to suckle the breast, but did not want any milk. Mother seemed frustrated and impatient and explained to Larry: "Breast is not a dummy: When you suckle the breast, there will be milk flowing! I cannot do anything else: when you want the breast, then I will give it to you."

To play, or to know?

What is needed for the patient and the therapist to be able to play, or the infant and the mother to play? It is both the patient and the therapist that need to be able to play for the psychotherapy to begin; if the psychotherapist is the one not able to play, then he is not suitable for the work (WINNICOTT 2005). According to WINNICOTT, “the patient’s creativity can be only too easily stolen by a therapist who knows too much” – and interpretation may be used to advertize the therapist’s knowledge (WINNICOTT 2005, p. 76). Interested attention, on the other hand, requires a kind of patience that “comes from identification with an internal object that has hope in the capacity for development” (BORENSZTEJN et al. 1998, p. 75).

Larry once again released his “grip” after sucking the breast for a while, milk now flowing down his face and on to the neck. Mother wiped him clean with a cloth. When mother, apparently quite fed up with this game, told Larry that he needed a dummy, not a breast, Larry detached from the breast and started to gaze at his mother. She spoke now with a calmer voice, explaining to Larry, that she can leave him near the breast, in her lap, if he didn’t want to be breastfed. Larry tried to reach for the breast a few more times, once he licked the breast, to which mother commented, that the breast is not a lollipop.

It is often the observer in infant observation who brings the interested attention, along with abstinence, and functions as a container for the baby-mother dyad in a similar way as the psychoanalyst does with the analysand (BORENSZTEJN et al. 1998). Here the infant observer is aided by the supervision and the containment that the seminar group can offer for the psychoanalyst candidate to act as a ‘container’ (BION 1962). That may be all that is necessary for the mother and her baby to be able to find a common playground and a mutual language to communicate with each other.

Larry remained near his mother’s breast, lying on his left side across her thighs. His legs and arms were now resting calmly and he was facing the mother, eyes open, gaze centered on the mother’s face.

Mother continued to talk to Larry, now with a gentle tone of voice, explaining the difference between a pacifier and the breast, to which he answered with a smile, opening his mouth, exposing his toothless gums. Larry made vocalizations, babbling to his mother, as if answering her.

Mother commented that he perhaps already knew the difference between the pacifier and the breast. Larry answered with a smile that seemed to extend



Fig. 2: Leena Kleemola, Nameless, 2005

all the way to his ears and spread throughout his face, and cooed in answer. Mother pressed lightly his cheeks with her fingers and teased him, saying he agreed that he knew. Larry laughed aloud and then smiled and gurgled in answer to the mother's talk. He looked intensely at her as she touched his face and called him a "titty sucker".

Larry's body was relaxed, face smiling and he answered with gurgling sounds and at times making movements with his mouth as if he was speaking.

Seeing, hearing, touching

Prior to the 9th week of observation, having arrived early for the regularly scheduled time, I decided to visit an art exhibition in the nearby cultural center. The artist, Leena KLEEMOLA, described her paintings in the press release: "I closed my eyes to see clearly and wandered in the land of images. In my memory I stored pieces of what I saw. Of the pieces I gathered I started to build paintings. My paintings are images of sensing and sensitivity. When the mind is emptied of words, the senses perceive more sharply the outer world; in this quiet state, also the hidden world reveals itself to the inner eyes."

The paintings did not have names; they were images of something

without words, thus titled 'Nameless' instead of the usual 'Untitled' (KLEEMOLA 2010). Visiting the art exhibition just prior to the infant observation functioned as "priming" for the observer's senses: to be able to observe more keenly a 9-week-old infant in his natural environment, using his senses to perceive his world, both inner and outer, for which he did not yet have any words.

After an unsuccessful effort to introduce a pacifier to Larry, who seemed to prefer his own fist instead, mother lifted Larry to her shoulder to burp him after feeding.

Larry tensed his muscles at first and looked around, toward the kitchen. Mother commented about the wondering expression in his face, and said that he nowadays looked at everything in awe as if he saw it for the first time. His blue eyes were wide open and rounded, so was his mouth, lips separated. Larry stretched his neck out as he looked around in the room, then his muscles tired and he let his head lean against mother's shoulder.

Larry, at 9 weeks, is a healthy baby, interested in his surroundings and eager to see what is still beyond his physical reach, but available to him through his eye sight. Mother has been Larry's main interest up to this point, and the breast above all else. Larry prefers his own fingers or a fist to comfort him when mother is not available, but he is not pleased with the pacifier. But Larry's world is gradually expanding, so are his choices of attention and response.

Mother placed Larry in the sitter on the floor, in front of the sofa and the armchair, took a stuffed toy lion from the playing mat and tried to give it to his hand. The colors of the toy lion were very pale, pastel shades of violet, but in the face there could be distinguished two eyes and a catlike nose and lips. Mother introduced the toy lion to Larry by touching his left hand, which was waving back and forth in front of his face, just like the right hand. At the same time mother was speaking to Larry, but he didn't seem to pay attention to what he heard or to focus his gaze on his mother, nor his own hand or the toy lion, although mother was touching his hand and spoke to him. Instead Larry looked at the observer.

Larry's attention was focused away from his mother and the tactile or auditory stimuli she provided to attract his attention. Instead, Larry was concentrating on the information he was receiving through his visual

sense. The observer was reminded of similar situations where the infant concentrated on suckling the breast, gazing at it, and ignored the mother who spoke to him. Mother commented then that Larry didn't bother to answer her. Maybe, for Larry at that time, the breast equaled the mother.

Remembering

Implicit memory is revealed when previous experiences facilitate performance of a task that does not require conscious or intentional recollection of those experiences (SCHACTER 1989). The artist stored pieces of what she saw in her memory, but what was recorded and stored in Larry's memory, at 9-weeks-of-age? His early cognitive experiences, preverbal and presymbolic, are stored in his implicit memory, known as early, non-declarative or procedural memory, which has been functioning since birth and will remain available to him throughout his life (MANCIA 2007; SIEGEL 1999).

As I was leaving, I said goodbye to Larry, who was sitting in his sitter and watched seriously at me, without uttering a sound nor smiling. When I stood up from my armchair and started to walk towards the hall, mother commented that Larry followed me with his eyes and by turning his head. I had noticed the same behavior both in relation to mother and father, and I felt myself to be a Significant Person in the mind of Larry, when he followed my movements, especially as I moved further away from him.

Mother came to see me off holding Larry in her lap. This time it was Larry observing me with keen attention, eyes and mouth wide open, reaching out his neck, as if amazed by the events taking place. Mother commented for the second time during this visit about Larry's interest in his surroundings and the wonder and amazement of all things around him.

Language that touches

The languages of art, be it poetry, music or visual arts, as well as transference have all their roots in the unconscious (MANCIA 2007). Language is the medium of communication between the analyst and the analysand that allows the two to touch and to be touched (QUINODOZ 2003). Infant observation can be seen as a way of learning the baby's and young child's "language" as well as the "intimate interconnections between soma and psyche" (WITTENBERG 1999, p. 5).

Larry has been learning a language that is rich in sensations and fee-

lings, and he has found his own “words” to touch those close to him. Now at 8 months he is also starting to repeat the sounds made by others, to share a common language.

Larry was sitting on the lap of the maternal grandfather, who made a sound resembling the engine of a car. Larry watched his grandpa without making a sound, at times turning to look at the observer sitting on an armchair next to the sofa. Grandpa introduced the observer to Larry and then continued to vocalize the motor sounds. After a short while Larry made an amazingly similar sound, and grandpa enforced the sound by moving his index finger up and down Larry’s lips. Larry drew in a breath and concentrated to let out the air through his mouth as grandpa moved his lips with his index finger. As Larry was taking a breath, grandpa answered with an engine sound of his own. The dialogue between the two of them, as well as Larry’s monologue, continued for a few minutes with earnest concentration.

Larry at 8 months 3 weeks

Larry was letting out sounds and mother asked him a question that had a yes or no answer. After his vocalizations to her question, mother answered Larry with a sound resembling a grunt that a pig would make. Mother took Larry in her lap and imitated the pig sound for him. Larry answered mother with a laugh. When mother continued the “pig monologue”, Larry answered with an imitation of piggy talk. Both were having fun and mother hugged Larry and called him her sweetheart. The interaction between Larry and mother was intense and joyful, delighting them both.

Larry at 8 months 4 weeks

Larry was not satisfied to play on the floor but crawled to mother. He didn’t enjoy himself in her lap either, but wanted to go to the floor instead. Mother tried to get him to reciprocate by imitating a rhythmic ‘ö-ö-ö-öö’ sound and after a short pause Larry did answer the call to play. Mother said they had imitated each other the night before and had lots of fun in that play.

Conclusions

Infant observation does not focus attention only to the growth and development of a newborn infant, or the interaction between the parents and the infant. The relationship between the infant and the observer is also of interest, especially when infant observation is used in the training pro-



Fig. 3: Leena Kleemola, *Nameless*, 2005

grams of psychotherapists or psychoanalysts, including group psychoanalysts.

An infant arouses in the observer implicit memories of his or her own early experiences as an infant and the respective interactions with parents. When infant observation is part of the psychoanalytic training and runs parallel with the personal training analysis, they can enrich each other, as well as the clinical work and theoretical study. Infant observation helps students in various fields to learn to contain the powerfully painful emotions aroused in them, and to become aware of the operation of transference and countertransference (SIEGEL 1999).

Analysands listen to more than the words in the psychoanalyst's communication; they listen with all their senses. For some patients, their body does the communicating with different somatic symptoms, or they are not able to speak at all due to some medical treatment, e.g. oral and maxillo-facial surgery in cancer treatment. Yet patients, as well as therapists, have an implicit memory of being with another and the means to communicate without words.

Infant observation is a potentially powerful way to stir personal memories from very early experiences, albeit implicit and non-verbal, allowing the observer to access behavioral, emotional, perceptual and maybe somatosensory memory (Siegel 1999). Being the focus of attention of a member of the same species, as it is the case in infant observation, elevates physiological reactivity to environmental changes (CACIOPPO et al. 1990). Including infant observation in the psychoanalytic training gives an opportunity to the psychoanalyst candidate to learn the necessary skills of being present without interfering and to “listen with all senses”, not only with ears to hear.



Fig. 4: Leena Kleemola, Nameless, 2005

Infant observation has already provided valuable published work in several areas of interest, such as the development of the infant psyche and integration of body and mind, the study of containment and its disorders and the extension of infant observational methods to the neo-natal intensive care (RUSTIN 2006). There is still a wealth of material for psychoana-

lytic research available in the infant observations collected by psychoanalysts, psychotherapists and students in related fields. Including infant observation as a part of the training for psychotherapists and psychoanalysts may not only make theories come alive, but may also inspire and stimulate the theoretical study of psychoanalysis.

To play or not to play: Die Rolle der Baby-Beobachtung in der psychoanalytischen Ausbildung

(Dt. Zusammenfassung von Ulrich RÜTH)

Mit Hilfe der von Esther BICK (1964) entwickelten psychoanalytischen Baby-Beobachtung, seit 1948 Teil der Kindertherapeuten-Ausbildung an der Tavistock-Klinik (London), sollen Kandidaten nichtsprachliches Verhalten eines Kindes intuitiv verstehen lernen. Die Kandidaten sollen Fertigkeiten des Containments und der Verarbeitung eigener emotionaler Erfahrungen erwerben, bevor sie selbst therapeutisch intervenieren (RUSTIN 1997). Die Baby-Beobachtung ermöglicht es, Phänomene aus der psychoanalytischen Arbeit mit Patienten, namentlich Übertragung und Gegenübertragung, vorab zu erleben und zu bearbeiten (RUSTIN 1989). Übertragungen, die nach Melanie KLEIN „in den frühesten Stadien der Entwicklung und in Tiefenschichten des Unbewussten verwurzelt“ (KLEIN 1952/1997, S. 55) sind, werden in den Treffen mit dem Baby, der Mutter und anderen Bezugspersonen sehr lebendig erfahrbar. Projektive Identifikationen, bei der „bestimmte Aspekte der Erfahrung des Patienten und seiner Impulse in den Analytiker projiziert“ werden (HINSHELWOOD 1989, S. 15) und die sich in der klinischen Arbeit manifestieren, ereignen sich auch zwischen Eltern und den im Vorsprachlichen bleibenden Baby (LANYADO 2004). Die teilnehmende Begleitung eines Mutter-Kind-Paars kann das infantile Selbst des Beobachters ansprechen und zu einem acting-out führen (RUSTIN 1989). Für die Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung spielt dann die Seminargruppe eine wesentliche Rolle (RUSTIN 1989). Baby-Beobachtung wurde auch zur Erforschung vorgeburtlichen Lebens – mit Hilfe von Ultraschallbildern – hinzugezogen (PIONTELLI 1987, 1992).

Fokus der hier vorgelegten Arbeit sind psychoanalytisch beschreibbare Phänomene aus der Baby-Beobachtung und der klinischen Arbeit. Notizen aus der Kleinkind-Beobachtung werden mit Erlaubnis der Familie verwendet, der Name des Babys wurde verändert. Gemälde von Leena KLEEMOLA sollen die nonverbalen Phänomene illustrieren (Abb. 1).

Die hier berichtete Baby-Beobachtung wurde einen Monat vor der Geburt vereinbart und begann einen Tag nach der Niederkunft mit wöchentlichen Treffen innerhalb eines Jahres. Die Beobachtungen wurden unmittelbar nach den jeweiligen Treffen niedergeschrieben. Die Baby-Beobachtung war Teil einer psychoanalytischen Ausbildung (2004–2009) mit regelmäßiger Seminargruppe im Studienjahr 2005/2006 gemeinsam mit elf weiteren Kandidaten, von denen vier selbst Baby-Beobachtungen berichteten.

Ein signifikanter Moment in der Psychotherapie entsteht nach WINNICOTT (1971; 2005, S. 68) nicht durch kluge Interpretation, sondern wenn „das Kind sich selbst überrascht“. Für WINNICOTT ist gemeinsames Spiel die Voraussetzung zur Deutung, dabei müsse das Spiel spontan sein. Das Spiel selbst beginne im potential space zwischen Mutter und Baby, oder aber, indem man sich Mutter und Baby anschließe (WINNICOTT 2005).

In der Baby-Beobachtung mit Larry und seiner Mutter sehe ich einen neun Wochen alten Säugling, der spontan ist, verspielt, nicht angepasst oder gar widerstandslos, zum Leidwesen seiner Mutter. Larrys erster Spielgefährte ist die Mutterbrust. Keiner aus der Dyade kann den Fluss der Milch stoppen, wenn sie begonnen hat zu fließen, zur Freude des einen, zur Frustration für den anderen.

Die Mutter gibt ihre rechte Brust Larry, der zu saugen beginnt. Seine rechte Hand umarmt die Brust, die Beine treten schnell. Dann hört er auf zu saugen, sucht wieder die Brustwarze, die die Mutter ihm gibt. Als Larry mehrmals sein Saugen beendet, blickt die Mutter die Beobachterin eher irritiert an und sagt ihr: „Mama kann es nicht ändern, dass die Milch aus der Brust kommt!“.

Larry hatte neun Wochen Zeit, mit der Brust zu spielen, die ihn sowohl befriedigen als auch frustrieren kann. Jetzt scheint ihn die Kontrolle darüber, ob er die nährenden Milch aufnimmt oder sie aber fließen lässt, auf eine neue Weise zu stimulieren. Und Larry wiederholt dieses Spiel trotz der Frustration seiner Mutter. Larry ist kreativ mit der Brust, Mama möchte ihr Baby aber füttern und nicht, dass mit ihrer Brust gespielt wird.

Als Larry an der Brust seiner Mutter zu saugen beginnt, beginnt die Milch zu fließen, er öffnet seinen Mund und die Milch spritzt auf sein Gesicht und in seine Augenwinkel. Larry wird nicht aufgeregt, er zieht sich lediglich etwas zurück von der Brust und versucht, sie dann wieder zu bekommen. Die Mutter erscheint frustriert und ungeduldig und erklärt ihrem Baby, dass die Brust

kein Schnuller ist: „Wenn du an der Brust saugst, dann fließt die Milch!“. Laut Mutter wolle Larry nur an der Brust nuckeln, aber keine Milch nehmen. Die Mutter wirkt frustriert und ungeduldig und erklärt Larry: „Die Brust ist kein Spielzeug. Wenn du an der Brust saugst, dann gibt es Milch! Ich kann nichts anderes tun: Wenn du die Brust willst, dann gebe ich sie dir.“

Sowohl Patient wie Therapeut müssen in der Lage sein zu spielen, damit Psychotherapie wirken kann: Ein spielunfähiger Therapeut ist ungeeignet für seine Arbeit (WINNICOTT 2005). Die Kreativität des Patienten kann nur zu leicht durch einen Therapeuten „gestohlen werden“, der zu viel weiß und durch Deutungen sein eigenes Wissen darstellt (WINNICOTT 2005, S. 76). Freie, interessierte Aufmerksamkeit erfordert dagegen Geduld „aus der Identifikation mit einem inneren Objekt, das auf Entwicklungsfähigkeit vertraut und hofft“ (BORENSZTEJN et al. 1998, S. 75).

Larry lässt die Brust wieder los, die Milch fließt jetzt über sein Gesicht und auf den Nacken. Die Mutter wischt ihn mit einem Tuch sauber. Die Mutter, offensichtlich der Sache müde, sagt zu Larry, dass er ein Spielzeug (Dummy) brauche, keine Brust. Larry bestaunt seine Mutter. Jetzt sagt sie mit ruhiger Stimme, dass sie ihn in ihrer Nähe lassen kann, auf ihrem Schoß, wenn er nicht gestillt werde. Larry versucht mehrmals die Brust zu erreichen, und einmal kann er sie schlecken, was die Mutter damit kommentiert, dass die Brust kein Lutscher sei.

Über Abstinenz und interessierte Aufmerksamkeit wird in der Baby-Beobachtung ein Container bereitgestellt für die Baby-Mutter-Dyade, ähnlich wie für den Patienten durch den Analytiker (BORENSZTEJN et al. 1998). Die Seminargruppe fungiert wiederum für den Beobachter als Container (BION 1962). Der Container ermöglicht Mutter und Baby, einen gemeinsamen Playground und eine gemeinsame Sprache zu finden.

Larry bleibt in der Nähe der Brust seiner Mutter, liegt auf seiner linken Seite über ihrem Schenkel. Er blickt die Mutter mit offenen Augen an, konzentriert auf das mütterliche Gesicht. Die Mutter spricht mit Larry mit einem sanften Ton in der Stimme und erklärt den Unterschied zwischen einem Schnuller und einer Brust, was er mit einem Lächeln beantwortet. Er öffnet seinen Mund und zeigt sein zahnloses Zahnfleisch. Larry gibt Laute von sich, als ob er der Mutter antworten wolle. Die Mutter sagt, dass er vielleicht den Unterschied zwischen einem Schnuller und der Brust kenne. Larry erwidert dies mit einem Lächeln, welches von einem Ohr zum anderen zu reichen

scheint und sein ganzes Gesicht erfasst, und er gurrts als Antwort. Die Mama drückt seine Wangen leicht mit ihren Fingern, neckt ihn und sagt: „Er stimmt mir zu“. Larry lacht und gluckst als Antwort. Er sieht sie intensiv an, als sie sein Gesicht berührt und ihn einen „Titty-Lutscher“ nennt. Larrys Körper ist entspannt, er lächelt und antwortet mit Gurgeln und manchmal mit Mundbewegungen, so als ob er sprechen würde (Abb. 2).

Vor meiner Baby-Beobachtungs-Zeit besuchte ich eine Kunstaussstellung von Leena KLEEMOLA. In der Pressemitteilung schrieb sie, es seien Bilder der Sensorik und Sensibilität. Wenn der Verstand der Worte entleert sei, würden die Sinne die äußere Welt schärfer sehen. In einem derart ruhigen Zustand offenbare sich den inneren Augen die verborgene Welt. Die Bilder hatten keine Namen und waren Bilder von etwas ohne Worte, sie hatten deshalb den Titel „Nameless“ (Namenlos) anstelle des üblichen „ohne Titel – untitled“ (KLEEMOLA 2010). Der Besuch der Kunstaussstellung kurz vor dem Beginn der Kleinkind-Beobachtung fungierte für mich wie eine Grundierung für meine Sinne und für die Beobachtung eines neun Wochen alten Säuglings, der für seine Innen- wie Außenwelt selbst noch keine Worte hat.

Nach einem erfolglosen Versuch, Larry einen Schnuller zu geben, der selbst eher seine Faust bevorzugte, hebt die Mutter Larry zu ihrer Schulter, um ihn nach dem Füttern rülpfen zu lassen. Larry spannt seine Muskeln an und schaut um sich in Richtung Küche. Die Mutter kommentiert den fragenden Ausdruck in seinem Gesicht und meint, dass er heute alles so „ehrfürchtig“ anblicke, als ob er es zum ersten Mal sehe. Seine blauen Augen sind weit geöffnet, ebenso Mund und Lippen. Larry streckt den Hals aus, als er wieder im Zimmer ist. Dann lehnt er seinen Kopf an die Schulter seiner Mutter.

Larry ist mit neun Wochen ein gesundes, an seiner Umgebung interessiertes Baby. Zu diesem Zeitpunkt gilt Larrys Hauptinteresse der Brust der Mutter. Wenn sie nicht verfügbar ist, saugt er an seinen Fingern, um sich zu trösten. Seinen Schnuller mag er nicht. Nach und nach erweitern sich Larrys Welt, seine Aufmerksamkeit und seine Reaktionen.

Larrys Mutter platziert ihn auf dem Wippen auf dem Boden vor dem Sofa, nimmt ein Stofftier und versucht es ihm in die Hand zu geben. Der Spielzeuglöwe ist blass, hat zwei Augen und eine katzenartige Nase. Die Mutter lässt den Spielzeuglöwen von Larrys linker Hand berühren, schwenkt ihn hin

und her. Gleichzeitig spricht sie mit ihm, aber er scheint nicht darauf zu achten, auch nicht auf seine eigene Hand oder den Spielzeuglöwen. Stattdessen schaut er in Richtung der Beobachterin.

Larrys Aufmerksamkeit richtet sich jetzt nicht mehr auf seine Mutter und die taktilen und akustischen Reize. Stattdessen wendet er sich dem Gesehenen zu. Die Beobachterin erinnert sich dabei an Situationen, als Larry sehr konzentriert war auf die Brust und seine zu ihm sprechende Mutter ignorierte.

Das implizite Gedächtnis arbeitet, wenn frühere Erfahrungen die Bewältigung von Aufgaben erleichtern, welche selbst wiederum keiner bewussten oder intentionalen Rückerinnerung bedürfen (SCHACTER 1989). Die Künstlerin sammelt Eindrücke in ihrem Gedächtnis. Aber was behält Larry im Gedächtnis, im Alter von neun Wochen? Seine sehr frühen präverbalen und präsymbolischen Erfahrungen werden im impliziten Gedächtnis gesammelt, welches als nichtdeklaratives oder prozedurales Gedächtnis ab der Geburt zur Verfügung steht (MANCIA 2007; SIEGEL 1999).

Als ich gehe, sage ich Goodbye zu Larry, der in seiner Wippe sitzt und mich ernst ansieht, ohne einen Ton von sich zu geben oder zu lächeln. Als ich aufstehe und zum Flur gehe, kommentiert die Mutter, dass Larry mir mit seinen Augen nachfolgt und seinen Kopf dreht. Ich hatte das Gleiche auch schon beobachtet. So wie er meinen Bewegungen folgt, als ich mich von ihm weg begeben, fühle ich mich als wichtige Person in Larrys Bewusstsein. Die Mutter kommt noch einmal zur Haustüre, um mich zu verabschieden, während sie Larry im Arm hält. Dieses Mal beobachtet mich Larry mit scharfer Aufmerksamkeit, weit geöffneten Augen und Mund, als ob er erstaunt über die Veranstaltung sei, die hier stattfindet. Die Mutter kommentiert zum zweiten Mal bei diesem Besuch, dass Larry sich für seine Umgebung und für das Erstaunliche all der Dinge um ihn herum interessiere.

Alle Sprachen der Kunst, sei es Poesie, Musik, bildende Kunst, ebenso wie auch die Übertragung, haben ihre Wurzeln im Unbewussten (MANCIA 2007). Sprache ist das Medium der Kommunikation zwischen Analytiker und Patient und erlaubt beiden, einander zu berühren und berührt zu werden (QUINDOZ 2003). Baby-Beobachtung kann helfen, die Sprache des Babys zu lernen, ebenso wie die „intimen Verbindungen zwischen Soma und Psyche“ (WITTENBERG 1999, S. 5). Larry lernte eine Sprache, reich an Empfindungen und Gefühlen, und fand dabei seine eigenen „Worte“, um

die Menschen in seiner Nähe zu berühren. Im Alter von nun acht Monaten beginnt er, die Klänge von anderen zu wiederholen, um eine gemeinsame Sprache zu teilen.

Larry sitzt auf dem Schoß seines mütterlichen Großvaters, der ein Geräusch ähnlich einem Automotor macht. Larry beobachtet seinen Großvater, ohne selbst einen Laut von sich zu geben, und wendet sich gelegentlich mit einem Blick der Beobachterin zu, die gegenüber sitzt. Der Opa begrüßt die Beobachterin und macht dann weiter seine Motorgeräusche. Nach kurzer Zeit gibt Larry erstaunlich ähnliche Laute von sich, und Opa verstärkt sie durch Zeigefingerbewegungen von Larrys Lippen. Larry holt Luft und konzentriert sich darauf, Luft und Ton aus seinem Mund zu lassen, während Opa seine Lippen mit seinem Zeigefinger bewegt. Larrys Luftholen beantwortet Opa mit einem eigenen Motorgeräusch. Ein Dialog zwischen beiden setzt sich fort, ebenso wie Larrys monologisches Geräuschmachen bei sehr ernsthafter Konzentration.

Larry acht Monate

Erst war Larry unzufrieden auf Mamas Schoß und wollte auf den Boden gelassen werden. Jetzt ist er auch damit nicht zufrieden und krabbelt zu seiner Mutter. Sie versucht ihn zur Nachahmung zu bewegen und macht ein rhythmisches „ö-ö-ö-öö“. Nach einer Weile antwortet Larry der Mutter. Die Mutter sagt, dass beide schon am Vorabend einander nachgeahmt und dabei viel Spaß hatten (Abb. 3).

Baby-Beobachtung fokussiert nicht nur Entwicklung und Wachstum oder die Interaktion Eltern-Kind, auch die Beziehung zwischen Baby und Beobachter ist von Interesse. Ein Kind weckt implizite Erinnerungen an eigene Erfahrungen und eigene Interaktionen mit den Eltern und der Umgebung. Sofern die Baby-Beobachtung ein Bestandteil der analytischen Ausbildung ist und mit der Lehranalyse parallel geht, können beide einander bereichern. Baby-Beobachtung hilft, Übertragung und Gegenübertragung bewusst zu erfassen (SIEGEL 1999). Lehranalytanden hören ja mehr als nur die Worte ihrer Lehrtherapeuten: Sie hören mit allen Sinnen, einige reagieren mit diversen somatischen Symptomen. Baby-Beobachtung ist eine gute Möglichkeit, persönliche Erinnerungen sehr früher Erfahrungen hervorzuholen, seien sie auch implizit und nonverbal (SIEGEL 1999). Die Baby-Beobachtung eröffnet die Möglichkeit, mit allen Sinnen zu „hören“ (Abb. 4).

Die Baby-Beobachtung gibt wertvolle Anregungen, um die Entwicklung der kindlichen Psyche zu verstehen, ebenso wie die Integration von Körper und Geist (RUSTIN 2006). Baby-Beobachtung macht nicht nur Theorien lebendig, sondern inspiriert und stimuliert das theoretische Studium psychoanalytischer Literatur.

References

- Bick, E. (1964): Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45, 558–66
- Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London: Heinemann. [Reprinted London: Karnac Books, 1984]
- Borensztein, C. L.; Kohen de Abdala, N. G.; Neborak Dimant, S.; Nemas de Urman, C. & Ungar, V. (1998): Infant observation and its relation to our work as psychoanalysts. *Int. J. Infant Observation*, 1(2), 71–83
- Cacioppo, J. T.; Rourke, P. A.; Marshall-Goodell, B. S.; Tassinari, L. G. & Baron, R. S. (1990): Rudimentary physiological effects of mere observation. *Psychophysiology*, 27, 177–186
- Hinshelwood, R. D. (1989): *A Dictionary of Kleinian Thought*. London: Free Association Books
- Kleemola, L. (2010): Personal communication
- Klein, M. (1952): The origins of transference. In: M. Klein (1997), *Envy and Gratitude and other Works 1946-1963* (pp. 48–56). London: Random House
- Lanyado, M. (2004): *The presence of the Therapist: Treating Childhood Trauma*. New York: Brunner-Routledge
- Mancia, M. (2007): *Feeling the Words. Neuropsychoanalytic understanding of memory and the unconscious*. Published in Italian (2004) as *Sentire le Parole: Archivi Sonori Della Memoria Implicita e Musicalità del Transfert*. Translated by J. Baggott. Birksted-Breen, D. (Ed.): *The New Library of Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Piontelli, A. (1987): Infant observation from before birth. *Int. J. Psycho-Anal.*, 68, 453–463
- Piontelli, A. (1992): From Fetus to Child. An Observational and Psychoanalytic study. In: E. B. Spillius (Ed.), *New Library of Psychoanalysis, Vol. 15.* London: Tavistock/Routledge.
- Quinodoz, D. (2003): Words that touch. *Int. J. Psychoanal.*, 84, 1469–1485
- Rustin, M. (1989): Encountering Primitive Anxieties. In: L. Miller; M. Rustin; J. Shuttleworth & M. Rustin (Ed.), *Closely Observed Infants*. London: Gerald Duckworth & Co
- Rustin, M. (1997): What do we see in the Nursery? Infant Observation as ‘Laboratory Work’. *Int. J. Infant Observation*, 1(1), 93–109
- Rustin, M. (2006): Infant observation research: What have we learned so far? *Infant Observation* 9(1): 35-52
- Schacter, D. L. (1989): Critical review. Implicit Memory: History and Current Status. *J. Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13 (3), 501-518
- Siegel, D. J. (1999): *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape who We Are*. New York: Guilford Press

- Winnicott, D. W. (1971): *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis
- Winnicott, D. W. (2005): *Playing and Reality*. London: Routledge.
- Wittenberg, I. (1999): What is psychoanalytic about the Tavistock model of studying infants? Does it contribute to psychoanalytic knowledge? *Int. J. Infant Observation*, 2(3), 4-15

Figures:

FIG. 1. Leena Kleemola, *Nameless*, 2005. Acrylic on canvas (110 x 110 cm)

FIG. 2. Leena Kleemola, *Nameless*, 2005. Acrylic on canvas (100 x 140 cm)

FIG. 3. Leena Kleemola, *Nameless*, 2005. Acrylic on canvas (110 x 110 cm)

FIG. 4. Leena Kleemola, *Nameless*, 2005. Acrylic on canvas (110 x 110 cm)

Acknowledgements

I would like to thank ‘Larry’ and his family for the opportunity to observe and learn together during the first year of his life. Leena KLEEMOLA deserves many thanks for her paintings that have spoken clearly even without words. There are others who have generously and gently guided and supported this endeavor, and they are very much appreciated, among them the members of the Helsinki neuropsychoanalytic study group and the ‘Friday article workshop’. The Therapeia Foundation has supported this presentation with a travel grant.

This paper was originally presented at the 11th Neuropsychoanalysis Congress Neuropsychoanalytic Perspectives on Play at the University of Washington, Seattle, USA, in July 2010. Parts of this text were translated into Finnish and published in the journal *Psykoterapia* (1/2012), and are here republished with the kind permission of *Psykoterapia* and its publishers, Therapeia Foundation and Therapeia Society.

Contact: Vuokko Hägg, MPsych, psychoanalyst • PL 7 • 02101 Espoo • Finland
• vuokko.hagg@saunalahti.fi

Identitätsentwicklung bei Schwächen in der Wahrnehmungsorganisation: Aufwachsen unter erschwerten Bedingungen mit besonderer Berücksichtigung der Affektregulations- und Bindungstheorie

Eva Rass (Buchen)

Individual development is embedded in complex psychosocial conditions. The paper emphasizes the importance of hidden and undetected neurological deficits, which cause psychological problems in the interaction with the environment. The interdependence of individual dispositions and environment and the consequences for the emotional development are discussed. Youngsters and even adults with neurological deficits of motoric and/or perceptual skills challenge their environment, especially parents, educators and therapists. Such deficits and their consequences for development have been given little attention to date. The paper describes the impaired child's everyday life experience. A rough schema illustrates the most important perceptual areas that have proven useful and successful in the corporation of doctors, teachers, parents and therapists. Paying attention to the individual's shame experience is as essential as an empathic environment.

Keywords: perceptual organization, perceptive disorder, perception of rhythm, sensory integration, identity, shame

Basale neuropsychologische Gegebenheiten und Entwicklung

Der Prozess des Heranwachsens ist in ein komplexes psychosoziales Geschehen eingebettet. Neben den psychobiologischen, psychologischen und emotionalen Bedingungen beeinflussen basale neuropsychologische Vorgegebenheiten das Interaktionsgeschehen. Es sind sowohl Anlagen als auch Umgebungsfaktoren, die das jeweilige Endresultat und somit auch das Identitätserleben bestimmen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Wahrnehmungsorganisation (vgl. RASS 2002, 2008).

Anhand eines Beispiels soll verdeutlicht werden, was intra- und interpersonell unter „Wahrnehmungsorganisation“ zu verstehen ist. Man führe sich ein mit Vehemenz durchgeführtes Völkerballspiel vor Augen: Der Ball wird schnell unter den Mitspielern hin- und hergeworfen, um dann letztendlich mit großer Wucht einen Spieler „abzuschlagen“. Das individuelle Mitschwingen im Spielverlauf erfordert ein schnelles visuelles und visuomotorisches Differenzieren der Spielzüge, der eigene Körper muss

sich in Raum und Zeit auf dieses fortwährende interpersonelle Geschehen zeitlich passend einstimmen und Visuelles muss mit Motorik synchronisiert werden, um zur rechten Zeit am richtigen Ort zu sein. Der Bewegungsfluss der anderen muss „gelesen werden“, zumal auch Tricks und Täuschungsmanöver zum Spiel gehören. Der mit Macht geworfene Ball sollte auf einen Körper treffen, der über ein gutes Gleichgewichtssystem verfügt, um nicht aus der Balance zu geraten. Die Arme haben sich dem anfliegenden Ball im richtigen Moment geöffnet zu nähern und der Händegriff muss fest genug sein, damit der Ball nicht zu Boden fällt. Bei dem Gesamt der Abläufe braucht nur *ein einziger* Aspekt nicht stimmig zu laufen, und schon gelingt das *Gesamt* der ganzen Handlung nicht. Schon 1982 sprach der herausragende Kinderpsychiater Reinhart LEMPP in diesem Zusammenhang von einer „Kette“, die so stabil ist wie ihr schwächstes Glied (LEMPP 1982).

Ein Mensch, dessen Wahrnehmungsorganisation langsamer und/oder ungenau arbeitet, wird bei einer derartigen Aktivität Unsicherheit, Beschämung und keine Freude erleben und sich – wenn möglich – herausnehmen.

Die Welt trifft über den Gleichgewichtssinn, den Hautsinn, den Stellungs- und Spannungssinn, den Gesichts-, den Gehör-, den Geruchs- und den Geschmackssinn auf das Verarbeitungssystem des Menschen; erst danach ist die Schwelle von außen und innen überschritten. Diese Aufnahme über die Sinnesorgane kann sehr unterschiedlich erfolgen und das jeweilige Outcome beeinflusst ganz maßgeblich unser psychologisches Erleben. Dazu RATEY von der Harvard-University:

Wenn ein Therapeut die Ausrüstung erforscht, mit der ein Mensch das Leben wahrnimmt, dann beginnt er gewissermaßen am Ursprung (...). Störungen in der Wahrnehmung (...) können den Patienten in trostloses Elend stürzen (RATEY 2001, S. 14).

Das frühere Leben verlief im Vergleich mit dem heutigen bei Weitem nicht so schnell und ohne Reizüberflutung. Zudem war der Mensch von früh bis spät auf den Beinen und das Leben war von Motorik geprägt, was die Sinne – auch die schwächeren – schulte und aufpolierte. Auf der Harvard-Spring-Conference 2013 in Boston „The Therapeutic Action of Psychodynamic Psychotherapy: Current Concepts of Cure“ – eine alljährliche psychotherapeutisch-psychoanalytische Veranstaltung vom

Feinsten – wurde von den beiden Veranstaltungstagen ein halber Tag der Körperlichkeit gewidmet, da ein regelmäßiges aktives Körperprogramm ungeheure Auswirkungen auf den hirnorganischen Stoffwechsel und die synaptischen Vernetzungen hat, was psychische Prozesse beeinflusst und prägt. Regelmäßige körperliche Aktivität beeinflusst die Chemie des Gehirns, dient der Regulation der Emotionen und optimiert das intellektuelle Funktionieren. Das heutige Leben bietet einem Menschen mit körperlichen Unzulänglichkeiten enorme Versuchungen zur Passivität, und so ist es nicht einfach, gerade einen Heranwachsenden mit sensorischen Unzulänglichkeiten zum Erwerb dieser „Körperfremdsprache“ zu verführen. Wird sich nicht bewegt, nimmt nicht nur die Entwicklung der sensorischen Integration Schaden, sondern entwickelt sich in der Folge auch eine andere hirnorganische Chemie und ein damit einhergehendes Netzwerk (RATEY 2008). Sinnvoll aktiviert wird man zweifelsohne noch kein rhythmisch-flexibler Sportler, jedoch kommt es nachweislich zu einer hirnorganischen synaptischen Verdichtung, die koordinierteres Funktionieren erleichtert. Die Weisheit des Spruches „Wer rastet, der rostet“ findet sich im hirnorganischen Prinzip: „Use it or loose it“ wieder.

Die Wahrnehmungsorganisation ist das Schlüsselloch, das die von außen eintreffenden Reize passieren müssen. Und diese Verarbeitung bestimmt wesentlich das erst danach mögliche reaktive Verhalten. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Schon 1633 formulierte der große Pädagoge COMENIUS: „*Es gelangt nichts in den Verstand, was nicht zuvor in den Sinnen war*“ (zitiert nach RASS 2002, S. 33). Nur mit der Erforschung dieser Ausrüstung, mit welcher der Mensch das Leben in sich aufnimmt, holt man ihn gewissermaßen dort ab, wo er steht. Unausweichlich prägt somit die individuelle sensorische Verarbeitung den Prozess der Identitätsfindung.

Der Mensch versucht die Welt mit seinem Körper und den darin eingebetteten beschriebenen Sinnesorganen zu fassen. Je genauer, je differenzierter, je geschmeidiger und zeitangemessener diese Verarbeitung ist, umso schneller und sicherer kann man auf die von außen eintreffenden Stimuli antworten – d. h. sich zeitnah darauf einstellen, um mitzuschwingen. Gelingt dies nicht, hat der Mensch schlechte Karten, da er die jeweiligen Abläufe „nicht schnell genug blickt“, „mal wieder nichtinhört“ oder in Bezug auf sein Bewegungs- und Gleichgewichtssystem nicht „hieb- und stichfest“ ist. Wer Probleme in der Feinmotorik hat, hat scheinbar „zwei linke Hände“ und „es geht alles kaputt, was dieser Mensch in die Finger bekommt“. Die Liste derartiger *entwertender* Beschreibungen

könnte fortgesetzt werden und es ist vermutlich just jene damit einhergehende Beschämung, was die Annäherung an dieses Thema so problematisch macht.

Wie geht es aber einem Menschen, der vieles nicht schnell genug „blickt“, der häufig immer wieder „auf dem „Schlauch“ oder wie der berühmte „Ochs vorm Berg“ steht? Wie geht es einem Menschen, wenn er die ihn umgebende Geräusch- und Sprachkulisse nicht zügig genug zu differenzieren vermag und vieles einem Brei ähnlich an ihm viel zu schnell vorbeirauscht – ähnlich der Erfahrung, wenn man in einem fremden Land die Sprache nicht versteht, die Menschen aber fortwährend darauf drängen, dass man zeitnah reagiert. Wie geht es einem Kind, das nicht „hieb und stichfest“ ist, das am Klettergerüst einer Rutsche steht, gerne hinaufsteigen würde, aber andere robuste und körperlich vital sichere Kinder drängeln und schubsen? Wie positiv kann unter diesen Umständen eine Selbstbesetzung aussehen, wie die Bausteine einer sich-selbst-bejahenden Identität?

Wenn man den Bewegungsablauf des angeführten Spiels auf das allgemein menschliche Kommunikationsgeschehen überträgt, wo Bewegungen, Sätze, Worte, Wortketten im Verbund mit Blicken hin und her geworfen werden, kann man mit etwaigen Unzulänglichkeiten in diesem Geschehen nicht oder nur mit großer Mühe und Anspannung mithalten.

Die zuvor angeführte Weisheit des großen Comenius zeichnet sich auch in der deutschen Sprache nach, wo mit dem anfänglichen „Begreifen“ – die Welt mit den Händen erfassen – sich allmählich mit der Reifung der mentale „Begriff“ bis hin zum „Wort“ und Schriftbild entwickelt. Wenn im primären Be-Greifen im Kontakt der Hände des krabbelnden Säuglings mit den Gegenständen das Erfasste in seiner Eigentümlichkeit taktil nur wenig, unsicher und eventuell sogar mit Unbehagen erspürt wird, wird nachvollziehbar, dass die lineare Entwicklung ganz anders verläuft wie bei einem Krabbelkind, das sich mit feinstem sensiblen und lustvollen Erspüren eine Vorstellung von der Welt erarbeitet. Ist die basale Sinnesverarbeitung von neuropsychologischen Unzulänglichkeiten geprägt, spricht man von primären Wahrnehmungsschwächen (vgl. WARNKE 2000, S. 197 ff.). Diese konstitutionelle Schwäche darf nicht verwechselt werden mit einer Wahrnehmungsschwierigkeit, die aus einer durch eine Veränderung des Gemütszustandes beeinflussten Wahrnehmung, aus Empathieverzerrungen oder aus einer psychologischen Dissoziation herrührt.

Schon 1985 beschrieb Daniel STERN in seinem zukunftsweisenden Buch

„Die Lebenserfahrung des Säuglings“ (STERN 1985) differenziert die konstitutionellen Unterschiede:

Die Fähigkeiten, die es dem Säugling ermöglichen, seine vielfältigen sozialen Erfahrungen miteinander zu verbinden, sind zu einem sehr großen Teil konstitutionell – und das heißt genetisch – determiniert. Entweder sind sie von Anfang an vorhanden, oder sie entfalten sich unter der Voraussetzung, dass das Zentralnervensystem ebenso wie die Umwelt intakt ist, nach einem angeborenen Zeitplan. Für die nahe Zukunft könnte sich die Untersuchung der individuellen Unterschiede dieser Fähigkeiten im Hinblick auf *psychopathologische* [Hervorhebung E. R.] Entwicklungen sehr kleiner Kinder als das *fruchtbarste* [Hervorhebung E. R.] klinische Forschungsfeld erweisen. (...) Man hofft, dass die frühesten Abweichungen in den sozialen und intellektuellen Funktionen sich auf Anomalitäten dieser Fähigkeiten zurückführen lassen. (...) Sehen wir uns kurz die klinischen Konsequenzen an, die Defizite dieser Fähigkeiten zur Folge haben können. Die Fähigkeit, Informationen aus einer Sinnesmodalität in eine andere zu übertragen, ist für die Integration des Wahrnehmungserlebens von so zentraler Bedeutung, dass die Probleme, die aus einem Defizit dieser Fähigkeit erwachsen können, fast unbegrenzt sind. Lernschwierigkeiten sind eines der ersten Probleme, an die man sogleich denkt, da das Lernen zu einem so großen Teil auf der Informationsübertragung von einem Sinnesmodus in einen anderen, vor allem auf Übertragung zwischen Gesichtssinn und Gehör, angewiesen ist. (...) Auch in sozialer und emotionaler Hinsicht *könnten* [Hervorhebung E. R.] Kinder durch solche Defizite beeinträchtigt werden; ein reibungsloser intermodaler Informationsfluss trägt in hohem Maße dazu bei, das Sozialverhalten anderer Menschen sowie die integrierten Handlungen, Empfindungen, Affekte usw. des eigenen Selbst *richtig* zu erfassen [Hervorhebung E. R.]. Diese Ergebnisse sind einstweilen noch zu neu, als dass man sich von den Grenzen ihrer psychopathologischen Relevanz schon eine Vorstellung machen könnte (STERN, dt. Fassung, 1992, S. 265f).

Das Leben des heutigen Menschen und natürlich auch das des Kindes ist von einem hohen Anpassungsdruck geprägt, der vom Zeitgeist diktiert wird. Alles hat flexibel, im Team und kommunikativ zu geschehen – so als ob alle Menschen diesbezüglich gleich ausgestattet seien. Kaum eine Zeitschrift oder Fachzeitschrift beschäftigt sich seit geraumer Zeit nicht mit dem Phänomen des „Burnout“ und der „Depression“. Nicht wenige Menschen sind mit einer nicht optimalen Wahrnehmungsorganisation ausgestattet: In einer Studie des Gesundheitsministeriums Baden-Würt-

temberg wurden im Juni 2001 600 unausgelesene Kinder bei einer Einschulungsuntersuchung (d. h. keine *ausführliche* testpsychologische Untersuchung) auf Wahrnehmungsstörungen überprüft und die Ergebnisse zeigten, dass 23 % der Kinder in diesem sehr guten Kurzverfahren unter optisch-graphomotorischen, akustisch-phonematischen und kinästhetisch-artikulatorischen Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen litten (Vorschuluntersuchungen, 2001). Es ist m. E. nicht auszuschließen, dass ein Zusammenhang mit den später auftretenden Erschöpfungszuständen besteht, da das Leben der Erwachsenen eine hohe Anforderung an die individuelle Flexibilität und Mobilität stellt.

Rhythmuserkennung

Die Basiskompetenz der Rhythmuserkennung (JÄNCKE 2008, S. 144; SACKS 2008) scheint für die Reizverarbeitung eine Grundlagenfähigkeit darzustellen. Die meisten Abläufe im Leben stehen damit in Zusammenhang. Einen Rhythmus zu erkennen ermöglicht, ihn biomechanisch und neurophysiologisch nachzuempfinden, was notwendig ist, um sich mit den von außen eintreffenden Reizen zu synchronisieren. Jedes menschliche Zusammensein erfordert dieses Mitschwingen, sei es in der Bewegung, in der Sprache oder im Miteinander-Handeln. Sprachliche geschmeidige Kommunikation ist nur möglich, wenn sich die Sprachrhythmen der Partner zeitnah begegnen. Gemeinsames motorisches Miteinander verlangt auf der sensomotorischen Ebene einen ähnlichen Synchronisationsprozess, und so ist es nicht verwunderlich, dass in allen Kulturen wichtige Ereignisse, wo es gilt, die Menschen miteinander abzustimmen, von Musik und rhythmischen Ritualen begleitet sind. Es handelt sich um eine elementare Kommunikationsebene, die Einfluss auf Emotion, Motorik und kognitive Funktionen nimmt. Rhythmischer Gleichschritt ermöglicht ein Wir-Gefühl, das es wiederum ermöglicht, aus der Einsamkeit auszusteigen. Synchrones Handeln ist die Voraussetzung für prosoziales Verhalten, was das Gefühl von Zusammengehörigkeit unterstützt. JAFFE & BEEBE (2001) erforschten die „Rhythms of Dialogue in Infancy“ und arbeiteten die Notwendigkeit der zeitlich-rhythmischen Abstimmung im frühen körperlichen Mutter-Kind-Dialog heraus. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Untersuchungen von CONDON & SANDER (1974) und CONDON (1975), wo gesunde Neugeborene in den ersten zwei Wochen ih-

res Lebens beobachtet und ihnen Tonbandkassetten mit amerikanischer und chinesischer Sprache, vereinzelt Vokalen und Schlaggeräuschen angeboten wurden. Die Babys bewegten sich völlig synchron (Augen, Kopf, Schulter, Augenbrauen, Ellbogen, Füße) mit der vom Erwachsenen vorgegebenen Sprachstruktur. Sie waren somit von Anfang an intensive Teilnehmer an diesem Prozess und bewegten sich im Rhythmus der Sprache. Ein einziges Baby – ein Risikokind – bewegte sich nicht synchron, was damals als Einzelfall klinisch aber noch keine Bewertung erfuhr.

Das Wissen, wie stark Rhythmik die Entwicklung beeinflusst und auch fördert, scheint in allen Kulturen im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern implizit vorhanden zu sein: das Kind wird zur Beruhigung auf den Armen oder in der Wiege geschaukelt; die ihm vorgesungenen Lieder bestehen aus einfachen, sich wiederholenden Rhythmen und Reimen, und rhythmische Gebärden werden benutzt (Hoppe Hoppe Reiter ...), was je nach Einsatz und Ausdruck belebt, beruhigt und vereint. Wenn die rhythmische Verarbeitung erschwert ist, machen später rhythmische Tätigkeiten wie z. B. Laufen und Schwimmen wenig Freude und müssen wie eine Fremdsprache erlernt werden – was, wie bei der Sprache, in der Kindheit leichter fällt. Dieser Sachverhalt erklärt, warum in dieser Hinsicht „unbegabte“ Kinder (später auch die Erwachsenen) diese Tätigkeiten eher vermeiden. Dies wiederum hat zur Folge, dass der Körper nur bedingt oder gar nicht in den Zustand des „Runner's High“ gelangen kann, der dann auftritt, wenn der Körper regelmäßig zumindest zwanzig Minuten kontinuierlich rhythmisch bewegt wird. Durch dieses Training wird der hirnanorganische Stoffwechsel wie durch ein antidepressiv wirkendes Medikament angekurbelt, und so kann selbstwirksam eine bessere Stimmung herbeigeführt werden. Daneben wird aber auch noch die Neubildung von Nervenzellen angeregt, die bei chronischem Stress und Depression eingeschränkt ist (RÜEGG 2009).

Der Rhythmus des Gehens, Tanzens, Joggens, Schwimmens, Reitens u. a. stabilisiert aber nicht nur das Gehirn in Bezug auf eine bessere Stimmung. Die Nervenzellen erzeugen ihre elektrischen Impulse im Gleichtakt, was sich positiv auf die Wahrnehmung, auf die Erinnerungs- und die Denkleistung auswirkt. Im Ergebnis der Studie der Universitätsklinik Ulm formulierte Manfred SPITZER, der Direktor der Klinik für Psychiatrie: „Sport macht das Gehirn effektiver“. Intensives Lauftraining führt zu deutlichen Verbesserungen im visuell-räumlichen Gedächtnis und in der Konzentration. Rhythmisches Training macht somit nicht nur

„schlau“, sondern sorgt auch für „gute Laune“ (MERTENS 2006; Laufen macht schlau und sorgt für gute Laune, 2008).

Diese Erkenntnisfortschritte belegen, wie weitreichend die Auswirkungen körperlich-rhythmischer Aktivitäten und die daraus resultierenden Kompetenzen sind. Bei primärem sensomotorischem Mangel – der früher durch den bewegungsgeprägten Alltag ausgeglichen wurde – können diese Kompetenzen mit viel Selbstüberwindung und Ausdauer in gewissem Umfang erarbeitet werden, wozu ein erhebliches Maß an Motivation, Fleiß und Disziplin vorhanden sein muss. Tief beeindruckende Sätze zu „Rhythmus“ und dessen archaischer Auswirkung und Bedeutung sind im Film „Rhythm is it“ zu hören, wo sich Sir Simon RATTLE, der Dirigent der Berliner Philharmoniker, in ergreifender Form dazu äußert (Rhythm is it, 2004).

Sensorische Wahrnehmung

Wenden wir uns nun der Wahrnehmungswelt des Kindes zu: Eine intakte sensorische Verarbeitung ist keine Angelegenheit von Entweder-Oder. Man hat nicht eine optimale Wahrnehmungsorganisation oder gar keine. Die Übergänge zum Normalen sind fließend. Nach statistischer Wahrscheinlichkeit muss angenommen werden, dass die sensorischen Reaktionsmöglichkeiten bei einer großen Zahl von Menschen zwischen guter und manifest schlechter sensorischer Integration streuen (vgl. LEMPP 1970, 1975, 1982). Eltern von Kindern und später deren Partner, die von derartigen Unzulänglichkeiten nichts wissen, können sich nur unzureichend auf die Bedürfnisse ihres diesbezüglich beeinträchtigten Mitmenschen einstellen.

Die Folgen derartiger Schwächen werden in der frühen Kindheit in einem überschaubaren, kleineren menschlichen Interaktionsrahmen oft kaum spürbar, da sich in der Zweier- oder Dreier-Situation die Menschen leichter aufeinander abstimmen können und das Gesamt der interaktiven Stimuli überschaubar und beantwortbar ist. Dies gilt auch später z. B. im Zweierkontakt der Lehrer-Schüler-Interaktion und im therapeutischen Einzelsetting, wo diese Probleme meist kaum spürbar sind. In einem komplexeren Geschehen kommt es aber zu schnellen, zu rivalisierenden und vielschichtigen Interaktionen, deren Bewältigung für einen sensorisch schwächer ausgestatteten Menschen sehr schwierig ist. Dass das daraus resultierende Erleben *in der Folge* zu psychischen Beeinträch-

tigungen führen kann, ergibt sich von selbst, doch darf dieses Outcome nicht als das Primäre erachtet werden. „Setzt die Therapie bei seinem [des Menschen, Anm. E. R.] Unglücklichsein an, führt das zu nichts. Unsere heutige Welt ist voll von Menschen mit ... Wahrnehmungsstörungen, die sich fragen, warum all die Antidepressiva und Analysen nichts gefruchtet haben“ (RATEY 2001, S. 14). Größte Aufmerksamkeit sollte daher dem *sensomotorischen interpersonellen Geschehen* zukommen, da sich im Lebensalltag durch die entsprechenden Unzulänglichkeiten mehr oder weniger gravierende Misserfolge einstellen, die *in der Folge* zu psychologischen Belastungen werden können.

Taktil-kinästhetische Wahrnehmungsverarbeitung

Von Lebensbeginn an spielt die taktil-kinästhetische Wahrnehmung, d. h. die Verarbeitung der Informationen aus dem Tastsinn und den Lagerezeptoren, eine herausragende Rolle (AYRES 1979), da alle weiteren Verarbeitungsschemen davon beeinflusst sind. Der Fötus erlebt die Bewegungen der Mutter, er berührt die Nabelschnur, er lutscht am Daumen und mit dem Größerwerden erspürt er den eigenen Körper durch die Enge im Mutterleib immer deutlicher. In der Außenwelt angekommen, versucht die Mutter ihr Baby über ihren Körper, d. h. durch Wiegen, Streicheln, zärtliche Berührungen und Körperwärme in seiner Reizverarbeitung zu unterstützen. Das Berührtwerden und das beruhigende Sich-Selbst-Berühren (self-touch) ermöglichen ein Nachlassen von Spannung. Vielleicht werden diese mütterlichen Bemühungen, um dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Bindung zu geben, von einem diesbezüglich konstitutionell schwächer ausgestatteten Baby abgewehrt, da es nicht in der Lage ist, durch die wiegende rhythmische Bewegung der Mutter und durch ihr Streicheln körperliche Zentrierung, Ruhe und affektive Regulierung seiner Spannung zu erfahren. Vielleicht erlebt es die Bewegung als ängstigend und die zärtliche Berührung eher als unbehaglich und reagiert aversiv, weil es sie als übererregend oder ungenau empfindet. Dieser misslingende Dialog zwischen Mutter und Kind prägt den affektiven Zustand beider und damit auch die künftige Entwicklung der Beziehung (vgl. RASS 2002, 2008). Das taktil-kinästhetisch schwächere Kind erlebt die Welt quasi „wie mit Boxhandschuhen“ und es hat für manches wenig Gespür, oder es reagiert hypersensibel. Die Koordination seiner Bewegungen und sein sicherheitsgebendes Gleichgewichtssystem, mit dem es

den Raum um sich herum erfährt, sind ebenfalls wenig sicherheitsgebend ausgeprägt. Wenn „Raum“ nicht mit körperlicher Sicherheit erlebt wird, was nur mit einer sicheren taktil-kinästhetisch-vestibulären Körperwahrnehmung gelingt, leiden darunter alle spontanen und freudvollen Bewegungen (vgl. AYRES 1979). Spielerischer Kontakt unter Kindern ist meist körperlich. Wenn ein Kind nicht in der Lage ist, dieses Rivalisieren und den Wettbewerb mit Freude zu erleben, reagiert es verstört. Diese Verstörung beeinträchtigt in der Folge sein Streben nach Unabhängigkeit, denn Sicherheit und Exploration liegen auf einem Kontinuum.

Wenn ein Kind unter Kindern mit derartigen Beeinträchtigungen zu kämpfen hat, nützt ihm in diesem Augenblick auch die beste Beziehung zu den Eltern nichts (vgl. ebd.). Es wird vorsichtig und skeptisch und versucht, diese an sich gesunde Rivalität zu vermeiden. Dies wiederum bedeutet eine schwere Verletzung des aufkeimenden kindlichen Selbstwelterlebens. Ein nächster fataler Schritt in dieser unseligen Entwicklung ist das Auftauchen von Scham. Zuweilen wird ein derartiges Kind als ängstlich oder schüchtern beschrieben, was aber nur den psychischen Aspekt erfasst, während die körperlichen Unsicherheiten, die zu diesen Reaktionen führen, meist unbemerkt bleiben. Allzu oft nehmen Eltern, Ärzte, Lehrer und Therapeuten das Ausmaß der Unzulänglichkeit nicht wahr (RASS 2000, 2008).

Während das Kind in der ruhigen vertrauten Zweierbeziehung im Erwachsenenkontakt unauffällig erscheint, bereiten ihm Gruppenspiele, feinmotorische Anforderungen unter Zeitdruck und später schulisches Lernen keine Freude, vielmehr ermüdet die große Anstrengung. Oft wird das Nachlassen der Spannkraft mit „Konzentrationsschwäche“ beschrieben. In der Schule verlangen Denkprozesse, Rechnen und Aufsätze-Schreiben die Vorstellung eines sicheren mentalen Raumes, der sich nur entwickeln konnte, wenn der Körper des Kindes in der Lage war, den tatsächlichen Raum, in dem es lebt, mit adäquater Sicherheit zu erobern. Selbstorganisation – ein machtvolles Wort unseres Zeitgeistes – ist schwer, wenn es einem aus der Sensomotorik heraus nicht gelingt, etwas alleine „auf die Reihe zu bekommen“. Der rote Faden einer sinnvollen Handlung taucht nicht auf, der seriale Ablauf wird nicht erkannt und das Kind „zäumt das Pferd am Schwanz auf“. Statt Hilfe erfolgen von außen meist eher Ermahnung und Kritik.

Auditive Wahrnehmung

Ein weiterer Wahrnehmungsbereich ist die auditive Wahrnehmungsorganisation: Akustische Informationen werden großteils – in weit stärkerem Maße als bei anderen Sinnesorganen – lange bevor wir uns ihrer bewusst werden, verarbeitet. Auf der Zwischenstation entlang der Hörbahn vom Ohr bis an die Stelle, wo sie in das Bewusstsein vordringen, werden die Lautsignale differenziert und fein abgestimmt (RATEY 2001, S. 112). Im Hirnstamm werden die Geräusche in ihrer Tonqualität unterschieden und entsprechend ihren Klangeigenschaften in Einheiten zerlegt. Ähnlich wie die rhythmische und taktil-kinästhetische Wahrnehmung ist auch die auditive Wahrnehmung ein sehr komplexes Geschehen. Sie besteht u. a. aus Aufnahme, Selektion, Differenzierung, Analyse, Synthese, Ergänzung, Integration und Raum-Lage-Differenzierung und Speicherung (vgl. ROSENKÖTTER 2003). Der Weg vom akustischen Signal zur phonologischen Bewusstheit ist somit ein sehr komplexer, der nur zeitnah und differenziert benutzt werden kann, wenn die verschiedenen Aspekte integrativ miteinander arbeiten (PTOK et al. 2000). Am besten können ältere Erwachsene, die in jüngeren Jahren sehr gut hören konnten und nun auf ein Hörgerät angewiesen sind, nachvollziehen – da sie den Vergleich kennen – , welch komplexes Phänomen die Sprachverarbeitung ist, und wie schwierig die Programmierung selbst des sensibelsten Hightech-Computers des Hörgerätes ist, der fortwährend auf die unterschiedlichen Umgebungsfaktoren (z. B. Nähe, Ferne, glatte oder raue Umgebungsgegebenheiten, räumliche Akustik) programmiert werden muss. All diese Leistungen – und natürlich noch viel, viel besser – übernimmt ein funktionstüchtiges auditives Verarbeitungssystem. Um einen Menschen mit einer intakten auditiven Wahrnehmungsorganisation an das Erleben einer unzulänglichen auditiven Wahrnehmungsverarbeitung heranzuführen, ist anzuraten, dass er sich vorstellen soll, in einem Land zu sein, wo er die ihn umgebende Sprache nicht voll beherrscht und das Umfeld keine Rücksicht auf die ungenaue, langsamere und mühsamere Verarbeitung nimmt und ein schnelles Reagieren verlangt – was noch schwerer ist, wenn trotz intensivsten Bemühens auch noch Störgeräusche auftreten, wie z. B. Papierrascheln, Hüsteln, Straßenlärm, Radiomusik, usw. Dem Sprachfluss eines anderen Menschen zeitangemessen und flexibel zu folgen, wird unter diesen Umständen zu einer Schwerarbeit. Während der schwerhörig gewordene Erwachsene im Alter eventuell genervt, unwirsch und schnell

missgelaunt ist, ist das Kind in seiner Entwicklung eher unsicher, irritiert und – da sein Hörorgan vom Arzt ja als intakt bezeichnet wird – häufig in der Kritik. In der Schule taucht in diesem Zusammenhang meist das Wort „Konzentrationschwäche“ eventuell bis hin zur Diagnostik einer „ADHS“ auf. Natürlich sind solche Verarbeitungsschwierigkeiten auch dazu prädestiniert, den Lese-Rechtschreiberwerb zu erschweren (vgl. FIRNHABER 2005). Bei nur *einem* Gegenüber ist es weniger problematisch, einzelne akustische Aspekte herauszufiltern. In einer ruhigen Situation – z. B. in einer Kindertherapiestunde – tauchen diese Probleme daher häufig auch nicht auf, zumal sich im Zweierbezug die Partner leichter auf den jeweiligen Verarbeitungsrhythmus und die Verarbeitungsgeschwindigkeit des anderen einstellen.

Visuelle Wahrnehmung

Ähnlich wie bei den beiden vorausgegangenen Wahrnehmungsbereichen ist auch die visuelle Verarbeitung ein komplexes Geschehen. Nach der visuellen Aufnahme müssen die unterschiedlichsten Differenzierungen vorgenommen werden, wobei dem Wahrnehmungsraum, den es motorisch zu erfassen gilt, noch zusätzliches Gewicht beigemessen wird. Neben den Feinheiten des „Durchschauens“ spielen Aspekte des Vorder- und des Hintergrunds, der Raum-Lage-Qualität, aber auch der Zeitaspekt eine herausragende Rolle. Ein gelungenes „Durchschauen“ einer Situation und ein schnelles Bedeutung-Beimessen erlauben ein ganz anderes Sicherheitsgefühl, als wenn der „Film des Lebens“ in Windeseile vorbeirauscht und die Einzelheiten nicht differenziert werden können. Unter solchen Umständen erzeugen neue und unvertraute Situationen eine hohe Anspannung und Angst und die Interaktion mit anderen Menschen ist dadurch erschwert. Da die anderen, insbesondere im Gruppengeschehen – das sich fortwährend ändert – nicht darauf warten, bis der davon Betroffene die Situation mit ihren jeweils wichtigen Details zeitnah differenziert und realisiert hat, ist die subjektive Erfahrung meist folgende: „Keiner mag mich, keiner will mich dabei haben“ – ohne dass für das Scheitern subjektiv ein Grund gefunden werden kann. Natürlich erschwert dies mit der Zeit auch die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls. Auch hier bedeutet Gruppenarbeit in der Schule, jedes Team im Berufsleben, jeder Mannschaftssport, wo es fortwährend gilt, den Ablauf schnell und strukturiert zu durchschauen, um sich zeitnah mit den anderen zu koordinie-

ren und zu synchronisieren, Schwerstarbeit. Schwächen in der visuellen Wahrnehmungsorganisation beeinträchtigen somit viele Lebenssituationen, denn dieses „Durchschauen“ ist in jeder menschlichen Gruppierung beim Bewältigen komplexer Situationen notwendig (vgl. RASS 2002, 2008).

Folgen von Wahrnehmungsstörungen

Das bisher Beschriebene macht nachvollziehbar, wie wichtig der Umgang der Umwelt mit einem davon betroffenen Menschen – insbesondere mit einem Heranwachsenden – ist. Im familiären Rahmen der frühen Kindheit tauchen diese Schwierigkeiten in der vertrauten Umgebung zunächst meist nicht auf, zumal wenn die Eltern intuitiv dem Kind komplementär und abgestimmt helfen. Sie schmiegen sich somit in die defizitäre Verarbeitung ein und ermöglichen dadurch einen kontinuierlichen Begegnungsfluss (PALOMBO 2006, 2011). Mit diesen Erfahrungen ziehen es Kinder häufig vor, mit Erwachsenen zusammen zu sein, z. B. in der Nähe der Erzieherin, mit der zudem körperliches Rivalisieren keine wichtige Rolle spielt. Problematisch wird es in der frühen Kindheit, wenn die Eltern die Unzulänglichkeiten intuitiv nicht erspüren und sich nicht mit ihrem Kind komplementär abstimmen können, sodass der für das Kind so notwendige synchronisierte affektive und somit beruhigende Dialog entgleist. Ein hektischer und unruhiger Bewegungsfluss, eine eigene hohe innere Anspannung der Eltern, eine nicht auf das Kind abgestimmte Prosodie werden von einem intersensorisch schwächeren Kind nicht nur als Empathiefehler, sondern als ein Scheitern im basalen Kommunikationsgeschehen erlebt. Das Problem der Anpassungsstörungen bei Säuglingen sollte auch unter dieser Perspektive betrachtet werden, da – wie uns die Säugling/Kleinkind-Eltern-Therapie zeigt – wir als Behandler den Eltern helfen sollen, ihr Kind „zu lesen“. Immer wieder sind dabei auch Kinder, die sog. *high-need-babies*, die viel schwieriger „zu lesen“ sind, was in der Fürsorgeperson hohe innere Anspannung aufkommen lässt, was es ihr erst recht erschwert, sich auf dieses Kind abgestimmt einzulassen. Komplementarität ist somit wesentlich für die Aufrechterhaltung eines integrierten Selbstgefühls beim Kind (PALOMBO 2011).

Wenn dem noch sehr kleinen Kind die reaktive Rhythmik der nonverbalen Kommunikation – das ist der Austausch von Mimik, Gestik, Prosodie – nicht gelingt, es z. B. das veräußerte Verhalten der Eltern falsch „liest“ und wenn die kontinuierliche Fürsorgeperson das kleine Kind nicht kom-

plementär dort abholt, wo es in seiner Verarbeitungsmöglichkeit steht, dann ist vorhersagbar, dass der *affektive Dialog von Nicht-Abgestimmtheit und Dissonanzen geprägt* ist. Problematisch und entwicklungsbeeinträchtigend ist vor allem, dass das allgemeine basale Stressniveau des Kindes dadurch sehr hoch ist und jeder hinzukommende Alltags- und Entwicklungsstress auf ein hohes Anspannungsniveau trifft und jenes Kind/jener Mensch völlig anders reagiert als jemand mit einer inneren Gemütsruhe.

Die Muster und die Geschwindigkeit, d. h. die Rhythmik der verbalen Kommunikation sowie des Blickkontaktes und des Bewegungsflusses, sind wesentliche Elemente dieser subliminalen Kommunikation und es sind diese drei Botschaften, die die Natur der Interaktion bestimmen. Nur eine abgestimmte psychobiologische Kommunikation mit der Fürsorgeperson vermittelt dem Kind Sicherheit. Störungen und Fehlanpassungen der intuitiven Kompetenz aufseiten der Betreuungsperson entstehen jedoch häufig, wenn das individuelle Kind in seinen Auslöse- und Rückkoppelungssignalen schwer verständlich ist. Die kindliche Responsivität kann sowohl auf motorischer Seite als auch aufseiten der Wahrnehmung soweit eingeschränkt sein, dass die elterlichen Bemühungen um einen dialogischen Austausch allmählich erlöschen oder in einen direktiven zudringlichen Interaktionsstil einmünden (PAPOUSEK et al. 1994). Es fällt Eltern unglaublich schwer, sich – wenn sie über eine geschmeidige und flinke Wahrnehmungsorganisation verfügen – in die langsamere und zähere ihres Kindes einzufühlen. Je abgestimmter die Fürsorgepersonen ihr Aktivitätsniveau an das des Kindes während Perioden des sozialen Miteinanders anpassen können, desto synchronisierter sind ihre Interaktionen. Sensitive Eltern erleichtern somit die Informationsverarbeitung ihres Kindes. Diese „high-need“-Kinder verlangen von ihren Eltern meist mehr, als „good enough parents“ zu leisten vermögen. Auch im Zusammenhang mit der Entwicklung des Erscheinungsbildes von ADHS ist zu bedenken, dass für die Herausbildung synaptischer Angebote zur Stabilisierung komplexer Verschaltungsmuster im frühen Kortex ungünstige Bedingungen wie Irritationen, Stress und psychische Belastung während der frühen Phase der Hirnentwicklung von Bedeutung sind (HÜTHER et al. 1996). Deswegen treffen wir bei unruhigen Kindern häufig auf solche mit Wahrnehmungsstörungen, da ungünstige Bedingungen in notwendigen Phasen der Hirnentwicklung den Aufbau und die Stabilisierung entsprechender Muster verhindern.

Da Störungen in der sensorischen Integration sich nicht auswachsen,

erschweren sie den gesamten Prozess des Heranwachsens, und die Entwicklung kann in ein davon sehr belastetes Erwachsenen selbst münden, womit sich der Kreis zum Beginn meiner Ausführungen – wo es auch um gestresste und erschöpfte Erwachsene ging – schließen kann. Auch der Ablösungs- und Individuationsprozess in der Adoleszenz kann durch diese Problematik stark beeinträchtigt sein, zumal sich der Jugendliche gerade in dieser Zeit ständig mit den Gleichaltrigen vergleicht und bei entsprechend negativem Ergebnis in hohem Grad in seiner Selbstachtung und in seinem Selbstwertgefühl verletzt ist, was depressiven Rückzug, narzisstische Wut und/oder psychosomatische Beschwerden nach sich ziehen kann. Der ohnehin bestehende enorme Sog der medialen Welt wird unter diesen Umständen noch mächtiger.

Ein Kind, dessen verschiedene Sinnesmodalitäten anders arbeiten als die der „Norm“, das deswegen „aneckt“, macht es seiner betreuenden Umgebung schwer, es richtig einzuschätzen. „Good enough parents“ reichen – wie schon erwähnt – bei einem solchen Kind nicht. Seine Bedürfnisse werden häufig nicht richtig und rechtzeitig erkannt und falsch gedeutet, was die Herstellung der inneren Homöostase und eines mutuellen Anpassungssystems mit der Pflegeperson erschwert. Selbst- und Fremdregulation sind hohen Belastungen ausgesetzt, was allzu oft zu malignen Regelkreisen führt. *Säuglinge mit Regulationsschwierigkeiten und Anpassungsproblemen an die Rhythmen des Lebens erschöpfen häufig das Responsivitätsvermögen der erwachsenen Beziehungspartner.* Den Eltern muss daher das Erleben ihrer Kinder nahegebracht werden und das anders geartete Verhalten und Erleben muss ihnen „übersetzt“ werden, um auf diese Art und Weise den Eltern zu einem besseren Kontakt mit der inneren Welt ihres Kindes (ORNSTEIN 1977) zu verhelfen. Die Motivationsforschung zeigt, dass sich ein Kind schon ab dem dritten Lebensjahr mit den anderen vergleichen kann (HECKHAUSEN 1971, RHEINBERG 1997; OERTER 1995). Das Scheitern, das keinen Namen hat, beeinflusst aufgrund der Unzulänglichkeiten die sich entwickelnde Persönlichkeit und die Leistungserwartung, sodass die Selbsteinschätzung in Bezug auf „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ schon stark das kindliche Selbstwörterleben prägen – also lange bevor die Schule beginnt. Wie zuvor beschrieben, ist der Prozentsatz der Kinder, die nicht zeitnah und rhythmisch mitschwingen können, nicht gering, und die Vorverlegung des Eintritts in die institutionelle Erziehung bedeutet gerade für diese Kinder eine noch problematischere Schwellensituation.

Schamerleben und Behandlungsfragen

Da das Leben eines Kindes unter diesen Voraussetzungen häufig auch mit schweren Schamgefühlen einhergeht („Was ist nur falsch an mir?“), gilt es, auch diesem Erleben Aufmerksamkeit zu schenken. Die Bindungs- und Kleinkindforschung belegt, dass das sich entwickelnde Selbst des Säuglings von Anfang an sozial bezogen ist, und dass die Erfahrung des auftauchenden Selbst nur im Umgang mit anderen möglich ist. Somit spielen Affekte im Austausch mit sich selbst und den anderen eine soziale Rolle. Schwierigkeiten bei der Abstimmung von Affekten und im mangelhaften Zusammenspiel mit den wichtigsten Pflegepersonen rufen beim Kind erhebliche Irritationen hervor, wenn seine Aktionen nicht angemessen begleitet werden. Da sich bis zum zweiten Lebensjahr das Selbstkonzept zu entwickeln begonnen hat, gibt es auch schon ein Schamerleben, das durch schmerzliche Erkenntnisse des – vermeintlich – eigenen Versagens ausgelöst wird.

Emotionaler und sozialer Rückzug sind oft die Folge dieser Wahrnehmungsdefizite, was wiederum zu einem Mangel an Lebenserfahrung führt, der insbesondere heute, wo Teamwork und Flexibilität angesagt sind, von höchster Wichtigkeit ist. Schon 1991 belegten die Untersuchungen der Universität Mannheim zu umschriebenen Entwicklungsstörungen, dass die Gruppe der beeinträchtigten Heranwachsenden, die in der Schule und in ihren Ausbildungen meist erhebliche Probleme hatten, in der Gruppe der Delinquenten, Suchtkranken oder seelisch kranken Erwachsenen, die am Leben scheiterten, signifikant stark vertreten waren. Als Kinder wurden sie nicht dort abgeholt, wo sie in ihrer Entwicklung wirklich standen.

Und genau hier liegt ein wichtiger Ansatz der psychoedukativen und/oder psychodynamischen Behandlung. Ähnlich wie bei der Säugling/Kleinkind-Mutter/Eltern-Therapie liegt es am Behandler, das Kind mit seinem Verhalten einzuordnen – sei es durch geschulte Beobachtung oder auch mit Hilfe von Testverfahren – um dann aus der Perspektive des Kindes einen stimmigeren Beziehungsdiallog mit den Eltern einzuleiten. Differenziert müssen die sensorischen von den sozioemotionalen Defiziten getrennt diagnostiziert werden, um nicht zu der alltäglichen Kumulation von Minimaltraumen durch Ängste und Scheitern weitere hinzuzufügen. Angelehnt an WINNICOTT (1962), der eine Kinderbehandlung primär aus der Betrachtung der Entwicklung konzeptualisierte, müssen wir

die beeinträchtigenden Hindernisse verstehen und sie zur Seite räumen, um progressives Wachstum einzuleiten. Das von den Eltern unter dem Einfluss des Therapeuten Verstandene muss von den Eltern umgesetzt werden, da sie in der unmittelbaren sozialen Umgebung die wesentlichen Verantwortlichen sind. Schon WINNICOTT maß der „sozialen Situation“ große Bedeutung bei, und gerade ein dergestalt belastetes Kind muss von einem „therapeutischen Milieu“ umgeben sein, in das auch die professionellen Erzieher mit eingebunden sein sollten. Wenn wir bedenken, dass durch den frühen Krippen- und den zeitlich intensiven Kita-Besuch die Kinder mit diesen Schwächen schon sehr früh in Gruppen integriert werden sollen und die Erzieher von sensorischen Integrationsproblemen meist nichts wissen, ergibt sich hier ein großes Belastungsfeld für den sich entwickelnden Menschen. Ein sicherheitsgebender Umgang mit dem kleinen aber auch dem größeren Kind sollte sowohl in der familiären als auch in der professionellen Erziehung gewährleistet sein, um die sich entwickelnden Repräsentanzen und Identitätsbausteine durch die beschriebenen Unzulänglichkeiten nicht negativ zu tönen. Jugendliche, deren Selbstbild in der Adoleszenz ohnehin einer Baustelle gleichkommt, können sich einer derartigen Diagnostik nicht oder nur mit großen Schmerzen stellen – und auch hier spielt die unterstützende Einstellung der Eltern eine maßgebliche Rolle. Daher sollte der Früherfassung größte Aufmerksamkeit zukommen, um zum einen die notwendige Förderung einzuleiten und gleichzeitig eine Integration dieses Persönlichkeitsanteiles zu leisten. Wenn elterliches und professionelles Beziehungsgeschehen auf individuelle Besonderheiten abgestimmt und der passende Schlüssel gefunden ist, müssen diese neuropsychologischen Besonderheiten das Entwicklungspotenzial eines Kindes nicht zwangsläufig eingrenzen oder determinieren. Der Radarschirm der therapeutischen Aufmerksamkeit sollte breit ausgefaltet sein, damit diese Heranwachsenden – in einer Gesellschaft, die keine Unzulänglichkeiten duldet – dennoch ihren Platz finden. Einer meiner früheren männlichen Patienten, der sowohl unter auditiven als auch unter kinästhetisch-propriozeptiven Problemen leidet, die den Sprachkontakt erschweren und den Bewegungsfluss etwas langsamer gestalten, der aber im Laufe der Schulzeit (Förderbereich) durch vielfältige Förderung zu guten Ergebnissen gelangte, was die basale Problematik überdeckte, geriet durch eine falsche berufliche Einschätzung und in deren Folge in eine berufliche Überforderung. Seine Angst war sehr stark und er wurde mir als junger Erwachsener mit einer „Panikstörung“ (Händezittern u. ä.) er-

neut zugewiesen. Bald konnten wir im vertrauten Gespräch das Dilemma erkennen. Und so kam er zu folgendem Schluss: „Ich weiß es schon immer: Ich möchte Gärtner werden; die Pflanzen reden nicht und außerdem wachsen sie langsam.“

Undetected disabilities in sensory integration and the effects on the development of the attachment bond, the affect regulation and the identity (Summary)

The development of a human individual is embedded in complex psycho-social conditions. In this paper the emphasis will be on the importance of hidden and undetected neurological deficits which cause psychological problems in the interaction with the environment. D. STERN stated:

The capacities that permit the infant to juggle his diverse experiences of the social world are to an enormous extent constitutionally – that is, genetically – determined. Either they are present right away or they unfold on an innate timetable, given an intact central nervous system and an intact environment. For the immediate future, the study of individual differences of these capacities may prove to be the most fruitful area of clinical research on the development of psychopathology in the very young. Whenever new capacities are identified, especially those needed in social perception and competence, they naturally become the focus of intense scrutiny, speculation, and hope. The hope is that the earliest deviation in social and intellectual functioning will be traceable to abnormalities in these capacities. If so, we would have an understanding of the underlying mechanism that would help to explain the emergence of pervasive developmental disorder, autism, later learning disabilities, attention deficit, characterological difference, and various problems in social conduct and competence. Discrete therapeutic strategies would also be more obvious. Let us look briefly at some possible clinical ramifications of deficits in these capacities. The capacity to transfer information from one modality to another is so central to integrating perceptual experience that the potential problems resulting from a deficit are almost limitless. One of the first to leap to mind is learning disabilities, since so much learning calls for a transposition of information from one sensory mode to another, especially back and forth between vision and audition... Infants could also be socially and emotionally disabled by such deficits; intermodal fluency greatly facilitates the apprehension of the social behavior of other persons as well as the integrated actions, sensations, affects, and so on of the one's own self. These findings are still too new for one to have any idea, as yet, of the limits of their psychopathological relevance. (STERN 1985, pp. 188/189)

That means that the mutual influence of individual disposition and environment has enormous consequences for the emotional development. Children and adolescents and even adults with neurologically caused disabilities in their motor and perceptual skills are a challenge for their environment – especially for parents, educators and therapists. These deficits and their consequences for the development have been given little attention to date. When these individuals fail in life and develop symptoms the clinician has to attempt to determine the functioning of the sensory apparatus by which a person experiences life; he or she is in a sense beginning at the beginning.

When such patients seek help, they are indeed in search of a cure for their unhappiness, but to begin with the unhappiness itself can lead nowhere. The world today is filled with dyslexic or otherwise learning-impaired people who wonder why years of antidepressants and analysis have failed to improve their lives. (RATEY 2001, pp. 7/8)

The term learning disorder is mainly linked to aspects of learning that are related to academic settings. The term perception, which comes from the Latin *capio, cepi, captum*, is more in accordance with grasping, catching and comprehending, which indicates that stimuli from the outside have to reach the neuronal system, which is only as good as its receptors can absorb and process. The decoding of rhythms and rhythmic synchronization (such as movements, speech, time) seems to be a basic competence for the processing of stimuli which come from outside into the neuronal system. Almost all processes in life have to be examined under this precondition. Being together with other individuals and seeking bodily based and mental attunement both need a rhythmic synchronization and a „fitting together” of the individuals rhythm (SACKS 2007). A feeling of „we-ness” is only possible under this condition. Other important areas of perception – the tactile-kinesthetic perceptual area, the auditory system, the visual perception – are based on the fundamental rhythmic system or are deeply interconnected with it. The provided paper describes the impaired child’s experiences of everyday life when he or she is suffering from these deficits.

From birth on the tactile-kinesthetic perceptual area is of extreme importance (AYRES 1979); The development of all future schemata is influenced by this. Each act of cognitive „comprehension” needs to be

proceeded by tactile grasping acting. During this stage learning is based on physical action, the related and increasingly coordinated sensory sensations, the experienced effects of the action, and their final organization into a mental structure. Cognitive schemata can only be developed through secure physical action schemata; the impaired child experiences the world vaguely and indistinctly and therefore less lively and joyfully. The child cannot grasp events as exactly as others do. A child with a sensory motor integration disturbance tends to be cautious and sceptical and the child loses confidence in its capacities. This creates an enormous injury to the child's self-esteem and the next step in this faulty development is the appearance of shame.

And individual who cannot decode fast enough what others have expressed often has deficits in auditory discrimination. He or she looks irritated, becomes insecure, does not find his/her place in the group, becomes, therefore, frustrated, aggressive, or withdrawn; and often stays alone. Several noises, simultaneously – similar and comparable to a hearing aid that amplifies without differentiation – appears as a big, loud murmur, who's single and important aspects cannot be filtered and recognized. With a single person in a calm and clear situation, often no problems arise. But interactions with more noises, like in school, on a playground, or in groups are dangerous. If the hearing is crippled by an undiagnosed auditory problem, the natural conclusion is that this individual is either stupid, indifferent, or both. Misunderstanding and disappointment accompany the everyday life and living and developing under these circumstances makes it very difficult to feel secure, emotionally attached and validated.

Children – but adults, too – with a visual perceptual deficit experience all new and non-familiar situations like a film that runs too fast in front of the eyes; they cannot decode and differentiate their visual images clearly and exactly. Individuals with this particular handicap want to be with others but cannot follow the interplay as the group constellation changes constantly. Since the others do not wait until the child/adolescence/adult has realized all the important details, the everyday life proceeds and the impaired person subjectively experiences that „the others don't like me, they do not want me playing/being together with them. I'm an alien among peers.” All new and unfamiliar situations are dangerous; avoidance strategies will be developed to avoid shame because of the disabilities. Visual perceptual deficits have an impact on almost every situation in life; „looking through” is necessary in being together among peers, in

overcoming complex and unpredictable situations, and in all logical processes. These life experiences of not being successful highly influence the child's self-esteem, so that the start of school is put under a cloud, which over the years leads to more and more extensive vicious circles. Frequent failure accompanies life and often leads to an accumulation of minimal traumata. The hope that such problems can be outgrown or will be resolved by themselves is unrealistic (RASS 2003).

In the case of a child with neurological deficiencies, the psychodynamic working therapist, with a knowledge of neurocognitive problems and insights in the inner world (ORNSTEIN 1976) of a child, has a multi-dimensional role: sometimes she/he has to be a „case manager”, staying in touch with the parents, with teachers, placing herself/himself sometimes between child, teacher and parents and interpreting and „translating” the psychological and self-psychological meaning of obvious difficulties. Sometimes it is not a psychodynamic therapy in a traditional sense, but it is an indepth treatment in the field of applied psychodynamic psychology. The therapist's task is to try to put the parents in the shoes of the child, which means to teach them to see and experience the world through the eyes of their child with the perceptual disability. The therapist shows them how important empathic bridges are in everyday life and that those unavoidable difficult situations can be mastered, so that the child won't feel totally alone and lost in space. In the case of perceptual deficits it is almost impossible for parents to be „average” and „expectable” (WINNICOTT 1962). This has severe consequences for the child's development and therapy. His environment must be intensively involved so that a „therapeutic milieu” can be created. It is necessary to work with the most important members of the environment. In other words, indepth psychological knowledge, knowledge of neurocognitive processes and of educational theory, as well as empathy, is necessary to cope adequately with these problems.

Literatur

- Ayres, J. (1979): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin/Heidelberg: Springer
- Condon, W. (1975): Speech makes babies move; S. 81-90. In: R. Lewin (Hg.), *Child Alive*. London: Anchor Press
- Condon, W.; Sander, L. (1974): Neonate Movement Is Synchronized With Adult Speech. *Science*, 183:99-101
- Esser, G. (1991): Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? Stuttgart: Ferdinand Enke
- Firnhaber, M. (2005): Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen. Frankfurt/M: Fischer
- Heckhausen, H. (1971): Förderung der Lernmotivation und der intellektuellen Tüchtigkeiten; S. 193-228. In: H. Roth (Hg.), *Begabung und Lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hüther, G.; Doering, S.; Rüger, U.; Rüter, E.; Schübler, G. (1996): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 107-127
- Jäncke, L. (2008): Macht Musik schlau? Bern: Hans Huber
- Jaffe, J., Beebe, B. et al. (2001): Rhythms of Dialogue in Infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 66: 265 Nr. 2. Boston/Oxford: Blackwell
- Laufen macht schlau und sorgt für gute Laune (2008): *Rhein-Neckar-Zeitung*, 19./20.04.2008
- Lempp, R. (1970): Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag
- Lempp, R. (1975): Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag
- Lempp, R. (1982): Wenn das schwache Glied in der Intelligenzkette nicht früh genug erkannt wird. *Musik und Medizin*, 12: 26-36
- Mertens, M. (2006, 31.10): Sport macht schlau. *Frankfurter Rundschau – Wissen & Bildung*, S. 28
- Oerter, R. (1995): Motivation und Handlungssteuerung. S. 758-822. In: R. Oerter, L. Montada (Hg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz
- Ornstein, A. (1977): Die Herstellung des Kontaktes mit der inneren Welt des Kindes. *Familiendynamik* 2 (4): 282-315
- Palombo, J. (2006): *Nonverbal Learning Disabilities*. New York, London: Norton
- Palombo, J. (2011): Executive Function Disorders and Self-Deficits. In: A. Gitterman, N. Heller (Hg.), *Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective*. New York: Routledge
- Papousek, M.; Hofacker, N.; v. Malinowski, M.; Jacubeit, T.; Cosmovici, B. (1994): Münchener Sprechstunde für Schreibabies. Erste Ergebnisse zur Früherkennung und Prävention von Störungen in der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen. *Sozialpädiatrie in der Pädiatrie für Praxis und Klinik* 16: 680-686
- Ptok, M.; Berger, R.; von Deuster, Chr.; Gross, M.; Lamprecht-Dinnesen, A.; Nickisch, A.; Radü, H.J.; Uttenweiler, V. (2000): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement. Lübeck: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Rass, E. (2002): *Kindliches Erleben bei Wahrnehmungsproblemen*. Frankfurt/M: Peter Lang

- Rass, E. (2008): Kontaktaufnahme mit der Wahrnehmungswelt des Kindes: (Unerkannte) Störungen in der Wahrnehmungsorganisation und deren Auswirkungen auf die psychische Entwicklung. Norderstedt: Books on Demand
- Ratey, J. (2001): Das menschliche Gehirn. Düsseldorf: Walter Verlag
- Ratey, J. (2008): Spark. The Revolutionary new Science of Exercise and the Brain. New York, Boston, London: Little Brown and Company
- Rheinberg, F. (1997): Motivation. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Rhythm is it. R.: Grube, T., Sánchez Lansch, E. , Dokumentarfilm. Deutschland (2004), Boomtown Media, Berlin
- Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rüegg, J. C. (2009): Dem Trübsinn davonlaufen. *Psychologie heute*, 36, (4): 56-57
- Sacks, O. (2008): Der einarmige Pianist. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Stern, D. (1985): The interpersonal world of the infant. London: Karnac. Dt.: D. Stern, 1992, Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta
- Vorschuluntersuchungen. Schäden ausgleichen (2001): *Deutsches Ärzteblatt* 98 (25): A1648. www.aerzteblatt.de/archiv/27736/Vorschuluntersuchung-Schwaechen-ausgleichen retrieved 27.04.2015
- Warnke, A. (2000): Wahrnehmungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen. In: K. Bundschuh (Hg.), Wahrnehmen, Verstehen, Handeln. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag
- Winnicott, D. W. (1962): The maturational process and the facilitating environment. New York. Deutsche Fassung: D. W. Winnicott (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler Verlag

Prof. Dr. Eva Rass, Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Einzel- und Gruppentherapie, kindzentrierte Familiengespräche, Säugling/Kleinkind-Mutter/Eltern-Psychotherapie, psycho-edukative Beratung, Supervision. Hochschule Mannheim und Pädagogische Hochschule Heidelberg.

Kontakt: Prof. Dr. Eva Rass • Hochstadtstr. 36 • 74722 Buchen

Über die Zunahme von externalisierenden Störungen – Gescheiterte Anpassungen an eine sich verändernde Welt?

Hans Hopf (Mundelsheim)

Externalization is very common in modern society. As a defence mechanism externalization is an attempt aimed at relieving oneself from negative emotional states and to modify affectivity. Children and adolescents with social disorders, and among them mainly boys, tend to externalize inner conflicts and acting out. Body activity can be of use for evacuation as a specific defence mechanism. Thus restlessness may be an indicator for insufficient internal space and failed mentalization, like in other forms of externalization. During recent decades sociocultural changes brought about that externalizing disorders have become most common among childhood mental disorders. Questions to deal with are: Why do especially boys and men tend to externalizing disorders? What kind of changes in society might have caused such an increase in these disorders? Is there a need to modify treatment techniques?

Keywords: externalizing disorders, defence mechanism, evacuation, body activity, changes in society, male

Einleitung

Ich will mit einer ernsthaften Überlegung zur Erziehung von Jungen beginnen.

„Der Knabe ist aber unter allen Geschöpfen das am schwierigsten zu behandelnde; denn je mehr er eine Quelle des Nachdenkens besitzt, die noch nicht die rechte Richtung erhielt, wird er hinterhältig und verschlagen und das übermütigste der Geschöpfe. Darum gilt es, ihn durch mannigfache Zügel zu bändigen.“

Eine zweite Klage: „So eine furchtbare erste Klasse habe ich noch nie gesehen. Die Jungs sind lauter kleine Machos, ‚Mutters Lieblinge‘ und sie glauben, die Größten zu sein. Andererseits haben sie kein Sozialverhalten und fangen bei jeder Kleinigkeit an zu heulen. So gut wie alle Mädchen sind unauffällig und lernwillig. Unsere neue Lehramtsanwärterin war sprachlos und meinte, so etwas hätte sie noch nie erlebt. Einer der Jungen haute ihr auf den Hintern, ein anderer grabschte ihr an den Busen und ein weiterer meinte, mit Brille sehe sie beschissen aus und sie solle sie sofort absetzen.“

Die erste Mahnung stammt von dem Philosophen PLATON, entstanden kurz vor seinem Tod im Jahr 348/347 v. Chr. (PLATON 1960, S. 177f.). Er beschreibt völlig entgrenzte Jungen, grandios agierend und sozial gestört, und wir können uns die „mannigfachen Zügel“ vorstellen, die damals zur Verhinderung eines solchen Verlaufs eingesetzt wurden. Nach dem Gesetzeslehrer DRAKON heißen sie auch heute noch „drakonisch“, was mit „nachdrücklich“ und „unerbittlich“ gleichgesetzt werden kann. Gewalt- und Prügelpädagogik fand bis in die 60er-Jahre statt. Kinder werden dann unterwürfig und „verschlagen“, und vor allem geben sie die Gewalt weiter, wenn sie selbst die Macht besitzen.

Mit der zweiten Klage hat sich eine befreundete Lehrerin in unseren Tagen an mich gewandt und Hilfe gesucht. Die von ihr beschriebenen Jungen schwanken zwischen gestörtem Selbstwert und großsprecherischer Überheblichkeit. Sie scheinen keine Scham zu verspüren, sind distanzlos und grenzüberschreitend, sie sind sexualisiert und verspüren keine Realangst. Dazu sind sie unruhig, unkonzentriert und unbeherrscht.

Natürlich sind die meisten Jungen heutzutage viel besser als ihr Ruf. DORNES (2012) hat über statistische Vergleiche nachgewiesen, dass die psychischen Störungen *nicht* zugenommen haben. Ich gehe davon aus, dass er recht hat, vor allem wenn man jene 558.000 Jungen nicht dazu rechnet, die bereits die Diagnose ADHS erhalten haben. Verändert hat sich allerdings die *Qualität* der Störungsbilder mit Externalisierungen, Mentalisierungs- und Symbolisierungsstörungen. Unter Externalisierungen verstehen wir, dass Gefühle in Form von Handlungen nach außen verlagert werden. Ich bin ähnlicher Meinung wie GÖPPEL, der meint, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen durchaus von den positiven Wandlungen in den Erziehungshaltungen der Eltern profitieren. Bei einer kleineren Gruppe mit überforderten, desorientierten, desolaten Elternhäusern verdichteten sich jedoch die Risikofaktoren in besonderer Weise (GÖPPEL 2013, S. 69).

Halten wir zunächst fest: Jungen können schwierig werden, wenn sie nicht angemessen erzogen und begrenzt werden. Ob eine solche Eingrenzung mit drakonischen Maßnahmen geschehen sollte, wie bis in die 60er-Jahre geschehen, oder mit Beziehung und Erziehung oder gar mit Medikation, darüber will ich im Folgenden reflektieren. Meine Erkenntnisse beziehe ich aus praktischer Anschauung, seit 50 Jahren befasse ich mich mit Kindern als Pädagoge und Kinderpsychoanalytiker, seit 15 Jahren bin ich Psychotherapiegutachter.

Ich will zunächst einige Fakten festhalten:

- Jungen sind das *häufigere* Geschlecht. 2012 wurden 328.000 (48,68 %) Mädchen geboren und 346.000 (51,32 %) Jungen.
- Sie schneiden schulisch schlechter ab als die Mädchen und haben geringere Bildungsabschlüsse. Lediglich 40 % der Jungen werden vorzeitig eingeschult – gegenüber 60 % der Mädchen. Von den Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss sind 60 % Jungen. Die Allgemeine Hochschulreife hingegen besitzen 55 % der Mädchen und 45 % der Jungen.
- Jungen werden institutionell insbesondere von Frauen betreut, unterrichtet, gefördert und behandelt.
- Sie erhalten bis zur Pubertät mehr Förderungen, Hilfen und Behandlungen als Mädchen.
- Jungen weisen auch im weiteren Entwicklungsverlauf häufiger ungünstigere Entwicklungsperspektiven auf als die Mädchen (nach Peter LEHNDORFER 2014).

Was bedeutet „Externalisieren“?

Innerseelische Konflikte können unbewusst auf äußere reale Konflikte aufgepflanzt und dann in dieser externalisierten Form ausgetragen werden. Sehr viele wiederkehrende Streitigkeiten und Kämpfe, in der Familie, in der Schule sowie in anderen sozialen Bezügen sind also in Wirklichkeit externalisierte innere Konflikte.

Gemäß MENTZOS (2002, S. 182) ist Externalisierung ein Sammelbegriff für alle möglichen Spielarten von projektiven Prozessen: Innerseelische Konflikte werden nicht als die eigenen erkannt, sondern der äußeren Welt und bestimmten Personen zugeschrieben. Auf diese Weise können aggressive Impulse, Stimmungen, Konflikte etc. nach außen verlagert werden. Bereits Melanie KLEIN hat festgestellt, dass der Projektionsmechanismus eine wichtige Rolle bei der Externalisierung innerer Konflikte im Spiel mit äußeren Objekten darstellt (KLEIN 1930). In der Regel verstehen wir ‚Externalisieren‘ somit als einen Versuch, negative Affektzustände loszuwerden oder sie zu modifizieren (vgl. auch FONAGY et al. 2004, S. 298). Vorgänge von Affektspiegelung, Symbolisieren, Mentalisieren etc. lassen einen inneren Raum entstehen, in dem Affekte gehalten, ausgehalten und symbolvermittelt in Beziehungen gebracht werden können. Externalisieren ist also immer ein Versuch, sich von negativen Affektzuständen zu entlasten oder sie zu modifizieren.

Besonders Kinder und Jugendliche mit sozialen Störungen neigen dazu, innere Konflikte zu *externalisieren* und zu *agieren*. Hier sind die Vorgänge von Affektspiegelung (oder Containment) gescheitert, es steht keine ausreichende Mentalisierungsfähigkeit zur Verfügung, um Zustände des Selbst zu regulieren. Gleichzeitig kann beobachtet werden, dass triadische Entwicklungen zumeist gescheitert sind. Die Anwesenheit des Vaters beeinflusst die Fähigkeit des Jungen, zu differenzieren, sich zu individualisieren, Affekte zu organisieren und zu modulieren, zu repräsentieren (FONAGY et al. 2004, S. 177). Jungen mit einem zugewandten Vater zeigen darum eine höhere Kompetenz beim Umgang mit Triebimpulsen und Gefühlen als Kinder ohne Vater.

Auch Bewegung kann eine spezielle Form einer *ausstoßenden* Externalisierung sein und wird dann im Sinne einer Abwehr verwendet. Eine solche Bewegungsunruhe deutet – wie andere Externalisierungen – auf eine missglückte Mentalisierung. Diese Abwehrform ist geschlechtsspezifisch, wie uns die große Anzahl der bewegungsunruhigen Jungen zeigt. Sucht Bewegung unerträgliche Affekte abzuwehren, ist sie im Sinne einer Abfuhr von Nicht-Containment zu verstehen, so sollte diese *Abwehr* therapeutisch verändert werden. Bewegungsunruhe lässt sich in einem solchen Fall nicht mit noch mehr Bewegung verändern, wie das von manchen Pädagogen oft versucht wird.

Ich gehe davon aus, dass ein bestimmtes Maß an Bewegungsunruhe und affektgeladener Motorik zur normalen Entwicklung des Jungen gehört. Die Bandbreite von Bewegung reicht somit von einer motorischen Abfuhr von Affekten über Motilität (im Sinne einer ausstoßenden Externalisierung) hin zu einer lustvoll-phallischen, auch rivalisierenden Bewegungsfreude, die jedoch stets vom Ich kontrolliert wird. Diese natürliche Lust des Jungen am Phallischen und am Kräftenessen sollte jedoch von einer hilfreichen Pädagogik unterstützt werden, auch zur Förderung einer männlichen Identitätsbildung.

- *Bewegungsunruhe* ist eine Regression von der Leistungsmotorik zur Affektmotilität. Unerträgliche, nicht containte/mentalisierte Affekte werden in Form von ungesteuerter Bewegung externalisiert.
- *Lustvolle Bewegung* ist – vor allem für Jungen – ein Vehikel für phallisches Lusterleben, für Risiko, Kräftenessen und Rivalitäten. Bewegung garantiert zudem, freundliche Weiten entdecken und erobern zu können, auch die phantasierten Innenwelten von Computer und Internet.

Fassen wir zusammen: Scheitern die Vorgänge von Affektspiegelung und Containment, kommt es zu Störungen der Mentalisierung. Die nicht containten Anteile werden später über Externalisieren ausgeschieden.

Formen von Externalisierung können sein:

- Übermäßige (oder anomale) projektive Identifizierung, um einen schmerzvollen psychischen Zustand auszulagern und somit eine unmittelbare Erleichterung herbeizuführen (HINSHELWOOD 1993, S. 271).
- Unerträgliche, nicht containte/mentalisierte Affekte werden in Form von ungesteuerter Bewegung als Bewegungsunruhe externalisiert.
- Innerseelische Konflikte werden unbewusst auf äußere reale Konflikte aufgepflanzt und dann in dieser externalisierten Form ausgetragen.
- Reife Externalisierungen lassen unbewusste Szenen entstehen (Szenisches Verstehen).

Externalisieren und Geschlechtsunterschiede

Konflikte können internalisierend und externalisierend verarbeitet werden. Betrachten wir die folgende Tabelle, so können wir dabei eine Besonderheit feststellen.

<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>
Störungen des Sozialverhaltens (80%)	Anorexia nervosa (95%)
ADHS (75-80%)	Bulimia nervosa (90%)
Lese- und Schreibstörungen, Sprach- und Sprechstörungen (65-80%) Stottern (75%), Tics (75%)	Mutismus (etwa 70%)
Störungen der Geschlechts- identität (80%)	Selbstverletzendes Verhalten (etwa 80%)
	Depressionen (bis 75%)

Tabelle 1: Geschlechtsunterschiede und Häufigkeit des Auftretens von Symptomen bzw. Syndromen bei Kindern und Jugendlichen

Jungen haben Probleme mit der Beherrschung von (aggressiven) Affekten, und ihre psychosexuelle Entwicklung ist sehr störanfällig: Die sexuelle Identität ist instabil, es existieren vielfache Formen perversen Verhaltens und Fixierungen an Partialtriebe, und die Libido ist im geringeren Maß objektbezogen. Jungen neigen zu sozial störenden, ausagierenden

Verhaltensweisen mit vermehrten Aggressionen und Hyperaktivität und tragen so ihre Konflikte in die Außenwelt (Externalisierende Störungen).

Mädchen leiden stärker unter psychosomatischen und neurotischen Verarbeitungsformen von Konflikten mit Neigung zu vermehrter Depression und Ängsten. Die Verarbeitung ist deutlich internalisierend und autoaggressiv. Internalisierende Störungen nehmen im späten Jugendalter und im Erwachsenenalter sogar noch zu, Depressionen sind dann doppelt so häufig wie bei männlichen Patienten, Angststörungen dreimal so häufig (ESSER 2011).

Mädchen neigen also zu internalisierenden Störungen, Jungen zu externalisierenden. Hypothesen zu den Ursachen finden sich in meinem Buch „Die Psychoanalyse des Jungen“ (HOPF 2014).

Externalisierende Störungen

Externalisierende Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter. Dabei dominieren Störungen des Sozialverhaltens (zwei Drittel der externalisierenden Störungen) und hyperkinetische Störungen wie z. B. ADHS, genauer die hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens. Diese sogenannten externalisierenden Störungen werden besonders oft chronisch und haben gravierende Konsequenzen für die schulische und berufliche Laufbahn von Kindern und Jugendlichen. Etwa 50 % der 8-Jährigen mit dissozialen Störungen leiden gemäß ESSER (2011) 17 Jahre später noch an einer psychischen Auffälligkeit. Nach SEIFFGE-KRENKE (2004, S. 219) bestehen enge Beziehungen zwischen der Störung der Väter und externalisierenden Störungen ihrer Kinder, wie Aggression, Delinquenz und antisozialem Verhalten.

Fallvignetten

Fallvignette 1 (Störung des Sozialverhaltens – ICD-10 F91)

Im Folgenden ein Ausschnitt aus dem Protokoll einer Behandlung. Der Patient ist sechs Jahre alt, die Behandlerin ist eine erfahrene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin.

„Finn kam, wie schon in den Stunden zuvor, aufgedreht und widerwillig: ‚Ich will nicht zu Dir!‘. Nach ein paar Bissen von seiner Brezel holt er das Uno-Spiel. Während des Spiels sitzt Finn erstaunlich ruhig am Tisch. Er hält sich an die Regeln, spielt konzentriert – und gewinnt. Blitzartig fegt er mit einem Handwischer die Karten auf den Boden, schaut zur

Wandtafel, wo er bemerkt, dass ich die Stifte, mit denen er in Stunden vorher die Wände angemalt hatte, weggetan hatte. Die Spannung in ihm scheint zu steigen. Alle Karten sind jetzt am Boden verstreut. Wieder einsammeln kommt für ihn überhaupt nicht in Frage. Seine Destruktivität steigert sich, und er fängt an, Karten zu zerreißen. Ich merke, wie die Wut in mir zunimmt. Ich sage ihm, dass ich nicht wolle, dass er meine Sachen kaputt mache. Als ich vor ihm stehe, um ihm eine Karte – die er gerade zerknüllen möchte – aus der Hand zu nehmen, spuckt er mir voll ins Gesicht. Jetzt bin ich richtig wütend und sage ihm, er solle das Spucken lassen, worauf er gleich nochmal spuckt und höhnisch lacht. Ich versuche es abermals und sage ihm, dass er natürlich verärgert und wütend sein könne, aber spucken ginge nicht. Ich würde mich nicht mehr anspucken lassen, ansonsten müsste ich die Stunde beenden – worauf er wieder spuckt und lacht. Ich bin jetzt so wütend, dass ich ihn packen und schütteln könnte, was ich jedoch nicht tue. Aber ich beende die Stunde. Die Mutter, die von den Konflikten gehört hat, steht oben wartend, aber relativ ruhig, beinahe gleichgültig. Sie meint zu Finn, dass das so nicht gehe und man würde heute nicht zu McDonalds gehen. Und sie erwähnt noch, dass ihr Mann stolz sage, noch nie einen solch autoritätsresistenten Jungen gesehen zu haben wie Finn. Aber vielleicht brauche Finn ja Medikamente. Ich bitte die Mutter um einen Elterntermin, jedoch unbedingt mit dem Vater“.

Kennzeichnend ist, dass dieser Junge in Konfliktsituationen nicht nachdenkt, fantasiert und reflektiert, sondern ungestüm handelt. Er erzeugt beständig hochaggressive Szenen, indem er seine Spannungen externalisierend abführt. Er besitzt nur geringe Symbolisierungs- und wenig Mentalisierungsfähigkeit. Doch nur mit diesen Fähigkeiten schafft es ein Kind, Affekte und Impulse auszuhalten und etwas aufzuschieben.

Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit machen es einem Kind also möglich, Trennungen samt dazugehörenden Unlustgefühlen auszuhalten. Sie schaffen die Möglichkeit, intermediäre Räume für Denken und Fantasieren zu nutzen, um Bedürfnisse aufschieben zu können. Eines möchte ich hier feststellen: Weder in eigenen Behandlungen noch in Supervisionen sind mir solche Szenen vor 20 oder 30 Jahren begegnet.

Mit Mentalisierung bezeichnet FONAGY die Fähigkeit, sich selbst und einen anderen Menschen als ein Wesen mit geistig-seelischen Zuständen zu begreifen. Das Kind wird begreifen, dass es ein Bewusstsein hat; es erkennt, dass es ein Lebewesen unter vielen ist; und es wird fähig für symbolisches und kreatives Denken. Besitzt ein Kind „Mentalisierungs-

fähigkeit“, so kann es sich in einen anderen Menschen einfühlen, mit ihm leiden und ihm beistehen. Es hat im Sinne von WINNICOTT die Fähigkeit zur Besorgnis erworben.

Fallvignette 2 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens – ICD-10 F90.1)

„Kaum war Sven im Therapiezentrum angekommen, gab es ringsum Auseinandersetzungen, da er keinerlei Grenzen akzeptieren mochte. Die Erzieherinnen im Haus, in welchem Sven jetzt mit anderen Kindern lebte, meinten den Jungen überall und gleichzeitig wahrnehmen zu können. Er rannte durch das Zimmer, eilte die Treppe hinauf, rutschte das Geländer herunter, zwischendrin bekam ein Kind einen Fußtritt, einem Erwachsenen wurde der Stinkefinger gezeigt, alles geschah mit einer Energie und Geschwindigkeit, welche fassungslos machte. Innerhalb weniger Minuten brach der Junge mindestens fünf Regeln und fragte gleichzeitig mit Unschuldsmiene, warum sich denn alle so aufregten. Zunehmend wirkte Sven wie ein Strudel, in den andere Kinder mit ihrem Verhalten und ihren Affekten hineingezogen wurden. Wurde der Gruppe vorgelesen, mündete alles im Chaos. Beim Basteln flogen in Kürze die Materialien umher. Sven zeigte eine außergewöhnliche Dünnhäutigkeit, mit durchlässigen Grenzen zwischen sich und seiner Umwelt, und er hielt einfach nichts aus: Er konnte nicht still sitzen, nicht aufmerken, nicht spielen, alles mündete über kurz oder lang in einer hektischen Unruhe. Zudem infizierte er die anderen Kinder mit seinem unruhig-aggressiven Verhalten, indem er sie störte und ebenfalls aggressiv machte, sodass sich in der Gruppe bald extreme Unruhe ausbreitete. Er bewies somit auch eine ausgeprägte Fähigkeit, vorhandene Erregung auf andere Menschen zu übertragen“ (HOPF 2007).

Warum externalisieren vor allem Jungen? Ich will kurz auf einige mögliche Ursachen eingehen. Jungen sind bereits im Mutterleib bewegungsunruhiger als Mädchen und sie sind auch aggressiver. Ursachen hierfür sind die Androgene – bei Jungen und Männern ist der Testosteronspiegel etwa fünfzehnmal höher als bei Mädchen und Frauen. Testosteron beeinflusst im Gehirn bestimmte Verhaltensweisen wie etwa Aggressivität (SILBERNAGL & DESPOPOULOS 2003, S. 306) und es fördert die Kampfeslust, macht risikobereiter und schärft die Wahrnehmung. Der Testosteronspiegel korreliert zwar nicht generell mit Aggressivität, steht aber im Zusammenhang mit „Wettbewerbsorientierung“, mit Leistungsbereitschaft und Kräfteressen (BISCHOF-KÖHLER 2011, S. 27). Es ist also das Hormon, das

den Jungen letztendlich phallisch werden lässt. Jungen müssen insgesamt mehr Aggression symbolisch einbinden und sind von Anfang an unruhiger.

Aufgrund der geschlechtlichen Gleichheit erfahren Mütter ihre Töchter in starkem Maß als sich selber ähnlich und als Verlängerung ihres eigenen Selbst. Dagegen erleben sie ihre Söhne schon früh als von sich getrennt, fremd und dennoch faszinierend.

- Der Junge zeigt von Geburt an andere Verhaltensweisen als das Mädchen.
- Er löst auch andere Phantasien bei der Mutter aus, die von ihren lebensgeschichtlichen Prägungen mit Vater und Männlichkeit abhängen. Die Beziehung kann ambivalent werden, denn der Junge ist fremd, aber auch faszinierend.
- Dies hat wahrscheinlich auch Folgen für die Phantasien des Jungen.

Der Junge muss sich, anders als das Mädchen, von der Mutter „ent-identifizieren“. Die Beziehung zum Sohn wird, weil er von der Mutter auch als sexuelles Wesen begehrt wird, frühzeitig sexualisiert. Um ein gesundes Männlichkeitsbewusstsein zu erlangen, muss der Junge sein primäres Identifizierungsobjekt, die Mutter, aufgeben und sich stattdessen mit dem Vater identifizieren. Um die männliche Identifizierung ihres Sohnes zu fördern, müssen beide Eltern einander in ihrer „Andersheit“ respektieren und akzeptieren. Ist die Paarbeziehung der Eltern jedoch gestört, ist der Vater schwach oder ein Frauenhasser oder fehlt der Vater vollständig, müssen sich Jungen, um männlich zu werden, von der verführerischen Mutter aggressiv abgrenzen. Sie werden oft „herrisch“ und anspruchlich, zeigen nicht selten ein machohaftes, aggressives und sexualisiertes Verhalten: Weil es ihnen in solchen Konstellationen an ausreichenden Möglichkeiten fehlt, sich mit einem realen Mann zu identifizieren – auch mit seinen Schwächen – entwickeln sie ein sogenanntes „hyperphallisches“ Verhalten.

Beobachtungen und Untersuchungen lassen erkennen, dass sich bei Jungen stärker eine narzisstisch-objektmeidende Neigung manifestiert, bei Mädchen eher eine anklammernd-depressive. Manche Jungen beantworten darum die aufkommenden Ängste in kontraphobischer Weise mit motorischer Unruhe und Getriebenheit: Anlässlich von Situationen, welche Trennung erforderlich machen, wie Kindergarten und Schule, werden

sie unruhig und getrieben und können nicht mehr still sitzen. Das Symptombild der Depression von Kindern unterscheidet sich deutlich zwischen Jungen und Mädchen. Depressionen kommen bei Jungen im Kleinkindalter nicht etwa seltener vor, die depressiven Affekte werden nur häufiger von einem lärmenden, aggressiven und unruhigen Agieren zugedeckt, was nicht selten als hyperkinetische Störung diagnostiziert wird. SCHMAUCH hat Kinder in einer Krabbelgruppe beobachtet und kam zu ähnlichen Ergebnissen: „Die Mädchen wurden im Laufe ihrer Entwicklung ‚mädchenhafter‘, in den offenen Äußerungen ihrer Aggression gehemmt, häufig depressiv ängstlich, und die Jungen ‚jungenhafter‘, nämlich oft aggressiv und grandios agierend.“ (SCHMAUCH 1987, S. 65). Das Etikett „ADHS“ wird dann schnell verteilt.

Es kann also angenommen werden, dass die Symbolisierungsfähigkeit des Jungen insgesamt leichter erschüttert werden kann als die des Mädchens und dass er dann zur Abwehr über Größenphantasien hin regrediert. Manche Ereignisse – wie etwa die jähe Trennung der Eltern oder der Tod eines nahen Verwandten – können die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit von Jungen endgültig erschüttern und eine dauerhafte Regression in narzisstische Abwehr nach sich ziehen. Die kommunikativen Fähigkeiten von Jungen, ihre Fähigkeit, Affekte auszuhalten und aufzuschieben, werden von jetzt an tendenziell schlechter sein als bei den Mädchen.

Von Geburt an kann die Mutter-Sohn-Beziehung mehr oder weniger ambivalent sein. Jungen werden früher in eine Autonomie entlassen, der sie noch nicht gewachsen sind. Sie werden von der Mutter gleichzeitig begehrt und müssen sich von ihr entidentifizieren. Ausgleich schafft in diesen Konflikten ein psychisch präsenter Vater, er ist Modulator und Organisator eines intensiven Affektsystems. Steht der Vater nicht zur Verfügung, kann es zu schweren narzisstischen Beeinträchtigungen und statistisch messbaren aggressiven Externalisierungen kommen (vgl. LEUZINGER-BOHLEBER et al. 2008). Jungen haben zudem mehr aggressive Affekte „einzubinden“ als Mädchen.

Das Risikoverhalten der Jungen

Zunächst will ich eine kleine Szene als Beispiel für normale Bewegungsfreude und Rivalisieren bringen, wie sie Jungen in der Regel eigen sind.

Einmal habe ich fünf etwa 16-jährige Jungen in einer U-Bahn beobachtet. Vor jeder Station wurde eine bestimmte Route festgelegt, die jeder von

ihnen laufen musste. Hielt der Zug an, rannte einer nach dem anderen, als ginge es um sein Leben, die vereinbarte Runde und sprang in letzter Sekunde wieder in den Zug, dessen Türen sich schon schlossen. Begleitet wurde alles von einem wilden Schreien und angeberischen Hahnenkampfgehebe. Es war viel archaische Lust an der Bewegung, am Rivalisieren und an Angstlust zu spüren, was unglaublich ansteckend wirkte, allerdings, so denke ich, nur auf männliche Wesen!

Jungen suchen das Risiko, das Angewiesensein auf eigene Kräfte, sie sehnen sich nach dem „thrill“, der Angstlust. Wir können dies beispielsweise bei manchen Extrembergsteigern beobachten. Die höchsten Berge werden allein bestiegen, einige verzichten sogar auf den notwendigen Sauerstoff, um alles aus eigener Kraft zu leisten, Freeclimber lassen nichts mehr zu außer ihren eigenen Fertigkeiten. Es ist ein Ziel des Extrembergsteigers, nach und nach auf Hilfsmittel zu verzichten, auf die Atemmaske, das Biwakzelt oder andere Ausrüstungsgegenstände. Er will ganz auf sich allein gestellt sein, um das Risiko zu erhöhen.

Solche Tendenzen kommen nicht selten bei Jungen und Männern vor, darum ein paar Daten zum Risikoverhalten. Gemäß BISCHOF-KÖHLER (2011) fallen die Ergebnisse sehr eindeutig aus. Risikobereitschaft, die auch eigene Schädigung in Kauf nimmt, bekunden bereits kleine Jungen. Sie haben generell eine erhöhte Unfallrate, ertrinken viermal häufiger beim Spiel als Mädchen, sind doppelt so oft in Fahrradunfälle verwickelt und kriegen es sogar hin, sich häufiger auf einer Rutschbahn zu verletzen, obwohl sie diese seltener benutzen als Mädchen. Die Bereitschaften zum Risiko korrespondieren mit weniger Angst vor den Konsequenzen riskanten Verhaltens. Und in Verbindung dazu steht die ausgeprägtere Lust von Jungen an physischer Aggression (BISCHOF-KÖHLER 2011, S. 271). In der Tat tolerieren Mütter riskantes Verhalten eher bei Jungen. Jungen nehmen im Vergleich zu den Mädchen weniger Realangst wahr. Die Folgen sind erschreckend. Durch Suizid und Selbstverletzung starben 2012 150 Jungen im Vergleich zu 54 Mädchen. Tödliche Verletzungen, beispielsweise über Unfälle, fügten sich im Alter von 15 bis 20 Jahren 150 Mädchen zu, jedoch 432 männliche Jugendliche – also dreimal so viel.

Gesellschaftliche Veränderungen und Symptombildung

Ich arbeite, wie schon zu Beginn erwähnt, neben meiner inzwischen kleinen Praxis mit vielen Supervisanden, einzeln und in Gruppen sowie in

Institutionen. Außerdem bin ich seit 16 Jahren Psychotherapiegutachter. So begegnen mir psychisch gestörte Kindern und Jugendliche in unterschiedlichen Bereichen. Ich stelle fest: In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund veränderter soziokultureller Verhältnisse erheblich gewandelt. Zwei Störungsbilder haben dabei massiv zugenommen: die Angststörungen und die externalisierenden Störungen.

Ich habe bereits im Titel meines Beitrags von „gescheiterten Anpassungen an eine sich verändernde Welt“ gesprochen. Die ICD-10 (DILLING et al. 2008) beschreibt unter F43.2 Anpassungsstörungen. Damit werden Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung beschrieben, die soziale Funktionen und Leistungen behindern. Sie treten während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder nach schwerer körperlicher Krankheit auf und bilden sich zurück, wenn der Anpassungsprozess gelungen ist.

Doch was ist, wenn eine symptomfreie Anpassung nicht mehr gelingt? Ich will über Anpassungen an veränderte gesellschaftliche Verhältnisse zu Ihnen sprechen, die im Sinne von Kompromissbildungen chronifizierte krankheitswertige Symptome nach sich ziehen. Wenn manifeste Ängste und externalisierende Störungen zugenommen haben, müssen wir nach den Ursachen suchen.

Freud hat bereits in seiner Arbeit „Unbehagen in der Kultur“ (FREUD 1930) beschrieben, dass die menschliche Kultur immer neue Symptome hervorbringt. Igor CARUSO, Erik H. ERIKSON, Erich FROMM sowie Alexander und Margarete MITSCHERLICH waren nur einige Psychoanalytiker, welche den gesellschaftlichen Einfluss auf die Entstehung von psychischen Störungen beschrieben haben. RUDOLF hat in seinem Buch „Strukturbezogene Psychotherapie“ aufgezeigt, ob und wie die „Entwicklung von Struktur der einzelnen Persönlichkeit durch die Bedingungen, Regeln und Überzeugungen einer jeweiligen Gesellschaft beeinflusst wird“ (RUDOLF 2004, S. 202).

Betrachten wir Erziehung und Entstehen von neurotischen Störungen als interpersonale Prozesse mit innerseelischen Folgen, so wird deutlich, dass diese in keinem abgegrenzten familiären Bereich stattfinden, sondern dass in diesen Raum unaufhörlich Einflüsse der Gesellschaft dringen, die sich atmosphärisch niederschlagen. Betrachten wir Erziehung gleichzeitig als einen Prozess, mit welchem ein ausgeglichenes Verhältnis von Über-

Ich, Es und Ich hergestellt werden soll, so können wir auffallende gesellschaftliche Veränderungen beobachten. Bis in die 60er-Jahre hatte sich die Gesellschaft vorwiegend mit dem Über-Ich verbündet. Ergebnis war, dass sich im Kindesalter vor allem Depressionen, Angstkrankheiten, Zwänge, auch ekklesiogene Neurosen bildeten – als Ergebnis von massiven Über-Ich-Ängsten. Dies waren überwiegend internalisierte Konflikte und es existierten vor allem internalisierende Störungen.

Gemäß DAMMASCH (2013) führten jene strengen Moralvorstellungen zwar zur Unterdrückung der Triebnatur des Menschen, produzierten andererseits aber auch ein klar konturiertes bürgerliches Individuum mit der Fähigkeit zur Triebbeherrschung. Der intrapsychische Konflikt zwischen Trieb und Gewissen, zwischen Es und Über-Ich erzeugt bekanntlich unter hilfreichen Bedingungen ein starkes, aber bisweilen auch starres Ich. So entwickelt – nach DAMMASCH – die Trieb-Abwehr-Auseinandersetzung mit dem väterlichen Gesetz ein robustes, mit psychodynamischer Energie aufgeladenes Ich, was allerdings aufgrund der rigiden Triebunterdrückung auch zu erheblicher, subjektiver Leiderfahrung führen kann. Von jetzt an stand nicht mehr die Erziehung durch Erwachsene, sondern das Bedürfnis- und Beziehungsleben des Kindes im Mittelpunkt der Familiendynamik. Aus dem autoritären Erziehungsstil wurde ein partnerschaftlicher, verhandlungsorientierter. Erziehungsvorstellungen waren nicht mehr Gehorsam und Unterordnung, sondern Selbstständigkeit und freier Wille. Das wurde mittlerweile allgemeines Ideal.

Welche gesellschaftlichen Veränderungen tragen zu den Auffälligkeiten der Jungen bei?

Innerhalb der offiziellen Psychiatrie wird davon ausgegangen, dass Bewegungsunruhe und Konzentrationsdefizite der Jungen überwiegend angeboren seien und ihre Zunahme damit zu erklären sei, dass diese Störungen heute besser als früher diagnostiziert werden könnten. Mit der Gesellschaft habe ADHS nichts zu tun (Zitat: „ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung“). Abgesehen davon, dass ich mich frage, wie man Bewegungsunruhe und Konzentrationsstörungen überhaupt übersehen kann und sie erst wahrnimmt, wenn sie mit einem Manual erfasst werden, halte ich solche Aussagen für höchst unwissenschaftlich und sage es nachdrücklich: Experten für Medizin, Gehirne und Körper können zwar einen fehlenden Ausschnitt des Gesamtbildes ergän-

zen, doch können sie nicht über Fragen der Pädagogik oder Psychotherapie entscheiden (WENKE 2014). Außerdem muss ich nochmals feststellen, dass die Diagnose ADHS inzwischen auf alle sozialen Störungen ausgedehnt wurde.

Ich will im Folgenden in Kürze einige Punkte herausarbeiten, die ich als zentrale gesellschaftliche Verursacher für die Zunahme der Störungen bei den Jungen sehe. Dies kann natürlich nur summarisch und komprimiert geschehen.

Eine erregte Gesellschaft, ein beschleunigtes Leben, fehlende Spielräume

Wir leben in einer „Gesellschaft des Spektakels“, wie der Philosoph Christoph TÜRCKE (TÜRCKE 2002) meint. Er geht davon aus, dass die Aufmerksamkeit *aller* Menschen durch ein Trommelfeuer der Bildmaschinen absorbiert und zermürbt wird. TÜRCKE sieht hinsichtlich der Symbolisierungsstörungen, die den externalisierenden Störungen offensichtlich zugrunde liegen, eine Chance in der Wiederbelebung von Ritualen im Sinne von geronnenen, kodifizierten Wiederholungen. Er plädiert beispielsweise dafür, dass in der Schule eine Ritualkunde eingeführt werden sollte, einhergehend mit einer Wiederbelebung von Märchen, Volksliedern, Reimen und Spielen. Ich denke, wir sollten uns davor hüten, solche Gedanken vorschnell als altmodisch und reaktionär zu verwerfen.

Fehlende private und öffentliche Väter

Der gesellschaftliche Rahmen ist nicht mehr ausreichend stabil, in vielen Bereichen fehlt es an haltenden und begrenzenden Strukturen. Die kontinuierlichen Veränderungen von Familien mit einer Zunahme von traumatischem, oft unbewältigtem Trennungserleben bei Kindern kann nicht übersehen werden. Viele dieser Kinder leiden an Vaterentbehrung und Vaterhunger. So wie unsere Gesellschaft generell an einem Rückgang von väterlicher Struktur, von Symbolen und Ritualen leidet.

Jungen brauchen Männer zur Identifizierung und zur Triangulierung. Väter sind jedoch zunehmend „unsichtbar“ und besitzen keine ausreichende triangulierende Funktion, die Jungen geraten immer häufiger in Schwierigkeiten mit ihrem Umfeld. Denn sie sind unflexibel, sie können sich veränderten Verhältnissen viel schwerer anpassen als die Mädchen. Ich war als Psychotherapiegutachter davon bewegt, wie viele Väter die Mütter bereits während der Schwangerschaft verlassen und danach keinen

Kontakt mehr zu den Kindern haben. Ich betone hier nochmals, welche Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung von Jungen fehlende Väter haben, für ihre Fähigkeit Affekte zu steuern und für die Entwicklung einer gesunden männlichen Identität.

Aber es kommt für die Jungen noch schlimmer. Es existieren auch keine öffentlichen Väter in den Institutionen. In den Kitas bewegt sich die Anzahl der Männer im Promillebereich, in den Kindergärten sind es gerade mal 4 % und in den Grundschulen noch etwa 14 %. Ich betone an dieser Stelle immer, dass Frauen natürlich beste Arbeit leisten, aber Jungen und Mädchen brauchen auch Männer. Das wird besonders deutlich in der Früherziehung: Jungen profitieren von Kinderkrippen weniger als Mädchen! Sichere Bindungsbeziehungen der Erzieherinnen traten weltweit häufiger zu den Mädchen auf als zu den Jungen der gleichen Kindergruppe. AHNERT (2009) hat diese Erkenntnisse wie folgt analysiert: „Leider sind die späteren Erzieher(innen)-Kind-Bindungen auch hochgradig geschlechtsabhängig und zwar in einer Weise, die den Jungen eine geringere Chance als den Mädchen einräumt, sichere Bindungsbeziehungen zu ihren Erzieherinnen zu entwickeln“ (AHNERT 2009, S. 90). Hauptursache hierfür ist, dass sich bereits Kleinkinder an Verhaltensweisen ihres Geschlechts orientieren und ihr eigenes Verhalten danach ausrichten – es fehlen also bereits hier Männer! Viele Experten sind sich einig, dass an dieser Stelle die Grundlagen für Lernversagen bei den Jungen gelegt werden, was auch statistisch belegt wurde.

Pädagogik und Psychoanalyse müssen wieder väterliche und triadische Strukturen schaffen. Allein durch ihre Präsenz würden Lehrer ihre Kolleginnen vor übergriffigen und sexualisierten Jungen schützen und diese deutlich in ihre Grenzen verweisen. Die heutigen Jungen leiden in Kindergarten und Schule unter Vaterentbehrung und entsprechendem Vaterhunger, und sie lechzen vor allem nach eindeutigen Grenzen. Verantwortungsvolle und psychisch präsente Väter würden entscheidend dazu beitragen, dass sich Unruhe, Unaufmerksamkeit und Unbeherrschtheit bei den Jungen empirisch messbar zurückbilden würden. Solche zuverlässigen Väter wünsche ich mir nicht nur in der Familie, sondern als „Public Fathers“ (vgl. AIGNER 2011) in der gesamten institutionalisierten Erziehung.

Angst vor Erziehung, Furcht vor dem Nein!

Wie bereits angedeutet, sind die autoritären Strukturen in vielen Bereichen zerfallen, samt jenen gesellschaftlichen Bedingungen, die einst den autoritären Charakter hervorgerufen hatten. Seit den 70er-Jahren war ein geringerer Zwang zum Triebverzicht zu beobachten, was das Ausleben von Triebwünschen sowie hedonistische Haltungen förderte. Es fehlten gelegentlich optimale Hindernisse, die ein Kind überwinden lernen muss, um autonom zu werden. Ergebnis waren eine Zunahme aller möglichen Formen von narzisstischen Störungen mit Problemen der Affektregulation, es wurde weniger gehalten und ausgehalten, die Störungen wurden zunehmend externalisiert, wie zuvor erwähnt.

Die Angst, autoritär zu sein, sitzt tief. Dabei bedeutet ‚auctoritas‘ Ansehen und Einfluss, Eigenschaften, die letztendlich für Eltern erstrebenswert sind. Ich beobachte bei Eltern seit längerer Zeit eine große Angst vor dem „Nein“. Aggression wird oft mit Zerstörung gleichgesetzt. Dabei bedeutet Aggression Selbstbehauptung und Ich-Durchsetzung, was für jeden Menschen überlebenswichtig ist. In vielen Familien dominieren aggressive Hemmungen. Oft wird bereits mit kleinen, dabei völlig überforderten Kindern über selbstverständliche Rahmenbedingungen diskutiert. Der Affektforscher Rainer KRAUSE hat betont, dass ein vorübergehendes Ertragen negativer Emotionen und die Negation die Grundlage der inneren Strukturbildung ist. Die heutige rasche Sedierung unangenehmer Affekte beschreibt er als psychologisches Fundament einer Suchtkultur sowie einer damit verbundenen Maßlosigkeit (vgl. KRAUSE 2011).

Inzestgrenzen und die Achtung von Generationenunterschieden

Diese beiden Bereiche betrachte ich als zentral für eine gesunde Identitätsbildung. Ich habe schon vorher darüber gesprochen, dass ein funktionierendes Beziehungsdreieck mit einer ausreichend guten Paarbeziehung der Eltern für die Entwicklung des Jungen von größter Bedeutung ist. Ist der Vater nicht ausreichend präsent, so kann die Mutter dem Jungen zu nahe kommen mit den bereits beschriebenen Folgen.

Ich beobachte in diesem Bereich eine zunehmende Laxheit, etwa wenn 10- bis 16-jährige Jungen noch im Bett bei der Mutter schlafen. Warum ist das schädlich? Zum einen entsteht eine dauerhafte Regression. Die betroffenen Kinder müssen sich nicht mehr ausreichend mit ihren Konflikten und den daraus entstehenden Ängsten auseinandersetzen. Die übergroße

und intime Nähe zu den Eltern – vor allem zum anderen Geschlecht – kann zudem inzestuöse Phantasien begünstigen, sodass die psychosexuelle Entwicklung eines Kindes sehr gestört werden kann. Ich bin nicht selten hochaggressiven – bis zu 15jährigen – männlichen Jugendlichen begegnet, die jede Nacht im Bett ihrer Mutter schliefen.

Die Missachtung von Generationenunterschieden wird von vielen Psychoanalytikern ebenfalls für eine problematische Entwicklung verantwortlich gemacht. Eltern sind die „Älteren“ und keine Kumpel. Entwertungen vor allem von Frauen, Distanzlosigkeiten und Übergriffigkeiten aller Art werden gebilligt, oft darum, weil sie Hilflosigkeit auslösen. Ein siebenjähriger Junge meint zu seiner Lehrerin: „Fick dich mit deinem Kugelschreiber!“. Ein 13-Jähriger sagt zu seiner alleinerziehenden Mutter, sie sei eine alte Hure. Ich denke, dass spätestens in solchen Momenten das Ende einer unheilvollen Entwicklung deutlich wird.

Es wird viel zu wenig darüber nachgedacht, wie es zur Zunahme der externalisierenden Störungen gekommen ist. Überwiegend wird Methylphenidat eingesetzt, um sie einzudämmen. Sämtliche der bislang genannten Symptome werden früher oder später einfach umbenannt. Über den Topf mit brodelnden Konflikten kommt jetzt ein eiserner Deckel mit einer Diagnose, die nur eine einzige Erklärung zulässt: All das Unbeherrschte, alle Unruhe rühren von einer angeborenen Störung von Transmittersubstanzen. Mit dieser Umbenennung wird die Seele eliminiert, zentrale Bereiche der Pädagogik werden medizinalisiert. Damit werden alle aus der Verantwortung entlassen, Eltern, Erzieher, Lehrer – von jetzt an ist nur noch Chemie, im Kopf und als Medikation, angesagt.

Seit den Neunzigerjahren hat die Diagnose ADHS lawinenartig zugenommen, die Verordnung von Methylphenidat in gleicher Weise. Waren es 1991 noch etwa 1500 Kinder mit dieser Diagnose, so waren es im Jahr 2011 in Deutschland bereits 757.000 Kinder und Jugendliche, 558.000 davon sind Jungen, dies sind etwa 75 % (BARMER_GEK-Arzt-Report, 2013). Mittlerweile erhalten etwa 12 % aller zehnjährigen Jungen diese Diagnose, also jeder achte Junge. 1993 wurden lediglich 35 Kilogramm (allerdings auch schon 35 Millionen mg) verabreicht, 2009 waren es bereits 1,7 Tonnen und die Verschreibungsfreudigkeit hält an.

Man fragt sich, wie das denn früher ohne Medikation überhaupt geklappt hat, und man geht davon aus, dass es nie mehr ohne gehen wird. Was bedeutet es für die Identitätsbildung eines Kindes, nur dann funktions- und leistungsfähig zu sein, wenn es über viele Jahre seiner Kindheit

ein Medikament bekommt? Wenn ihm so suggeriert wird, dass das Gehirn krank sei und auf diese Weise seine Seele eliminiert wird?

Ich erwähne nochmals, dass DORNES nachgewiesen hat, dass nicht mehr Kinder als früher psychische Störungen aufweisen. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mag durchaus von den beschriebenen Wandlungen in den Erziehungshaltungen der Eltern profitieren. Es ist aber nicht allein entscheidend, ob die Anzahl der Störungen im Vergleich zu vergangenen Zeiten größer, kleiner oder gleich ist. Niemand wird jedoch bestreiten, dass sich die *Qualität* der Störungen verändert hat. Die Zunahme der Diagnose ADHS (die so zu erklären ist, dass unter diesem Störungsbild mittlerweile alle Störungen des Sozialverhaltens subsumiert werden) deutet auf eine Zunahme von externalisierenden Störungen beim männlichen Geschlecht, selbstverletzendes Verhalten und Essstörungen häufen sich bei weiblichen Jugendlichen – beide Entwicklungen weisen auf problematische Symbolisierungsprozesse und auf unzureichende Väterlichkeit sowie einen wenig haltgebenden gesellschaftlichen Rahmen. Externalisierungen schaffen zudem große Schwierigkeiten in Pädagogik und Kinderpsychoanalyse.

Behandlungstechnik bei externalisierenden Störungen

Patienten mit externalisierenden Störungen brauchen in ambulanten psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien eine modifizierte Behandlungstechnik, weil sich zentrale Probleme ergeben. Wie zuvor ausgeführt, haben Kinder und Jugendliche mit jenen Störungsbildern neben Mentalisierungs- und Symbolisierungsstörungen auch Spielstörungen. Sie erleben Spielen nicht durchgängig symbolisch, nicht überwiegend „als ob“ und in einem Zwischenbereich von Phantasie und Realität angesiedelt. Bei jenen Patienten kann das Spiel leicht konkretistisch, real werden und blitzschnell aus der Kontrolle geraten, begleitet von archaischen Affektdurchbrüchen. Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen greifen zudem Rahmenbedingungen ständig an und suchen sie zu zerstören. Verbale Interventionen erreichen sie kaum, weil unabhängige Objekte und reale Machtverhältnisse kaum ausgehalten werden – die Szene mit Finn, die zuvor kurz dargestellt wurde, ist ein typisches Beispiel. Die Gegenübertragungen sind nur schwer auszuhalten, Behandlungen von Patienten mit schweren Mentalisierungs-, Symbolisierungsstörungen und strukturellen Defiziten können Therapeuten rasch an ihre Grenzen bringen. Gelegentlich muss darum stationäre Psychotherapie

das Mittel der Wahl sein, doch geeignete Einrichtungen, die auch Beschulung anbieten, gibt es nicht so häufig.

Wir können innerhalb von psychoanalytischen Therapien zwei Positionen einnehmen, Arbeit an Beziehung und Übertragung sowie Arbeit an Struktur und Rahmen; zwischen einer eher mütterlich geprägten und einer väterlichen Haltung müssen wir changieren können. Die jeweiligen Grenzen können allerdings rasch erreicht sein. In manchen Behandlungen wird das unbeherrschte Kind laufend gemaßregelt, und der Therapeut kann in die Rolle eines sadistischen Über-Ichs geraten. Das andere Extrem bestünde in einem masochistischen Gewährenlassen des Patienten und dem Ertragen aller Attacken und Unruhe – in dem Glauben, das sei schon Containment. Aus meiner Sicht ist ein gemeinsamer Nenner aller Behandlungstechniken, dass konkretistische Destruktionen begrenzt werden müssen. Grenzsetzungen sind Strukturierungsmaßnahmen. Sie geben der Therapeut-Kind-Beziehung einen sicheren Rahmen, und sie entlasten den Patienten von Schuldgefühlen (vgl. HEINEMANN & HOPF 2006).

Increasing externalizing disorders – failed adaption to a changing world?

(Short version by Ulrich Rüth)

Introducing ideas

Even PLATO, the ancient Greek philosopher, complained about boys, writing that they are among all creatures the hardest to manage: He describes boys as acting so socially disturbed that they need to be controlled by various forms of authority (PLATO 1960, pg. 177). Up to the 1960s, violence was commonly used in education, and children consequently tended to be submissive. In our day we complain about ‘the little macho’ or ‘mother’s favourite’, or about boys who lack social behaviour or start crying on any occasion. Such a description was given by a friendly teacher while seeking my help to manage her first-grade class. So we can say that modern boys range from having impaired self-esteem to showing arrogance. They may feel no fear at all and are quite often restless, unfocused and uncontrolled.

Most boys of today are better than their reputation. THORN (2012) demonstrated that mental disorders actually have not increased. I hope he is right, particularly in light of those 558 000 boys that have already re-

ceived the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Germany in recent years. However, the qualities of mental disorders have changed: Externalization is now as common as problems with mentalization and symbolization. In this context, externalization means a shifting or evacuation of feelings and internal states to the outside by means of acting. Certainly, the majority of young people have profited from positive changes in educational attitudes, but a smaller group of disoriented parents may have brought much harm, especially to boys (GÖPPEL 2013).

Let's look at the facts: Boys are the more frequent sex, with 51,32 % of newborns being male in 2012, but only 40 % of college-aged boys are enrolled in higher education in Germany. In Germany, 55 % of female adolescents compared to 45 % of male adolescents obtain a university entrance qualification. Significantly, in educational institutions boys are typically looked after by women, who teach and treat them.

How to understand externalization

Internal emotional conflicts might unconsciously be transplanted onto real, mostly interpersonal conflicts, and might thereby be solved. This transference accounts for quite a large number of struggles and disputes occurring in the family, at school and in other social environments, as these external struggles can be explained as the visible part of inner conflicts transferred and externalized into outward life. MENTZOS (2002) uses externalization as a term for projective processes: Internal conflicts that are not acknowledged to be one's own can be ascribed to other people and the outside world. In this way, aggressive impulses, moods and conflicts can be shifted and no longer felt inside. KLEIN (1930) noted that projective mechanisms are important for playing with objects, whereby internal conflicts are externalized. FONAGY et al. (2004) see externalization as an attempt to get rid of negative affective states. On the other hand, a caregiver's affective mirroring, mentalization and symbolization will aid in the formation of an internal space for the child, so that emotions can be endured by both and can then be looked upon in relational terms conveyed by symbols.

Children and young people with social problems tend to externalize inner conflicts and act them out. Affective mirroring or containment has usually failed with them, making unavailable the mentalization required to regulate conditions of the self. At the same time, triadic developments

have mostly failed too. A father's presence as a 'third person' modulates the boy's ability to differentiate affects, to represent them internally and to organize and regulate them. Boys who have a relationship with their father show higher competence when dealing with feelings and impulses.

Motoric action can be used as a special form of evacuating emotions. This kind of externalization as defence mechanism is gender-specific, and a large number of so-called hyperkinetic boys show it. Containment or understanding are rejected, and movement is used to fend off unbearable emotions. Such a defence should be changed by therapy, but not by encouraging even more motoric action, as is often attempted by educators. Movement charged with anxiety and affects is to a certain degree part of normal psychic development. There actually is a range from defence mechanism to pleasant phallic or even rivalistic movement joy, the latter always controlled by the ego. Boys' natural desire to be phallic and rivalistic should be supported by helpful education that promotes a sane male identity. Pleasurable movement is a vehicle for phallic experiences, risk, force, measuring and rivalries, especially for boys. Movement also guarantees the testing of one's own abilities to discover and conquer. On the other hand, uncontrolled motoric activity can be looked at as a regression whereby uncontained and nonmentalized affects are externalized.

To summarize, externalization can be found in excessive and abnormal projective identification as a means to outsource a painful mental state and to bring about immediate relief. Intolerable affects can be externalized in the form of uncontrolled movement, seen as movement unrest. In contrast, mature externalization can create subconscious scenes that may help in scenic understanding.

Externalizing disorders and mentalization

Externalizing disorders in which feelings are not mentalized are most common during childhood, and they have serious consequences for education and, later, for a professional career. ESSER (2011) states that about 50 % of eight-year-old children with dissocial disorders still suffer from mental abnormality 17 years later. According to FONAGY et al. (2004), mentalization can be considered the ability to understand oneself and the other person as beings with a mind and mental state. While mentalizing, the child can understand that it has a consciousness and is a living being among others. The child can thus be empathic, understanding what the

other is feeling and standing by him or her. According to WINNICOTT, what is gained is the ability to worry. Being able to mentalize and symbolize makes it possible to withstand separations and their accompanying unpleasant feelings. Mentalization and symbolization help the individual to employ intermediate spaces to delay needs, so that thinking and fantasizing can be used.

Externalization and gender differences

Boys usually show externalized disorders, syndromes or symptoms: Boys make up 80 % of those with social behaviour problems, 75–85 % of those with ADHD, 65–80 % of those with reading and writing disorders and language and speech impairments, 75 % of stutterers, 75 % of those with tic disorders, and 80 % of those with gender identity disorders. Girls tend to suffer from psychosomatic and neurotic processes: 95 % of anorexia nervosa sufferers are girls, along with 90 % of those with bulimia nervosa, 70 % of mutism sufferers, approximately 80 % of those who display self-injurious behaviour, and up to 75 % of depression sufferers.

Why do boys externalize? There are some possible reasons. Even in the womb, boys are more restless than girls, and they are more aggressive as children. Androgens in boys and men might be one cause; their testosterone levels are about 15 times higher than those of girls and women. Testosterone affects the brain with regard to certain behaviour traits such as aggression (SAMI and DESPOPOULOS 2003), and it sharpens perception and promotes a readiness for fight and risk-taking. While testosterone level does not directly correlate with aggressiveness, it does relate to competitive orientation (BISHOP-KÖHLER 2008). Thus hormones make boys ultimately phallic, so they tend to display a greater amount of aggression in symbolic ways. Due to gender identification, the mother's daughter is much more similar to the mother and can therefore be seen as an extension of the mother's self, but mothers experience their sons very early as disconnected, strange, and yet fascinating. This might have consequences on the fantasies of the boys themselves. The boy must therefore – quite unlike the daughter – unidentify with the mother. To obtain a healthy sense of masculinity, a boy must abandon the primary identification object and instead identify with the father. To promote the male identification process, parents must respect each other in their otherness. If the couple's relationship is disturbed – a father being weak, a mother hating the father, or

the father missing completely – the young male has to disconnect from the mother in aggressive ways. Lacking sufficient possibility to identify with a real man, he might develop so-called hyperphallic behaviour, becoming bossy and showing sexist, aggressive or sexualized behaviour.

Boys tend to be narcissistic and avoid object relationships, in comparison to girls, who tend to cling to the object and become depressive. Some boys react to emerging fears in a contraphobic way, for example by exhibiting motorestlessness on occasions which require separation, such as when starting kindergarten and elementary school.

The symptom range of depression in children is significantly different between boys and girls. Depression is not less common among boys during infancy; depressive mood is just more frequently masked by noisy, aggressive and restless action, often diagnosed as hyperkinetic disorder. Boys' symbolization ability can be troubled much more easily, leading to regression into grandeur fantasies. Events like a sudden separation of parents or the death of a close relative can finally break down the development of symbolizing ability so that the male child will permanently use narcissistic defences as a regression mechanism. From then on, skills to regulate emotions and to postpone wishes will be far less developed than those of girls.

The psychological presence of a father may help balance out the boy's inner conflicts by modulating and organizing intense affects. When no father is available, severe narcissistic impairments may result, along with and statistically measurable aggressive externalizations (LEUZINGER-BOHLEBER et al. 2008).

Risk-taking behaviour in boys

Even small boys express willingness to take risks. Boys generally have a higher accident rate: Compared to girls, they are four times more likely to drown while playing, have twice as many bicycle accidents, and get hurt on the slide more often although they use it less (BISCHOF-KÖHLER 2011). Willingness to take risks corresponds with less fear of consequences and is related to boys' desire for physical aggression. Mothers are more tolerant of risky behaviour in boys. Boys perceive less real fear of consequences in comparison to girls: Fatal injuries from accidents affected 432 males and only 150 females aged 5 to 20 in Germany in 2012.

Social change and symptom formation

While working as a psychotherapist and supervisor over the past decades, I have noticed a significant change in symptom patterns in children and adolescents, with a striking increase in two types of disorders: anxiety disorders and externalizing disorders.

After a decisive change in life, a stressful life event or a severe physical illness, adjustment disorders may occur when the adjustment process does not work.

In his work 'Uneasiness in Culture' (1930), FREUD says that modern human culture produces new symptoms. Many other psychoanalysts, including CARUSO, ERIKSON, FROMM, and Alexander and Margarete MITSCHERLICH, have described the social influence on the development of mental disorders. RUDOLF (2004) stresses that the individual's development will be influenced by the conditions, rules and beliefs of a particular society.

Up to the 1960s, society was largely aligned with the superego. Disorders formed in childhood showed up as anxiety, depression, obsessive compulsive disorders or even ecclesiogenic neuroses as a result of massive superego anxiety, while internalized conflicts created internalized disorders. On the other hand, suppressing the drive nature of the human being produced the civil individual with an ability to control the drive nature (DAMMASCH 2013). Drive defence leads to a robust ego loaded with psychodynamic energy, however, causing significant subjective pain. After the 1960s, the authoritarian parenting style lost ground to parenting as a form of partnership education. The goals of education were no longer obedience and submission, but rather autonomy and free will.

Which social changes contribute to the peculiarities of boys?

Official psychiatry assumes that boys' hyperkinetic and attention-deficit disorders are largely genetic and that recent increases are explained by improved diagnostic schemes. According to this explanation, ADHD has nothing to do with society. WENKE (2014) states that experts in medicine, the brain and the body might give us some missing part of the whole picture, but they shouldn't decide on questions of education or psychotherapy. By the way, nowadays ADHD is the term used for almost any conduct problem.

TÜRCKE (2002) states that we live in a 'society of spectacle'. As a philosopher, he believes that the attention of modern youth is absorbed by

image machines and depleted. He advocates a revival of fairy tales, folk songs, rhymes and games. I think we should be wary of hastily discarding such thoughts as old-fashioned and reactionary.

The modern social framework is no longer sufficiently stable, and in many areas it lacks continuity and limiting structures. There are continuous changes in families, with an increase in traumatic separation experiences for children. Many such children suffer from deprivation of a father, or a father hunger. Our society suffers not only from a decline of symbols and rituals, but also from a decline of paternal structure.

Boys need men for identification and triangulations. Being more inflexible, boys have a harder time adapting to changed conditions. I am stunned by how many mothers are already separated from the father during pregnancy and how many children will never have contact with their father. The missing father will have an effect on emotion control and identity development. Even worse for boys, 'public' fathers in institutions are few: In kindergarten, we find only 4% male educators, and in primary schools only 14% of teachers are male. Boys profit from childcare centres less than girls do, as female caregivers give boys less chance to develop a secure bonding relationship (AHNERT 2009). In kindergarten and school, today's boys suffer a father deprivation, and they thirst especially for clear limits. Responsible and mentally present 'public' fathers (AIGNER 2011) would contribute decisively to reducing restlessness and inattention and increasing self-control.

Since the 1970s, there has been support for the life instinct and hedonistic attitudes in society. Children lack the opportunity to overcome occasional obstacles, an optimal process for becoming autonomous while regulating affects. This results in increasing narcissistic disorders and externalization problems. Parents fear saying 'no', as 'no' seems aggressive, and aggression is equated with destruction. KRAUSE (2011), a researcher on affects, emphasizes that bearing negative emotions for a certain time creates the basis for internal structures. In contrast, rapid sedation of unpleasant emotions will lead to a culture of addiction and related excesses.

Incest borders and respect for generational differences are central for healthy identity formation. There is growing laxity on this issue, with 10- to 16-year-old boys still sleeping in bed with their mother. Intimate proximity to a parent, especially of the opposite gender, can favour incestuous fantasies and disturb psychosocial development. In practice I often meet highly aggressive males up to 15 years old who sleep each night in the bed of their mother.

Treatment technology and externalizing disorders

There is too little discussion about how the increase in externalizing disorders came about. Currently, methylphenidate is predominantly used to treat almost any externalizing disorder. All of the previously mentioned externalized symptoms will likely be renamed sooner or later as ADHD, which will then allow a single explanation: Lack of control and unrest are caused by a disorder of transmitter substances. The psyche is eliminated by renaming the issue, and key errors in education are medicalized. Responsibility is taken away from parents, educators and teachers. In 1991, about 1.500 children received an ADHD diagnosis in Germany; in 2011, 757.000 children and young people received such a diagnosis, among them 558.000 boys, or about 75 % of the total (Barmer GEK-Report 2013). Meanwhile, about 12 % of all 10-year-old boys officially have ADHD.

How could that all work in former times, without medication, and that nowadays we assume it will not work without it? What will taking a drug every morning for many years during childhood mean for the development of a functional and efficient identity? What will be the result of suggesting that the brain is sick and eliminating the soul? The majority of children may well have benefited from the described changes in educational attitudes. But children with externalizing disorders need a modified education and psychoanalytically oriented psychotherapy because they show distinct internal problems of symbolization and mentalization.

Such children and adolescents usually also have problems with play in therapy. They often won't play symbolically, and the game can quite easily become concrete and out of control with archaic affect breakthroughs. Children and young people with externalizing disorders will also constantly attack the therapeutic frame and are looking to destroy it. Verbal interventions have little effect because independent objects and relationship with real power are difficult to endure, as are countertransference feelings. This is why inpatient psychotherapy may occasionally be a good treatment choice, but we lack adequate institutions which can also offer schooling.

There are two possible positions in psychoanalytic therapy: to work on relationship and transfer, or to work on structure and frame. In some treatments, an uncontrolled child might be constantly scolded, with the therapist taking on the role of a sadistic superego. The other extreme would be a masochistic grant to the patient, where the therapist endures all attacks and unrest, believing this will result in containment. From my point of

view, the common denominator of all treatment techniques is that concretistic destructions must be limited. Borders and limits are restructuring measures. They provide a safe framework for the child therapist relationship, and they relieve the patient of guilt (HEINEMANN and HOPF 2006).

Literatur

- Ahnert, L. (2009): Bindungsentwicklung im Spannungsfeld von Familie und öffentlicher Betreuung. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg), Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta
- Aigner, J. C. (2011): „Public Fathers“. Zur Bedeutung und Problematik der Mann-Kind-Beziehung in der öffentlichen Erziehung. *psychosozial* 34,4: 13-20
- Barmer_GEK-Arzt-Report 2013 (2013): Auswertungen zu Daten bis 2011. www.presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130129-Arztreport-2013/PDF-Arztreport-2013.pdf - retrieved 25.10.2015
- Geschäftsstelle BKJPP (2012): ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung. Pressemitteilung BKJPP: www.drmonika-grummt.de/doc/bkjpp-Pressemitteilung_ADHS.pdf, retrieved 25.10.2015
- Bischof-Köhler, D. (2011): Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede. 4. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Dammasch, F. (2013): Das Kind in der Moderne. In: F. Dammasch & M. Teising (Hrsg.), Das modernisierte Kind. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
- Dilling, H. et al., Hrsg. (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 1. Nachdruck. Bern: Hans Huber
- Dornes, M. (2012): Die Modernisierung der Seele. Kind – Familie – Gesellschaft. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Esser, G., Hrsg.(2011): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart und New York: Thieme
- Fonagy P. et al. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett Cotta
- Freud, S. (1930): Das Unbehagen in der Kultur. Studienausgabe Bd. IX, Ausgabe 1975. Frankfurt am Main: S. Fischer
- Göppel, R. (2013): Haben Kinder und Jugendliche größere emotionale Defizite und psychosoziale Störungen als früher? In: F. Dammasch & M. Teising (Hrsg.): Das modernisierte Kind. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
- Heinemann, E.; Hopf, H. (2006): ADHS. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Hinshelwood, R. D. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Hopf, H. (2007): Wenn Kinder krank werden. Besser verstehen – einfühlsamer helfen. Stuttgart: Klett-Cotta

- Hopf, H. (2014): Die Psychoanalyse des Jungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Klein, M. (1930): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung. In: Melanie Klein. Gesammelte Schriften. Band I Teil 1, Schriften 1920–1945. Stuttgart: frommann-holzboog
- Krause, R. (2011): Affektentwicklung – männliche Stile der Affektregulation. In: M. Franz & A. Karger (Hrsg.), Neue Männer – muss das sein. Risiken und Perspektiven der heutigen Männerrolle. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lehndorfer, P. (2014): Gesundheit, Bildung und Erziehung. Zahlen und Fakten zu Leistungen für Jungen. Vortrag bei der Bundespsychotherapeutenkammer anlässlich des Symposiums „Diagnose Junge“ am 3. Juni 2014
- Leuzinger-Bohleber et al., (2008): Störungen der frühen Affektregulation. Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. *Psyche* 62: 621-625
- Mentzos, S. (2002): Externalisierung. In: W. Mertens & B. Waldvogel, B. (Hrsg.), Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Platon (1960): Nomoi. In: Rowohlts Klassiker. Reinbek: Rowohlt
- Rudolf (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Schmauch, U. (1987): Anatomie und Schicksal. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen, Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. Berlin, Heidelberg und New York: Springer
- Silbernagl, S.; Despopoulos, D. (2003): Taschenatlas der Physiologie. 6. korrigierte Auflage. Stuttgart und New York: Thieme
- Türcke, C. (2002): Erregte Gesellschaft. Philosophie der Sensation. München: Beck
- Wenke, M. (2014): „ADHS“ bezeichnet Verhalten, nicht dessen Ursachen.“ Konferenz ADHS: www.ads-kritik.de/Wenke.pdf - retrieved 25.10.2015

Hans Heinz Hopf, Dr. rer. biol. hum., analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, bis 1995 in eigener Praxis, danach Therapeutischer Leiter im Therapiezentrum „Osterhof“, Baiersbrunn. Dozent und Kontrollanalytiker an den Psychoanalytischen Instituten Stuttgart und Würzburg. Seit 2003 wieder in eigener Praxis tätig. Psychotherapie-Gutachter für analytische und tiefenpsychologisch fundierte PT bei Kindern und Jugendlichen.

Kontakt: Dr. rer. biol. hum. Hans Hopf • Seebachweg 14 • 74395 Mundelsheim
• dr.hans.hopf@t-online.de

Mentalization based work with parents makes therapy work

Ulrich R uth (München)

Mentalizing is a process by which we try to understand our own and others' behaviour in terms of underlying mental states, intentions and feelings. In working with parents, the child and adolescent psychotherapist aims at restoring the child-parent relationship and helping parents reduce stressors that might hinder psychic development. Mentalization based work with parents will enhance not only the parents' affect regulation but also the child's. Steps, technique and effects of this mentalizing approach are outlined in this paper.

Keywords: mentalization, parent work, child-parent relationship, child and adolescent psychotherapy

Parent work in child and adolescent psychotherapy

Working with parents in child and adolescent psychotherapy is common and in some ways essential, but we still lack theoretical agreement about how to do this work. NOVICK and NOVICK (2005) were among the first to publish a book on working with parents, but their book does not mention mentalization. CHETHIK (1989), however, gives a chapter to the issue and works out the basics of mentalization according to the functioning levels of the parents. SLADE (2008) deplores the neglect of Melanie KLEIN and Anna FREUD towards parent work and elaborates on ways to increase reflective functioning in parents. SLADE (2006) describes a mother-infant reflective program for high- and low-risk families. REXWINKEL and VERHEUGT-PLEITER (2008), in one of the most valuable books on mentalization in child therapy, describe how to help parents to promote their own mentalization (VERHEUGT-PLEITER, ZEVALKINK, SCHMEETS 2008). NIJSSENS et al. introduced a mentalization-based treatment program for parents with borderline personality disorder and their infants (NIJSSENS, LUYTEN & BALES 2012).

What is mentalization?

The concept of mentalization brings together theory of mind and attachment theory. Mentalizing as a reflective action can be defined as the understanding of one's own or others' behaviour in terms of under-

lying mental states, intentions and feelings (SLADE 2008). More broadly, we can define it as understanding underlying mental states, intentions and feelings and their effect on affect regulation and regulation of social relationships. Most broadly, mentalizing is the expectant attitude that learning about mental states will bring about enrichment and enlightenment. FONAGY, GERGELY, JURIST AND TARGET (2002) stress mentalization as a crucial component of secure and healthy interpersonal relationships.

The parents' mentalizing activity

The parents' mentalizing activity tries to see links between

- the child's behaviour and the child's mental state,
- the child's mental state and the social surroundings, and
- the parents' behaviour and the child's mental state.

The parents' mentalizing activity is the interpersonal interpretive mechanism of behaviour and underlying feelings. FONAGY et al. (1991, 1993) underscore the links between attachment and mentalization. According to these authors, secure attachment leads to the capacity to mentalize, insecure attachment leads to lowered mentalization, and attachment traumatization leads to the breakdown of mentalizing activity. Parents who can mentalize their child's behaviour provide a secure surrounding, help the child to regulate affects and promote mentalizing activities in the child itself.

Working with parents in child/adolescent psychotherapy

Psychotherapeutic work with the child targets the restoration of the child to the path of progressive development. Work with parents, on the other hand, differs from individual therapy in that it aims at the restoration of the parent-child relationship as a lifelong resource for both sides.

For therapy to work effectively, the parents' reflective functioning should undergo evaluation. The question is: Can the parents link the child's behaviour to a mental state (either their own or the child's or, better, both)? If the child and parents live through a tantrum, for example, the child's affect dysregulation certainly has to do with frustrated needs in regard to social surroundings, parental behaviour and/or the parental mental state. Parental co-regulation directed at the parents' own affects as well as at the whole situation will lead to greater self-regulation of the child. The better parents are at imagining what is going on in themselves and the child, and especially at discerning hidden mental states, the better this re-

gulation will work. This attention to the inner aspect is what differentiates mentalizing parent work from counselling orientated on behaviour itself.

Working with parents in a mentalizing way

In order to foster mentalizing activities and reflective functioning in parents (and help them to co-regulate), a reframing of non-mentalizing narratives is essential. A lack of mentalizing leads to control and coercion on both sides. We have to keep in mind that, especially in escalations, intolerable feelings are often quite explicitly expressed by both parent and child, so that is no co-regulation by the parent, and the opportunity for affect regulation on the child's part is missed.

To work in a mentalizing way requires acceptance of the actual capacities of parents to explore and understand a situation. It is best to give no judgement at all and, furthermore, no advice. Advice can be helpful only when understanding is already possible. We should seek shared discovery of who the child is (as a person) and what the child might think, feel and want. While helping parents explore their child's mind and try to mentalize, we should emphasize and accept that the mental states of others are usually opaque: The other mind can be mysterious, difficult to imagine, disguised, and minds, feelings, and thoughts change over time through the dynamics of feelings and understanding.

When we create a 'play-space', we help parents to wonder and ask questions. We should wait for reflective contributions by the parents and avoid (open) propositions. Exploring and discovering is always a struggle, and it is especially difficult to penetrate the opacity and complexity of the child's (and one's own) experience. In the attempt to understand, the search for right descriptions and metaphors is essential. Even as an experienced therapist, I am unable to mentalize another person wholly at first try. It is through everyday experience that understanding develops as one struggles forward and accepts misunderstanding on the way through the opacity of another mind.

Techniques

It is important to note relations between the parents' mental states and those of the child. This might go like this: *'So your daughter is very angry* [waiting for reaction], *maybe she is so angry with you* [short stop – validation of tolerance of conflict] *because she has been frightened* [short stop

– validation of cognitive tolerance], *frightened by your sad feelings* [stop – holding the parents’ sad feelings in mind, trying to validate cognitive and emotional reactions]?’ The complexity of feelings should be explored and the narrative reframed. Maybe this goes like this: ‘*So you were angry, but maybe being angry is not all of it. Wasn’t there another feeling* [waiting for reaction], *for example feeling helpless* [waiting for reaction – validation of contact], *or even feeling controlled by your child* [waiting for reaction again – validating tolerance]?’ *Feeling helpless and controlled* [rewinding to the former idea] *can make us angry* [cognition and feeling brought together, already a short narrative – validation of tolerance], *very angry, really* [rewinding to the affect, stressing the affect, waiting for reaction again], *but in the beginning, what actually had gone wrong* [searching for more complex narrative! waiting for a reaction again], *had gone wrong with both of you* [insinuating the interdependence of mental states].’

Finally, we can try to note relations between the parents’ mental states and those of the child: ‘*So maybe your daughter is so angry with you because she has been frightened* [waiting for reaction – validation of contact] *by your sad feelings?*’ By the end of the exercise, we have arrived at a complex narrative of contradictory emotions – anger and fear at the same time – as well as contradictory reactions – fear disguised as anger because of sadness – that has led to misunderstanding and helplessness on both sides.

In order to work effectively with parents, we have to start from an unknown stance. You can never know parents exactly (as you can never know any other ‘other mind’), so try to constantly recheck your understanding of the parent. Show your interest in what the parents actually feel. Spell out the emotional impact of the narrative.

We should explore positive mentalization and provoke the parents’ curiosity about their child. Try to use judicious praise for what the parents have already accomplished. The parents’ curiosity might be provoked by highlighting your own interest in ‘why’, guiding the parents’ focus towards real (affective) experience and away from ‘fillers’, or trivial and already-known aspects. As a psychodynamic therapist, I will take up what ‘the unconscious’ presents, which often reveals what parents feel is not only ‘allowed’ but ‘invited’ to be discussed. The unconscious will lead you if you wait a bit and trust. But be aware to be led away from the other mind by trivialisations and/or your own agenda as a therapist.

The healthy narrative will be restored when clarifications open the way

to tracing actions to overt feelings, even if the connection is glimpsed only momentarily. Further on, action can be traced to underlying feelings, and then to feelings evoked by motivations as well as reactions.

Affect elaboration is the core activity when working on a mentalizing stance. Affect regulation increases when mixed emotions can be recognized and different parts of the emotions can be named. Other feelings can then be probed. When the therapist reflects on what it must feel like as a parent in such a situation, we praise what has been already achieved, especially affect regulation, or we help the parents understand and name dysregulation. When we reflect what it must be like in such a situation for the child, we demonstrate mentalization of the child, helping the parents to come along with us and promoting their understanding.

I will conclude with some hints about techniques to enhance mentalizing activities. Try to slow down/stop – listen – look again (together with the parents): *‘Oh, one moment, that’s too much at one time for me’* [then repeat what has been said]. Slow down/stop – rewind [to the former idea in danger of being lost]: *‘I’m not sure we caught it the right way. We had already said that ...’* [then repeat what has been said]. Explore and go ahead [together with the parents]: *‘There must be some reason. Can you imagine a possibility ...?’*

Stop in order to validate contact, affect tolerance or cognitive understanding. Rewind to ideas which could get lost or which are now tolerable enough. Rewinding can also be used to focus first on behaviour before exploring feelings that are linked with the actual behaviour.

Effects of Mentalizing

When mentalization starts, attempts to control the other person will be reduced (on both sides, parents and child). Co-regulation by the parents becomes possible (and helpful). Coercion on both sides decreases or even fades away. Thinking of feelings becomes possible (on both sides), affect tolerance grows, and emotional growth becomes possible for parents and child. Mentalization helps parents regain their identity as parents and take better care of their child instead of struggling and quarrelling. The parents’ mentalization helps the child feel understood and to regulate his or her own emotions and enables a secure attachment situation for the child. In therapy, the child or adolescent will be able to collaborate in mentalizing activities, thus making therapy work.

Mentalisierungsbasierte Arbeit mit Eltern lässt Therapien wirksamer werden (Zusammenfassung)

Elternarbeit in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Eine weithin akzeptierte Theorie von Elternarbeit in der psychodynamischen oder psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie fehlt bisher. NOVICK und NOVICK (2005) betonen in ihrem (dem bisher einzigen) Buch zum Thema der Elternarbeit eine notwendige Allianz mit Eltern, erwähnen das Mentalisierungskonzept jedoch nicht. REXWINKEL und VERHEUGT-PLEITER (2008) beschreiben eine Mentalisierungsförderung bei Eltern. SLADE (2008) will über Mentalisieren die reflexiven Funktionen der Eltern stärken. NIJSSENS et al. (2012) beschreiben ein mentalisierungs-basiertes Programm für Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Was ist Mentalisieren?

Mentalisieren als „Reflective Functioning“ wird gefasst als ein Verstehen von eigenem und fremdem Verhalten auf der Basis zugrunde liegender mentaler Zustände, Absichten und Gefühle (SLADE 2008). Mentalisierende Aktivität führt zu Affektregulation und zur Regulation interpersonaler sozialer Beziehungen. FONAGY et al. (2002) betonen die Bedeutung von Mentalisierung für sichere und gesunde zwischenmenschliche Beziehungen.

Das Mentalisieren der Eltern

Wenn Eltern mentalisieren, suchen sie nach Zusammenhängen zwischen kindlichem Verhalten und Befindlichkeit einerseits und eigenem Verhalten und eigenem Fühlen andererseits. Wenn Eltern mentalisieren, stellen sie ihrem Kind eine sichere Umgebung zur Verfügung und fördern Mentalisierung bei ihrem Kind (FONAGY et al. 1991, 1993). Sichere Bindung führt zur kindlichen Fähigkeit, selbst zu mentalisieren. Unsichere Bindungen verringern die Mentalisierungsfähigkeit, Traumatisierung bedingt den Zusammenbruch mentalisierender Aktivität.

Elternarbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in mentalisierender Weise

Für die Arbeit mit Eltern sollte abgeschätzt werden, inwieweit die Eltern das kindliche Verhalten mit ihren eigenen oder den kindlichen inneren Zuständen in Verbindung bringen können. Fehlendes Mentalisieren aufseiten der Eltern führt statt zu einer elterlichen Co-Regulation kindlicher Affekte zu Manövern von Kontrolle und Zwang auf beiden Seiten. In eskalierenden Situationen werden dann nicht erträgliche Gefühle unzureichend mentalisiert, und eine elterliche Affektregulation ist nicht mehr möglich. – Bei geringer Mentalisierungsfähigkeit der Eltern müssen die berichteten Erlebnisse und Situationen auf durch gemeinsam zu suchende, passende Beschreibungen mit innerem Erleben „aufgefüllt“ werden, um den Eltern ihre eigenen Erfahrungen so vertieft verstehbar zu machen.

Technisch spielen abwartende Reaktionen und spiegelndes Wiederholen mit Fokus auf mentalen Zuständen eine wichtige Rolle. Dies könnte sich z.B. so anhören: *„Ich sehe, dass Ihre Tochter so wütend war [Warten auf Reaktion] – vielleicht war sie so wütend auf Sie [kurzer Stopp – Validierung der Toleranz für den benannten Konflikt], weil sie Angst hatte [kurzer Stopp – Validierung der kognitiven Toleranz für die Angst des Kindes], Angst [kurzer Stopp – um die Aufmerksamkeit zu halten] vor Ihren traurigen Gefühlen?“* [Stopp – Im-Auge-Behalten der traurigen Gefühle der Eltern, Überprüfung deren kognitiver und emotionaler Reaktionen].

Anschließend wird die Komplexität zugänglicher gewordener Gefühle erforscht, die Erzählung „umgeformt“: *„Sie waren also verärgert über das Tamtam Ihrer Tochter. Aber der Ärger war doch nicht alles. War da nicht noch ein anderes Gefühl? [Warten auf eine Reaktion] Zum Beispiel ein Gefühl von Hilflosigkeit [jetzt offen Warten auf eine Reaktion, Validierung des Kontakts], oder vielleicht sogar das Gefühl, von Ihrem Kind kontrolliert zu werden?“* [Warten auf eine Reaktion, Validierung der Affekttoleranz]. *„Sich hilflos und kontrolliert fühlen [Zurückspulen zur ursprünglichen Idee] kann einen ärgerlich machen [Kognition und Gefühl werden zusammengeführt, insofern entsteht ein kurzes Narrativ – Validierung der Toleranz hierfür], ja sogar sehr ärgerlich [Zurückspulen zum Affekt, Betonung des Affekts, Warten auf eine Reaktion]. Aber ganz am Anfang, was war da denn eigentlich schiefgelaufen? [Suche nach einem komplexeren Narrativ! Warten auf eine Reaktion] „Was ist da schiefgegangen mit Ihnen beiden?“* [Andeuten der Interdependenz der jeweiligen mentalen Zustände].

Schließlich wird versucht, Wechselbeziehungen jeweiliger mentaler Zustände herauszuarbeiten: *„Vielleicht war Ihre Tochter so ärgerlich auf Sie, weil sie sich gefürchtet hat [Warten auf Reaktion, Validierung des Kontakts] vor Ihren traurigen Gefühlen, von denen Sie erzählt hatten?“*

Man gelangt so schrittweise zu einer komplexen Erzählung widersprüchlicher Gefühle von Ärger und Furcht und den zugehörigen widersprüchlichen Reaktionen: Angst verkleidet sich als Ärger, Angst entsteht aus nicht containter Traurigkeit. Das Ganze führt beidseits zu Missverstehen, Hilflosigkeit und Kontrollversuchen.

Um erfolgreich zu arbeiten, bedarf es einer Haltung der „freundlichen Unwissenheit“: Zeigen Sie Interesse daran, was Eltern tatsächlich fühlen! „Buchstabieren“ Sie „heraus“, was den emotionalen Gehalt einer Situation ausgemacht hat! „Provozieren“ Sie die Neugier der Eltern auf ihr Kind! Betonen Sie Ihr Interesse am „Warum“! Versuchen Sie, das Augenmerk der Eltern hinzuführen zu „realen emotionalen Erlebnissen“!

Hauptaugenmerk einer mentalisierenden Haltung liegt auf der Affektdifferenzierung: Affektregulation wird gefördert, wenn gemischte, widersprüchliche Gefühle benannt und toleriert werden können. Dann ist es auch möglich, fremden Gefühlen nachzuspüren. Wenn wir als Therapeut gegenüber Eltern offen darüber sprechen und reflektieren, wie man sich als Eltern in einer speziellen Situation wohl fühlt, bestätigen wir entweder das durch die Eltern bereits Erreichte – insbesondere die Emotionsregulation – oder wir fühlen mit der Dysregulation mit und können sie dann benennen. Wenn wir reflektieren und aussprechen, wie sich wohl das Kind in der entsprechenden Situation fühlt, mentalisieren wir das Kind stellvertretend für die Eltern und helfen den Eltern so, ihr eigenes Verstehen zu erweitern.

Technische Möglichkeiten, um Mentalisierung zu fördern, bestehen in: Langsamer werden/stoppen – zuhören – noch einmal hinschauen (gemeinsam mit den Eltern): *„Oh Moment, das ist gerade irgendwie zu viel auf einmal für mich.“* [anschließend Wiederholung, was gesagt worden ist] – Langsamer werden/stoppen – zurückspulen [zur Anfangsidee, welche verloren gehen könnte]: *„Ich bin mir nicht sicher, dass wir das richtig verstanden haben, wir hatten schon festgehalten, dass...“* [anschließend wiederholen, was gesagt worden ist]. – Entdecken und vorangehen [gemeinsam mit den Eltern]: *„Da muss es einen Grund geben, haben Sie eine Idee?“*

Stoppen dient der Validierung von Kontakt, Affekttoleranz oder kognitiver Toleranz. Sinnvoll ist Zurückspulen zu Ideen, die verloren gehen könnten, oder aber zu Ideen, die aufgrund des Gesprächsverlaufs nun tolerierbar sind. Zurückspulen kann auch zunächst äußeres Verhalten fokussieren (um kognitive Toleranz herzustellen und zu validieren), um anschließend jene Gefühle zu erforschen, die mit dem Verhalten verbunden sind.

Effekte von Mentalisierung

Mentalisierung führt zur Verringerung von Kontrolle und Zwang auf beiden Seiten. Das Verstehen von Affekten erhöht die Affekttoleranz und fördert das Erfassen von Motiven. Mentalisieren hilft den Eltern, ihre Identität als Eltern wiederzuerlangen, besser für das Kind zu sorgen und Kampf und Streit wegzulassen. Elterliches Mentalisieren hilft dem Kind, sich verstanden zu fühlen und Emotionen besser zu regulieren. Die Einzeltherapie von Kindern und Jugendlichen wird folglich durch elterliches Mentalisieren wirksamer, weil sich die jungen Patienten dann selbst besser mentalisieren und erforschen können.

References

- Chethik, M. (1989): *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies*. New York, NY and London, England: The Guilford Press
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. & Target, M. (2002): *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press
- Fonagy, P.; Steele, M.; Moran, G. S.; Steele, H. & Higgitt, A. C. (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Moran, G. S. & Higgitt, A. C. (1993): Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relationship between parents' mental representation of childhood experiences and their infant's security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989
- Nijssens, L.; Luyten, P.; Dales, D. L. (2012): Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. In: N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 79-97). London, England: Routledge
- Novick, K. K. & Novick, J. (2005): *Working with parents makes therapy work*. Lanham, MD: Jason Aronson

- Rexwinkel, M. J. & Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008): Helping parents to promote mentalization.
In: A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Eds.), *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners* (pp. 69–90). London, England: Karnac
- Slade, A. (2006): Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640–657
- Slade, A. (2008): Working with parents in child psychotherapy: Engaging the reflective function.
In: F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research, findings, and clinical implications* (pp. 207–234). New York, NY: The Analytic Press
- Verheugt-Pleiter, A. J. E.; Zevalkink, J. & Schmeets, M. G. J. (2008): *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London, England: Karnac

This paper is a revised version of an oral presentation at the WADP-Congress 2011, Munich. English version by the author with a language brush up by Jennifer Turnquist, editing service (jenniferturnquist.com).

Contact: Dr. med. Ulrich R uth, MD., Child and adolescent psychiatrist and psychotherapist • Goethestra e 54 • D-80336 München • Email: ulrich.rueth@mnet-online.de

Beziehungs- und Familienarbeit in einer Kindertherapie

Erwin Leßner (München)

In a child's psychotherapy frequent functional themes, such as problems in school, are emphasized by parents, but the emotional suffering of the child is not seen. In the case of a small boy, whose therapy will be narrated here, too, the father saw at first only a problem in finding his right place at school. By anticipating a foreseeable situation of loss in the boy, and by clarifying the aim of treatment before its beginning, it was possible to create a stable relation with the boy and his parents. Hence, he was able to better cope with the loss during the treatment. His humor and vitality remained intact. Continuous care for the stability of his social network became an important issue.

Keywords: child therapy, development therapy, relationship work

Kindertherapie und soziales Umfeld

Die Kindertherapie des Schulkindes, und das sind die allermeisten Kindertherapien, bewegt sich in dem Feld zwischen Familiensituation, Schulsituation und therapeutischer Situation. Für die Entwicklung und das Befinden des Kindes sind alle drei Felder zu beachten, nicht zuletzt deshalb, weil die Entwicklung in ihnen sehr unterschiedlich verlaufen kann. Das kindliche Ich besitzt noch wenig eigene Stabilität, es definiert sich wesentlich über sein Verhältnis zu seiner jeweiligen Umgebung. Zu den Aufgaben des Therapeuten gehört es daher, sicherzustellen, dass er die wichtigsten Entwicklungen aus den verschiedenen Bereichen mitbekommt. Diesem Ziel dienen regelmäßige, etwa monatliche Elterngespräche und in manchen Fällen auch gelegentliche Kontakte zu den Lehrern und sonstigen wichtigen Bezugspersonen des Kindes.

Günter AMMON hat schon 1970 auf den Funktionsverlust der modernen Kleinfamilie im Vergleich zu den früheren Großfamilien hingewiesen (vgl. 1981, S. 134-135). Wenn eine solche Kleinfamilie dann auch noch durch Trennung oder Scheidung auseinanderbricht, sind wir bei der Kleinstfamilie angelangt, in der die Last der Erziehung und Fürsorge einem einzelnen Erwachsenen übrig bleibt.

In der Zweipersonenfamilie unterbleibt naturgemäß die Regulierung von Nähe und Distanz zwischen Mutter und Kind durch einen Dritten, in der Regel den Vater des Kindes.

Terje NERAAL schreibt hierzu:

Fehlt der Vater oder bleibt er auf Distanz, kann das Dreieck [gemeint: die Triangulierung; Leßner] nicht errichtet werden, es bleibt gewissermaßen zusammengeklappt. Darunter leidet die Entwicklung des Kindes, es bleibt symbiotisch an der Mutter kleben. (2007, S. 116)

Ein großer Anteil unserer heutigen Therapiekinder kommt aus Haushalten alleinerziehender Eltern. Hinzu kommt der enorme Abbau allgemein anerkannter gesellschaftlicher Wertsetzungen in den letzten 50 Jahren. Die Herausforderung einer kindertherapeutischen Behandlung stellt sich daher heute anders dar als in den Anfängen der Kinderanalyse. Nicht nur die körperlichen, auch die seelischen Strukturen sind noch viel stärker im Aufbau zu denken und damit auch in Abhängigkeit von den umgebenden Gruppen.

Die englische Psychoanalytikerin Anne HURRY hat in ihrem Buch „Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern“ (2002, S. 48–49) ihr Verständnis von Kindertherapie ausgeführt, das dem Umstand Rechnung trägt, dass ein Großteil der Patienten, die heute zum Psychoanalytiker kommen, der „Entwicklungstherapie“ bedarf, die erst Strukturen wachsen lässt und Defizite ausgleicht, da das Selbstgefühl dieser Patienten unvollkommen oder verzerrt entwickelt ist und für sie daher eine einfache Deutungstechnik nicht ausreicht. HURRY beruft sich dabei auf Anna FREUD, bei der diese Art der Behandlung schon angelegt war, jedoch noch nicht theoretisch ausformuliert worden ist.

Günter AMMON hat mit seinem Begriff der „nachholenden Ich-Entwicklung“ (1979, S. 102) die Richtung vorgegeben für eine Auffassung, die auf dem Hintergrund eines Verständnisses psychischer Krankheit als Strukturdefizit Psychotherapie als Förderung des strukturellen Persönlichkeitswachstums begriff. WINNICOTT sprach von der „haltenden Funktion“ (1983, S. 12) des Analytikers und von der Bereitstellung einer hinreichend guten Umgebung durch ihn, um Persönlichkeitswachstum zu ermöglichen. LOEWALD nahm an,

dass das Selbstgefühl des Kindes durch die Internalisierung der, durch eine Vielzahl kleiner Interaktionen vermittelten, elterlichen Imagines aufgebaut werde, und dass vergleichbare Interaktionen in der Analyse stattfinden. (1960, zit. bei HURRY 2002, S. 56)

Und GREENSPAN schrieb:

Strukturbildung [...] resultiert nicht, wie häufig behauptet, aus der Lösung von Konflikten; sie beruht auf bestimmten, durch ihre Dauerhaftigkeit und Stabilität charakterisierten Merkmalen einer Beziehung. Hierbei handelt es sich um die gleichen Beziehungsmerkmale, die auch in der Entwicklung strukturelles Wachstum ermöglichen. [...] Konflikte müssen analysiert werden, damit sich das Individuum für jene Art von Beziehungen öffnen kann, die strukturbildend wirkt. (1997, zit. bei HURRY 2002, S. 374)

Diesen Aufbau psychischer Struktur kann das Kind mithilfe des Analytikers bewältigen, mit dem es sich projektiv identifiziert und der bereit ist, sich auf diesen Prozess einzulassen. Was hierbei entsteht, folgt nicht einem therapeutischen „Programm“, sondern ergibt sich aus einer Begegnung, deren Qualität von beiden Beteiligten abhängt. Also auch die Persönlichkeit des Therapeuten ist gefragt bis hinein in sein spontanes Mitschwingen und Mitagieren mit dem Kind. Wichtig dabei ist auch, dass die Interaktion zwischen Kind und Therapeut energetisch die Intensität des problematischen kindlichen Erlebens erreicht bzw. Zugang zu ihm erhält.

Das Moment des Sich-Einlassens des Therapeuten auf seine eigenen spontanen Einfälle halte ich dabei in einer Kindertherapie für besonders wichtig. Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein Kind sich im Spiel fallen lässt, während ihm ein Analytiker gegenüber sitzt, dessen Haltung als Aufnehmender und gegebenenfalls Deutender doch eher distanziert ist. Wenn das Spiel eine interaktive Qualität erhalten soll, und das heißt eine Qualität, die emotional hoch aufgeladen und damit bedeutsam ist, dann gibt zwischen Therapeut und Kind ein Wort das andere. Das Drama, das dabei gespielt wird, ist das Drama des Kindes. Aber der Analytiker kommt nicht umhin, die eigene Persönlichkeit bei einer spontanen Interaktion mit dem Kind ins Spiel zu bringen. Die Aufmerksamkeit des Analytikers oszilliert in diesem Prozess zwischen dem eigenen spontanen Mitagieren und dem deutenden Sich-über-das-Geschehen-Rechenschaft-Ablegen hin und her. Aber in Momenten extremer emotionaler Verdichtung des Spiels gelingt die Reflexion erst hinterher.

Fritz – 6 Jahre alt

Der erste Kontakt mit den Eltern

An einem kalten Wintermorgen sprach ein Ehepaar bei mir vor wegen ihres sechsjährigen Sohnes. Das Problem, so der Vater, sei, dass er im Herbst in die Schule komme, man sich aber nicht vorstellen könne, dass er sich dort einfügen kann. Der Junge sei total unruhig und könne sich nicht längerfristig mit einer Sache beschäftigen. Seine Frau sei schwer krank und habe nicht die Energie wie ein gesunder Mensch, um ihr Kind zu fördern.

Die Mutter ist schwer krebskrank. Die Krankheit nimmt einen chronischen Verlauf, die nächste Operation steht vor der Tür. Zu guter Letzt erfahre ich, dass die Eltern sich vor zwei Monaten getrennt haben, die Mutter ist mit dem Sohn aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. Zwei Tage pro Woche sowie während der Krankenhausaufenthalte der Mutter wohnt er bei seinem Vater. Eine Erziehungsberaterin hat ihn im Kindergarten wegen der bevorstehenden Einschulungsentscheidung beobachtet und festgestellt, dass er traurig und ein Einzelgänger sei.

Ich war erschüttert über die Lage des kleinen Fritz. Wie konnte sein Vater es bei einer so schweren Erkrankung der Mutter zum Streit und zur Trennung kommen lassen! Wie konnte er so blind sein, die Sorge um die Einschulung in den Vordergrund seiner Überlegungen zu stellen, wenn die Frage war, ob es für Fritz weiterhin eine Mutter gab oder nicht! Gleichzeitig beschlichen mich Gedanken, mit der Aufgabe, hier zu helfen, überfordert zu sein.

Zwei Wochen später kam es zum Erstkontakt mit Fritz.

Der Einstieg

Schon eine Weile vorher hörte ich aus meinem Besprechungszimmer Unruhe vor der Tür. Als ich hinaustrat, hatten sich Vater und Fritz schon über die Spiele im Kinderzimmer hergemacht. Ich übernehme den Jungen dann vom Vater, der nur zögernd das Spielzimmer räumt. Mein Gefühl ist, dass er sich schwertut, Fritz mir zu überlassen. Fritz rennt während unseres Spiels mehrmals in den Vorraum zum Vater hinaus. Er scheint auch die Ambivalenz des Vaters zu spüren und zu fürchten, dass er ihm verlorengelht, wenn er sich von ihm löst. Deshalb macht er auch die Tür zum Vorraum nie richtig zu. Mir gegenüber verhält sich Fritz recht ungeniert und stürzt sich ohne Zögern auf die Spiele. Darüber kommen wir schnell miteinander gut in Kontakt. Der Junge dauert mich, da ich ihn als

verlassen und unbeholfen erlebe.

Da beide Eltern mit der Therapie ganz unterschiedliche Ziele verfolgten, verlangte ich, dass sie sich erst darüber einigten, was mithilfe der örtlichen Erziehungsberatungsstelle geschah. Als Therapieziel wünschten sie nun beide, dass Fritz geholfen werden müsse, ihre Trennung und die Krankheit der Mutter zu verarbeiten.

Fritz schaffte es schon bald, in den Therapiestunden seiner Fantasie freien Lauf zu lassen. Er benutzte dazu kleine Tierfiguren, die wir zwischen uns aufteilten und die sich stellvertretend für uns auf dem Tisch auseinandersetzten und Gruppen bildeten. Er führte sogar sehr schnell eine Grenze zwischen unser beider Gebieten ein und nannte sie den Fluss, aus dem beide Gruppen trinken konnten. Die Grenze hatte also eine konstruktive, ja lebenswichtige Funktion für beide Parteien. Dann gab es auch Streit, die Grenze wurde von seiner Tierherde ein ums andere Mal verletzt, Tiere aus meiner Herde wurden entführt und in den Abgrund geworfen. Meine Rolle war es, zu protestieren und menschenwürdigen und partnerschaftlichen Umgang einzufordern. So hatten wir schnell unser Thema im Spiel, und in der Realität der therapeutischen Beziehung ging es natürlich um die gleichen Dinge: Er forderte, dass seine Stunde pünktlich begann und bumperte an die Tür des Behandlungszimmers, wenn diese noch verschlossen war. Ich verlangte, dass die Grenze der verschlossenen Tür respektiert werde und dass er warte, bis ich bereit für ihn sei.

Ähnliche Themen gab es genug: das Aufräumen der Spielsachen am Stundenschluss; seine Tendenz, aus der Therapiestunde ein Fußballtraining zu machen, in dem man sich sonst nicht füreinander interessieren durfte; die Erfindung von Spielregeln, mit denen er auf keinen Fall verlieren konnte. Fritz entpuppte sich zunehmend als ein verwöhntes Mutter-söhnchen, das keinen Handgriff zu viel tun wollte. Deswegen fiel ihm ja auch der Übergang von der ödipalen Orientierung zum Schulkind besonders schwer.

Sein hämisches Lachen, wenn er bei Stundenschluss fluchtartig das Therapiezimmer verließ und mir zurief: „Der Letzte räumt auf!“ verriet mir aber bald, dass Fritz mittlerweile wusste, was er tat. Mit dieser Schlitzohrigkeit gewann er meine Sympathie. Gleichzeitig steuerte ich dagegen: Spielsachen, die du nicht mit aufräumst, stelle ich dir in der nächsten Stunde nicht zur Verfügung!

Solche und ähnliche Auseinandersetzungen haben wir in den vier Jahren seiner Therapie einige ausgetragen.

Die Angehörigenarbeit

Von Anfang an war es in der Elternarbeit um Vermittlung zwischen den Eltern bzw. Erziehungspersonen gegangen. Dabei verfolgte ich bestimmte Ziele und vertrat bestimmte Wertsetzungen.

Als Ziel ging es mir einmal darum, dass die erwachsenen Bezugspersonen sich gegenseitig respektierten, nicht übergingen und nicht ausspielten; dass sie ihre Konflikte austrugen, aber sich dafür möglichst einen eigenen Ort wählten, am besten die Elterngespräche. Da die Eltern nun getrennt waren, ging es darum, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu sichern. Diese sind in diesem Fall die Übergabesituationen. Es musste verhindert werden, dass diese Situationen zum Streit benutzt und dadurch für das Kind besonders schmerzhaft wurden. Dies konnte verhindert werden, indem der Ärger der Eltern übereinander bei mir besprochen wurde.

Die Mutter bearbeitete zudem ihre Schwierigkeiten, ihrem Sohn Grenzen zu setzen. Für ihre Erschütterung über ihre neuesten ärztlichen Befunde war ebenfalls in diesen Gesprächen Platz.

Mit dem Vater ging es oftmals darum, ihm seine Wichtigkeit für sein Kind klarzumachen. Durch die recht legere Art des Jungen fühlte er sich immer wieder abgewertet. Er verstand dessen Provokationen und Austestungen oft als Herabsetzung. Seine Grenzsetzungen fielen daher oft zu scharf aus. Auch brauchte er eine Menge moralische Aufrichtung, weil die weiblichen Bezugspersonen, die allesamt verwöhnend agierten, bei Fritz im Vorteil waren.

Mit den Eltern erarbeitete ich auch eine Lösung für die Schulwahl. Sie konnten sich schließlich auf die Montessori-Schule einigen.

Nach dem Tod der Mutter

Zwei Monate, nachdem Fritz eingeschult worden war, starb seine Mutter an ihrer schweren Krebserkrankung.

Ich bot dem Vater an, ihn und den Jungen an die Bahre der Mutter zu begleiten, was einen Tag später geschah. Es gab keine lauten Szenen, wir sprachen nicht viel.

In der Folgezeit verdoppelten wir unsere Kontakte. Fritz sprach mit mir nicht über die gestorbene Mutter. Er wollte spielen und nahm dann auch mein Angebot an, ihm Märchen oder auch aus Robin Hood, seinem Lieblingsbuch, vorzulesen. Unsere Stimmung war vorsichtig bis gedrückt. Manchmal war er plötzlich lärmend und grob und verschaffte sich damit Abfuhr für seine Anspannung.

Auch der Vater hatte nun doppelt so viele Gespräche bei mir. Erst einmal ging es um die Bearbeitung seiner Schuldgefühle; im Weiteren um die Bewältigung der neuen Situation, die er bei mir besprach. Er fand eine sehr freundliche und versöhnliche Art, mit dem Sohn über die Mutter zu sprechen, indem er sagte: Jetzt haben wir im Himmel jemanden, der auf uns runterschaut und auf uns aufpasst. Er nahm sich viel Zeit für den Übergang und das Umräumen der Wohnungen. Seine Schwester, die schon während der Krankenhausaufenthalte Mutterstelle vertreten hatte, trat auch jetzt in diese Rolle ein.

In Person seiner Schwester hatte der Vater eine neue weibliche „dritte Person“, mit der er sich über die Erziehung von Fritz auseinanderzusetzen hatte. Dieser Geschwisterkonflikt hatte eine lange Vorgeschichte, und es schimmerte dadurch etwas von der sehr schwierigen Geschichte der väterlichen Herkunftsfamilie auf. Die Schwester war die älteste Schwester gewesen, der Vater der viel jüngere Bruder, der sich dort immer wieder bevormundet und benachteiligt gefühlt hatte.

Diese Gefühle plagten ihn jetzt, da er die Schwester für die Erziehung seines Sohnes brauchte, erneut. Mehrmals war er nahe daran, den Kontakt zu seiner Schwester abubrechen. Mehrmals setzte er sie vor dem Jungen herab. Aber auch ein ums andere Mal übergang sie, in Verbindung mit dem Kind, den Vater. Erneut musste auch in dieser Beziehung durchgesetzt werden, dass beide Erwachsenen die Erziehung nur in gegenseitigem Respekt voreinander erfolgreich gestalten konnten, trotz der Unterschiedlichkeit ihrer Positionen. Der Vater musste die Hilfe seiner Schwester anerkennen. Die Schwester durfte ihn nicht übergehen, auch wenn sie ihn zu streng fand. Einmal war sie sogar nahe daran, ihren eigenen Bruder beim Jugendamt anzuzeigen, angeblich aus Mitleid für das von ihr verhätschelte Kind, konnte aber schließlich überzeugt werden, davon Abstand zu nehmen. Beide Seiten mussten beherzigen, dass der jeweils Andere in seinem Zusammensein mit dem Kind nur seine eigene Identität leben konnte.

Im weiteren Entwicklungsverlauf fand Herr E. eine neue Partnerin, die nach und nach die Tante bei Fritz ersetzte. Aber auch mit dieser Partnerin setzten sich die erzieherischen Kompetenzstreitigkeiten des Vaters fort. Wieder bestand die Gefahr, dass Fritz zum Zankapfel der Erwachsenen wurde. Der kleine Fritz, ganz ödipaler Charmeur, genoss die Zuwendung der neuen Ersatzmutter und brachte seinen Vater mit seinem ewigen Rivalisieren erneut zur Verzweiflung. Nun ließ sich Herr E., dessen väterli-

ches Selbstbewusstsein ich unablässig stützte, sogar zur vorübergehenden Aufnahme einer eigenen Therapie bewegen.

Eine pikante Note erhielt diese Fallgeschichte noch dadurch, dass die neue Partnerin des Vaters Pharmareferentin war, Fritz zum nächstbesten ihr bekannten Kinderpsychiater schleppte und er von diesem ein ADHS mit Verschreibung der entsprechenden Medikamente bescheinigt bekam. Der Arzt hatte es nicht für nötig befunden, mit mir, der ich den Jungen seit drei Jahren behandelte, Rücksprache zu nehmen, und nun war ich ebenfalls zum düpierten und übergangenen „Ersatzvater“ geworden. Dass Fritz kein ADHS hatte, war für mich klar. Ich lief damals zu meinem alten Supervisor und kochte vor Wut. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass das Methylphenidat der Beziehung zwischen Fritz und mir keinen Abbruch tat, und ich führte die Therapie noch ein volles Jahr weiter, bis Fritz auch die nicht viel später einsetzende schmerzhaftige Trennung von dieser zweiten Ersatzmutter verwunden hatte.

Erreichtes und Begrenzungen der Arbeit mit Fritz und dem Bezugsumfeld

Bei meiner Reflexion dieser Therapie stellte ich fest, dass es mir nie ganz gelungen war, meine Regelungen bei Fritz durchzusetzen. Der Konflikt zwischen uns über die Einhaltung von Grenzen war sozusagen der spielerische Kern unserer Beziehung, durch den wir uns kennen- und schätzen lernten.

Meine Hauptaufgabe hatte darin bestanden, ihm einen Beziehungs- und Entwicklungsraum zur Verfügung zu stellen, in dem sein Humor und seine Lebendigkeit weiterleben konnten, ihn davor zu bewahren, in der Opferrolle zu versinken, und ihm die für seine kleine Gestalt kompensatorische Betonung seiner Kraft und Wildheit zu ermöglichen. Diese im Aufbau befindlichen „männlichen“ Qualitäten waren als Reaktion auf die ursprünglich überwältigende Bevormundung durch die Mutter für Fritz besonders wichtig. In diesem Kampf um eine neue, unabhängige Identität, der schon mit der Trennung der Eltern begonnen hatte, sehe ich auch den wichtigsten Grund dafür, dass er die Trauer über den Verlust der Mutter nicht zulassen konnte: Sie hätte die ersehnte Unabhängigkeit sofort wieder untergraben. Außerdem war die Trauer wohl zu groß und zu frisch, um geäußert werden zu können.

Zweitens ging es um die Ergänzung der elterlichen Selbstobjekte durch das von mir eingebrachte Beziehungsmodell.

Die dritte Hauptaufgabe betraf den Erhalt der Rahmenbedingungen seiner Lebenssituation: Um die Fähigkeit des Vaters zur Zusammenarbeit mit seinen Erziehungspartnerinnen Ehefrau, Schwester und Freundin musste unablässig gekämpft werden. Dies schloss auch gelegentliche Beratungen mit Fritzens Klassenlehrerin ein.

In all der Zeit hatte sich Fritz als eifriger und wissbegieriger Junge an seiner Schule etabliert. Es gelang ihm, ein sehr lebendiger und beliebter Mitschüler in seiner Klasse zu werden und sich gut weiterzuentwickeln trotz schlechter Startbedingungen.

Working on Relationships in the Family in a Case of Child Therapy (English short version)

Psychotherapy of school children is anchored in the realm between family situation, school situation, and therapeutic situation. For the child's development and well-being, all three areas need attention, especially because a different development can occur in each situation. The child ego has little stability of its own and draws, instead, on the relationships to its respective environment. Hence part of the therapist's task is to make sure that he is aware of the major developments in the respective areas of life. For this purpose he meets regularly – e.g. monthly – with parents and, in some cases, even maintains contact with teachers and other important reference persons in the child's life.

The British psychoanalyst Anne HURRY stated in her book 'Psychoanalysis and development therapy' (German: 2002) her understanding of child psychotherapy which is that the majority of patients who seek out a psychoanalyst actually need 'development therapy'. Such therapy fosters structural growth and balances deficits because the feeling of self is either incomplete or distorted in these patients; hence, a simple technique of interpretation does not suffice.

Günter AMMON (1979) has pointed in this direction with his concept of 'retroactive egodevelopment'. His is the idea that mental illness is a structural deficit and psychotherapy therefore needs to be a facilitation of structural personality growth. WINNICOTT (1983) talked about the 'containing function' of the analyst and about the provision of a good enough environment in order to facilitate the growth of personality.

LOEWALD (1960) assumed

that the child's feeling of self is established by internalizing parental imagos through a multitude of tiny interactions, and that similar interactions take place in analysis. (cited in HURRY 2002, p. 56).

What develops here is not due to a therapeutic 'program', but comes about through an encounter whose quality depends on both participants, that is, the personality of the therapist including his spontaneous going along and acting out with the child. What is important is the interaction between child and therapist to the degree that it energetically reaches the child's problematic experience or else gains access to it. The moment of the therapist's engagement with his own spontaneous ideas is of special importance in child psychotherapy. If playing is to have an interactive quality, which is emotionally charged and therefore meaningful, then therapist and child will feed each other the words. The drama which is thus enacted is the drama of the child. But the analyst will inevitably bring his own personality into the play with the child as part of a spontaneous interaction.

As a case in point for this sketched out therapeutic attitude, the treatment of a seven year old boy is presented. The boy's parents had just separated and the mother died in the second year of treatment. Working on a supportive social network for this child played a particular role in the therapy from the very beginning to the end. This is typical for many child psychotherapies in present times.

From the beginning, the therapy was about the mediation between the parents and other carers. With this I pursued special goals and set a particular emphasis. The adult reference persons should respect one another instead of ignoring each other or playing each other off. They were supposed to carry out their conflicts, but in another place, preferably in parent conferences. Since the parents were separated, it was important to secure their collaboration in critical situations such as during handover. Preventing these situations from turning into occasions of quarrel and antagonism was crucial as to avoid turning them into painful experiences for the child. This could be prevented by having the parents vent their anger in my presence.

After the mother's death, the father was able to enlist his sister for the boy's care. She was now a new female 'third person' with whom the father

had to deal with in Fritz's child rearing. Again, also in this relationship, the mutual respect between both adults had to be emphasized if the child rearing was to be effective. The father had to recognize the help of his sister, and the sister was not allowed to pass him over even if she found him to be too strict. Both parties had to keep in mind that the other could only live out his own identity in being with the child.

In reflecting on this therapy, I had to acknowledge that I never quite succeeded in maintaining the rules with Fritz. The conflict about boundaries was so-to-speak the playful core of our relationship through which we got to know and appreciate each other.

My main task consisted in providing a space for relating and developing, a space in which his humor and liveliness could continue to come out. I was to make sure that he did not drown in the victim role but that he was able to compensate his small appearance with his power and wild self.

It was a constant struggle to enable the father to collaborate with his child rearing partners: wife, sister, and girlfriend. This also included occasional consultations with Fritz's class teachers. During the whole time, Fritz turned into a diligent and eager boy at his school. He succeeded in becoming a lively and popular student in his class and continued to develop despite a bad start.

(English translation: Angelika Rapaport, München)

Literatur

- Ammon, G. (1979): Entwurf eines dynamisch-psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. S. 95-159.
 In: G. Ammon (Hrsg.), Hdb Dynamische Psychiatrie 1. München: Reinhardt
- (1981): Gruppe und Aggression. S. 127-135. In: G. Ammon, Gruppendynamik der Aggression.
 München: Kindler
- Greenspan, S. I. (1997): Developmentally based psychotherapy. Madison, CT: Int Univ Press
- Hurry, A. (2002): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt: Brandes
 Apsel. [English original: Psychoanalysis and developmental therapy (1998). London: Karnac.]
- Loewald, H. W. (1960): On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanalysis*, 41, 16-33
- Neraal, T. (2007): Die unerhörten Botschaften der hyperaktiven Kinder. In: C. Warrlich, E. Reinke
 (Hg.): Auf der Suche – Psychoanalytische Betrachtungen zum ADHS. Gießen: Psychosozial
- Winnicott, D. W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Fischer

Kontakt: Erwin Leßner • Höhenkircherstr. 24 • 81247 München
 • erwin.lessner@t-online.de

Normierte Gesellschaft und frustrierte Heranwachsende

Raymond Bategay (Basel)

Loneliness, addiction and violence as problems of individuals and society: On the one hand, the achievements of modern technology have made it possible to reach out to other people wherever they may be in the world; on the other hand, this development has contributed to a reduction in spontaneous human contacts. Since mostly both parents now work outside their home, children and adolescents are often unable to get the necessary emotional attention and to discuss their problems with their parents. This may lead adolescents falling into some kind of despair. Often they try to help themselves by drugs or by violence against others, hoping to achieve within a group of peers an improvement of their feelings that way. By that their fear becomes numb. The possibilities of psychotherapy, especially of psychoanalytic and group psychotherapeutic methods and/or group centred school-class discussions to work through conflicts, are reflected.

Keywords: adolescence, aggressive behavior, family structure, youth crisis, psychoanalytic sociology

Einleitung

Die Tatsache, dass oft beide Eltern einer Berufstätigkeit nachgehen oder nachgehen müssen, ohne dass sie ihre Kinder genügend mit positiv-anregendem Feedback umgeben und sie liebevoll betreuen können, trägt dazu bei, dass die Heranwachsenden die benötigte Zuwendung durch die Eltern oft nicht mehr oder aber eine ihren Werdegang ebenso schädigende Verwöhnung erfahren.

Auch die zunehmende Zahl von Ehetrennungen und -scheidungen und das häufige Auseinanderbrechen von Partnerschaften lassen die von ihnen stammenden oder nur durch sie betreuten Kinder oft infolge mangelnder Liebe und Beachtung durch die Eltern oder ersatzweise für sie Sorgenden frustriert und einsam sein. Nicht selten ist niemand mehr da, der die Zeit und Kraft für die Kinder übrig hätte, um sich mit deren Fragen und Sorgen zu befassen. So kann sich bei diesen ein Einsamkeitsgefühl, aber auch eine Wut auf die Eltern, Erzieher und in der Übertragung auch auf andere Erwachsene einstellen.

Die Gesellschaft und vor allem die Massenmedien reagieren auf aggressives Gebaren von jungen Menschen meist ablehnend und oft mit repressiven Gegenmaßnahmen und Strafen. Sie wollen die Not, in der heute viele

arme Menschen und besonders vernachlässigte Jugendliche stecken, nicht wahrnehmen. Den jungen Menschen fehlt oft die Erfahrung eines mittragenden Erwachsenen, der mit ihnen zu einer grundlegenden Diskussion oder Auseinandersetzung bereit wäre. Bei der unter diesen Verhältnissen an der Mitmenschlichkeit oft zweifelnden Jugend ist es nicht erstaunlich, dass sie in ihrer Einsamkeit entstandene Aggressionen auf irgendeine Art bei den Erwachsenen anbringen möchten. Schon allein aus Trotz oder auf der Suche nach gleichermaßen Betroffenen greifen sie nicht selten zu einem Suchtmittel. In ihren Ressentiments und ihrer Wut kommt es nicht selten zu aggressiven Verhaltensweisen, die ihnen etwa im Fernsehen in aller Grausamkeit vorgeführt werden und dementsprechend gefährlich wirken können.

Auch die Tatsache, dass die Familien häufig nicht mehr zum Mittagstisch und/oder zum Nachtessen zusammensitzen und die Kinder und Jugendlichen oft gezwungen sind, irgendwo in einem Kiosk oder einer anderweitigen standardisierten Verkaufsstelle ein Sandwich zu kaufen, macht die Heranwachsenden zumindest bis zu einem gewissen Grade zu Heimlosen. Der fehlende Familientisch führt nicht selten zum Fehlen eines Gruppen- bzw. Familiengefühls, womit auch die Verstärkerwirkung einer gesunden Familiengruppe auf die Gefühle (BATTEGAY 1961) verloren geht. Damit dürfen die Heranwachsenden in der Gegenwart oft auch nicht mehr jene warmen Gefühle erleben, welche in einer kommunizierenden Familie aufkommen und den Kindern und Jugendlichen den berechtigten Eindruck vermitteln, in diesem Kreis einen emotionalen und moralischen Halt zu finden. Wenn die Familien nicht mehr eine sichernde Stützung zu geben vermögen oder wegen beruflicher Überforderung der Eltern und oft auch wegen der Überbeanspruchung der Heranwachsenden durch Teilnahme an vielfältigen sportlichen oder anderweitigen, verpflichtenden Kursen und Veranstaltungen kaum mehr Zeit zur Diskussion finden, so erleben die Jungen keinen intimen Rahmen mehr, in dem sie sich öffnen und geborgen fühlen können, wie immer sie sich auch gebärden mögen.

Aggressives Verhalten als Kommunikationsversuch

Die Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie Barbara STECK zeichnet in ihrem Buch „Adoption – ein lebenslanger Prozess“ die Situation von Adoptivkindern, in der bei den Betroffenen oft besonders Gefühle der Vernachlässigung, Vereinsamung, Wut und Aggression aufkommen.

Die Autorin schildert u. a. das Schicksal des Knaben Pascal (STECK 2007, S. 172-177), der, aus Südamerika stammend, im Alter von 8 ½ Jahren in eine Schweizer Familie zur Adoption gegeben wurde. Nach sechsmonatigem Aufenthalt des nun Neunjährigen in der Aufnahmefamilie habe dieser verlangt, dass der leibliche Sohn der Adoptiveltern das Haus verlasse. Damit und mit den Verhaltensstörungen von Pascal kamen diese nicht zurecht. Auch habe der Adoptivsohn angekündigt, dass er sich rächen werde für das ihm zugefügte „Verbrechen“, abgelehnt und verlassen worden zu sein. Nach vorübergehenden Aufenthalten in zwei Institutionen, wo er einmal auch Feuer setzte, kam er in eine zweite Adoptivfamilie. Obschon auch diese Familie mit massivsten Schwierigkeiten konfrontiert war, wollte sie die Adoption aufrechterhalten, wobei sie eine Psychotherapie für den nun zehnjährigen Pascal wünschte. Es zeigte sich dabei u. a., dass dieser sich immer wieder vergewissern wollte, ob seine Adoptiveltern fähig sind, sein aggressives Verhalten zu ertragen, zu verhindern oder wieder gutzumachen. Frau STECK (2007, S. 176) zitiert in diesem Zusammenhang WINNICOTT (1990), der betont, es sei unerlässlich, dass die Umgebung, die Adoptivfamilie, die positiven Elemente in der antisozialen Tendenz des Kindes erkenne und sich ihm emotional kontinuierlich zur Verfügung stelle.

Selbst bei der Erziehung unauffälliger Kinder und Jugendlichen ist es wichtig, dass die Eltern und sonstigen Erzieher und Erzieherinnen in gelegentlichen oder immer wiederkehrenden aggressiven Verhaltensweisen der Jungen Zeichen dafür erkennen, dass diese sie mit herausfordern wollen, sie menschlich anzuerkennen. Nur Eltern und Erziehende, die bereit sind, auch die feindselige Eigenwilligkeit der von ihnen Betreuten zu akzeptieren und sich dieser zu stellen, werden von den Heranwachsenden mit der Zeit anerkannt. Durch diese Standfestigkeit den Kindern gegenüber merken diese, dass die Eltern und Erzieher sie wirklich lieben, mögen sie sich noch so widerspenstig verhalten. Heranwachsende, die diese Stärke der Eltern erfahren und sich mit dieser auseinandersetzen können, werden in der Pubertät und als junge Erwachsene die Zuversicht gewinnen, dass die Eltern bereit sind, sich den durch ihre Kinder oder andere junge Erwachsene aufgebauten Widerständen zu stellen. Eine Familie, in der die Eltern den eigenen Kindern eine liebevolle und doch konsequente, wenn auch nicht starre Haltung entgegenbringen, wird im Gegensatz zu prinzipienlosen Familien eher als eine bergende Gruppe erlebt werden, die einen Halt auch in der Not zu vermitteln vermag.

Zuwendung zu Drogen aus Vereinsamung und Trotz

Im Jahre 2007 kam ein 19-jähriger Mann zu mir in die Praxis, der als Einzelkind bei Eltern aufwuchs, die selbst größte Lebensschwierigkeiten hatten. Die Familie lebt in einem Mehrfamilienhaus, das der Großmutter mütterlicherseits gehört. Zu ihr hatte der Patient eine ambivalente Beziehung. Einerseits schätzte er ihre kulturellen Interessen, andererseits zürnte er ihr, dass sie gleich nach dem Tode des Großvaters mit einem anderen Mann zusammenzuleben begann. Die Mutter spricht dem Alkohol zu, und der Vater betreibt ein kleines Computergeschäft, das aber nur von wenigen Kunden aufgesucht wird. Der Patient hatte zur Zeit des Beginns der Therapie eine sehr schlechte Beziehung zum Vater, da dieser ihm vier Jahre zuvor gesagt habe, der Konsum von Cannabisprodukten sei harmlos. Dieser greife selbst gelegentlich zu Haschisch. Der Sohn fasste die Aussage des Vaters als Gleichgültigkeit ihm gegenüber auf und begann nun, irgendwie zum Trotz gegen den Vater, auch Haschisch zu konsumieren. Er blieb während zweier Jahre dem Schulunterricht fern, lebte daheim beinahe ohne mitmenschlichen Kontakt vor sich hin. Schließlich entwickelte er ein Verlassenheitssyndrom (GUEX 1983) und wurde zunehmend psychotisch. Er hörte Stimmen, fühlte sich verfolgt und litt außerordentlich unter seinen krankhaften Symptomen. Ich versuchte, ihm seine Erkrankung ausführlich zu erklären und ihm klarzumachen, dass das Cannabis bei längerem Gebrauch schizophrenieähnliche Psychosen auslösen könne, wobei nie eindeutig festgestellt werden könne, ob die Psychose auch sonst aufgetreten wäre. Ich hielt es für angezeigt, den Patienten nicht nur psychotherapeutisch, sondern auch mit Psychopharmaka zu behandeln. Mit relativ hohen Dosen von Olanzapin und begleitender, teils in einfacher Gesprächsform vor sich gehender, teils psychoanalytisch orientierter Psychotherapie gelang es, die psychotischen Symptome zurückzudrängen, sodass er nach einigen Wochen eine private Fortbildungsschule zu besuchen vermochte. Bei seiner vorhandenen künstlerischen Begabung entschloss er sich später, in eine Kunstschule für angehende Maler einzutreten. Der Patient hatte dort wirklich einen zunehmenden Erfolg mit den von ihm entworfenen Bildern.

Bei diesem jungen Mann war es vor allem die von ihm als Gleichgültigkeit und Lieblosigkeit ihm gegenüber empfundene Haltung der Eltern, die ihn verzweifeln ließ und immer mehr dazu führte, dass er sich vom familiären Leben zurückzog, ein Zimmer für sich im Estrich des Wohn-

hauses bezog, wo er dann auch schlief, das Leben eines Einsiedlers führte und, wie erwähnt, dauernd dem Haschisch zusprach. Dass die Eltern sein sich isolierendes Gebaren und seine Sucht, ohne je mit ihm eingehend darüber zu sprechen, annahmen, hat zusätzlich dazu geführt, dass er immer mehr in seiner Vereinsamung und Not versank, sich stets weiter von der äußeren Realität zurückzog und schließlich in eine schizophrenieartige Psychose verfiel.

Die Beziehung zu mir war vor allem zu Beginn auch dadurch gekennzeichnet, dass er es schätzte, wenn ich ihm, z. B. wenn er Befürchtungen äußerte, dass er mit der Zeit seine Denkfähigkeit wegen des früheren Cannabiskonsums verlieren werde, energisch beteuerte, dass seine hohe Intelligenz bisher erhalten geblieben sei und wenn er in Zukunft nicht mehr Cannabis konsumiere, fortbestehen werde. Gelegentlich musste ich ihm auch aufzeigen, dass er vielleicht die Eltern, welche ihn, wie er es empfunden habe, zu wenig beachtet und geliebt hätten und kaum auf ihn als Besonderem eingegangen seien, mit seiner Psychose habe bestrafen wollen.

Aufwachsen in Kleinfamilien und Lockerung des Kontaktes zwischen den Generationen

Mit der häufigen Berufsarbeit beider Eltern kommt es zwar nicht selten vor, dass Großmütter und Großväter die Kinder der Töchter und Söhne hüten. Doch beschränkt sich der Kontakt der Mütter und Väter mit den Großeltern häufig nur auf die Diskussion des Verhaltens der betreuten kleinen Kinder. Es ist heute oft nicht so, dass sich die Mütter und Väter für das Befinden ihrer Eltern bzw. Schwiegereltern, selbst wenn sie regelmäßig oder gelegentlich die Großkinder hüten, wirklich als solche interessieren. Auch kommen sie sozial häufig nur noch wenig zusammen. Die Elterngeneration beschäftigt sich im Grunde oft kaum mit dem, was ihre alten Mütter und Väter bewegt. Auch leben nur noch wenige örtlich oder zumindest emotional im Verband einer Großfamilie, in der die Großeltern auch die Verbindung zu den Vorfahren und zur Geschichte der Dorfgemeinschaft oder der Stadt darstellen. Die heute im Allgemeinen in Kleinfamilien aufwachsenden Kinder und Jugendlichen finden daher nicht mehr den Halt in der Generationenfolge, wie das noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war.

Bei diesem mangelnden Halt der Heranwachsenden drohen auch in der

Gesellschaft die ethisch-moralischen Grundsätze ins Wanken zu geraten oder vergessen zu werden, sodass die Jugendlichen und oft auch die Erwachsenen vorwiegend nur noch das Leben „genießen“ wollen und oft in Tanz- oder Sexualorgien, anderen ausschweifenden Happenings und in Drogen sowie im Alkohol Erbauendes zu erleben hoffen. Die jungen Menschen versammeln sich in ihrer häufigen Leitbildlosigkeit nur noch selten in sinngebenden oder religiösen Gruppen, in denen jeder/jede Beteiligte eine wichtige Rolle ausübt und damit einen Halt findet (BATTEGAY 1966).

Gewaltszenen in Massenmedien als Vorbilder

Ein wichtiger und häufig zu wenig berücksichtigter Faktor, der besonders verheerend auf von Natur aus streitlustige oder leicht kränkbare Jugendliche wirken kann, ist, dass diese oft durch Gewaltszenen in Television und Internet dazu ermuntert werden, sich mittels Gewalt durchzusetzen. Diese jungen Menschen entsprechen nicht selten Borderlinepersönlichkeiten, die ohnehin oft die ihnen Begegnenden nur in gute oder schlechte Menschen aufzuteilen vermögen. Gut erleben sie häufig jene, mit denen sie eine narzisstische Fusion eingehen können, z. B. mit den „Fans“ des eigenen Fußballclubs. Als schlecht erleben sie all jene Individuen, die ihnen als ungleich erscheinen und gegen die in ihnen Aggressionen entstehen, welche sie in projektiver Identifikation (KLEIN 1946; BATTEGAY 2008) auf die Anderen, z. B. die „Fans“ des anderen Clubs, projizieren, um sie dann als Feinde zu identifizieren.

Natürlich können solche Individuen unter Umständen auch ohne Anregung durch die Massenmedien gewalttätig werden gegen Menschen, die ihnen nicht entsprechen. Sehen sie aber täglich im Internet, in der Television oder im Kino, dass Gewalttätigkeit gegen andere Menschen im Bild vorgeführt wird, stachelt es sie auf, gegen ihnen nicht entsprechende Individuen loszuschlagen. Haben solche Menschen mit Gewalt begonnen, so können sie sich oft keine Grenzen mehr setzen, besonders wenn sie sich mit psychisch ähnlich Strukturierten zusammenfinden.

Wie mich meine diesbezüglichen Erfahrungen mit solchen jungen Erwachsenen lehren, die als Patientinnen und Patienten zu mir kommen, kann der Besuch von Veranstaltungen, bei denen Gewaltszenen vorausgesagt werden können, auch suchartig erfolgen, wobei die Betreffenden oft parallel Drogen verschiedener Art und übermäßig alkoholhaltige Geträn-

ke einnehmen und dabei nicht selten auch sexuell andere ausbeuten oder durch andere ausgebeutet werden. Diese jungen Erwachsenen sind meist einsam und nicht selten vom Leben, das sie führen, enttäuscht, ohne dass sie von selbst einen Ausweg daraus fänden. Zwar suchen sie in ihrer Vereinsamung die Verbindung mit gleichermaßen Betroffenen, doch finden sie bei der Ansammlung dieser nicht selten am Sinn des Lebens Zweifelnden nicht die Hilfe, welche sie in einer Gruppe von bewussten und zielstrebigen Gleichaltrigen fänden. Sie hören im besten Falle oft erst in einer Grenzsituation, bei der ihr Leben in Gefahr steht, mit dem gewohnten Verhalten auf, oder dann, wenn sie durch administrative Massnahmen zur Resozialisation oder zur psychiatrischen Behandlung für eine bestimmte Zeit in eine entsprechende Institution eingewiesen werden.

Eine geschiedene, in enger Beziehung zu ihrer wohlhabenden Mutter lebende, eine Wäscherei betreibende Frau meldete mir telefonisch ihren 22-jährigen Sohn zur Behandlung an. Es ging aus ihren Worten nur hervor, dass er es wegen Gewalttätigkeiten verschiedentlich mit der Polizei zu tun gehabt habe.

In der ersten Konsultation wirkte der knapp mittelgroße, kräftige und athletisch gebaute junge Mann beherrscht und geordnet. Er berichtete darüber, dass er in einer politisch rechts stehenden Neonazigruppe bei Schlägereien mitgewirkt habe. Bald fügte er hinzu, dass er dieser sogar vorgestanden habe und sehr aktiv bei der Planung von Angriffen auf Andersgesinnte gewesen sei. Auf die Frage, weshalb er aus dieser Gruppe austreten wolle, antwortete er, dass er nicht mehr durch die Polizei in Haft genommen werden und nicht mehr monatelang darin verbringen wolle. Auch sagte er, dass er in der Wäscherei seiner Mutter genügend Arbeit habe und sich dabei das notwendige Geld zum Leben verdienen könne. Er ließ aber auch durchblicken, dass er durch Mutter und Großmutter sehr verwöhnt worden sei. Selbst wenn er sich ein sehr teures Objekt als Geschenk gewünscht habe, sei ihm das stets gekauft worden. Offenbar wurde zuhause jegliche Auseinandersetzung mit ihm vermieden. Echte Liebe scheint er indes von beiden Frauen nie erhalten zu haben. Es ging ihnen offenbar hauptsächlich darum, die äußere Ordnung und Ruhe aufrechtzuerhalten und ihn dazu zu bringen, sich regelkonform zu verhalten.

Die ersten vier Sitzungen erschien er regelmäßig zu den vereinbarten Konsultationen von 50 Minuten Dauer, und er benahm sich immer sehr korrekt, wenn auch auffiel, dass seine Stimme wenig moduliert und et-

was gepresst wirkte. Dann kam es aber wiederholt vor, dass er zu den abgemachten Terminen nicht erschien. Ich versuchte, ihn dann jeweils telefonisch zu erreichen. Doch ich habe ihn nie ans Telefon bekommen und habe jeweils mit der Mutter sprechen müssen. Er erschien dann wieder zu einer Sitzung und sagte, er habe sich mit einem gleichaltrigen Mädchen angefreundet. Sie wollte ihn zum Tanz mitnehmen. Das falle ihm schwer, doch habe er vor, mit ihr dorthin zu gehen. Auch zur nächsten Sitzung kam der Patient wieder, und er sagte, der Abend mit dem Mädchen sei sehr gut verlaufen. Darauf erschien er aber nur noch einmal zur verabredeten Sprechstunde. In seinem Ermessen hatte er offenbar seine Pflicht getan und sich bei mir als Psychiater gezeigt. Ich vermutete, dass ihm diese Behandlung durch die Polizei auferlegt worden war. Dieser junge Mann erwähnte auch nie, weshalb er der erwähnten rechtsextremen Gruppe beigetreten war. Doch schien es mir, dass er sich vor allem durch seine Vaterlosigkeit in seiner Jugend zu wenig geschützt und geborgen gefühlt und durch seine Mutter und Grossmutter nicht genügend geliebt gefühlt hatte und deshalb Anderen, die er entsprechend seiner Ideologie als Feinde sah, das Gruseln beibringen wollte. Darüber sprach er aber kaum. Wenn er sich von der rechtsextremen Gruppe offiziell verabschieden wollte, so geschah es meines Erachtens vorwiegend aus opportunistischen Gründen. Er wollte offenbar, wenn auch in ambivalenter Weise, auf den Weg zur sozialen Norm wechseln, um dort materiell gesichert und ruhiger leben zu können. Von der extremistischen Ideologie her schien er mir indes nicht weit entfernt. Als ich ihn zu Beginn einmal fragte, weshalb er gerade zu einem jüdischen Psychiater in Behandlung komme, wusste er mir keine Antwort zu geben. Ich vermutete, dass er damit den Behörden andeuten wollte, er habe sich von der Nazi-Ideologie entfernt. In Wirklichkeit hat der Patient in meiner relativ kurze Zeit dauernden Behandlung keine wesentliche Wandlung vollzogen. Doch konnte er dabei immerhin zeigen, dass er sich von Gewaltakten zu distanzieren versuchte und zu seinen früheren Gesinnungskollegen eine gewisse Distanz haben wollte. Allerdings hatte er, wie es sich im Gespräch mit ihm erwies, den Kontakt mit ihnen nicht vollkommen abgebrochen. Er hat offenbar nur auf das Mitwirken an Gewaltakten verzichtet. Dieser junge Mann hat wohl nicht deshalb einen Psychotherapeuten aufgesucht, um sich charakterlich grundlegend zu ändern, sondern vorwiegend, weil er zumindest nach außen einen Frontwechsel von den Extremisten zu den sozial Angepassten demonstrieren wollte. Schon allein die Tatsache, dass er zugab,

die Vertreter der rechtsextremen Szene doch noch gelegentlich zu treffen, zeigt auf, wie schwierig für ihn der Wechsel von der erwähnten Gruppe zu einem sozial integrierten Dasein in einer durch die Bereitschaft zur Übernahme von sozialer Verantwortung gekennzeichneten demokratischen Gesellschaft war. Die gewalttätige Einstellung der Allgemeinheit gegenüber hatte bei dem Betreffenden offenbar auch Suchtcharakter. Mit den Anderen hatte er demnach immer wieder jene Menschen schädigen wollen, die die sozialen Normen tragen, denen gegenüber er wie auch die übrigen Extremisten sich alle benachteiligt fühlten und gegen die sie ihre Rachegefühle in Gewalt umsetzen wollten.

Auseinanderklaffen der gesellschaftlichen Schichten und Gewalt

Nicht ohne Einfluss auf Vereinsamung, Suchtentwicklung und Gewaltausübung junger Menschen dürfte auch der Umstand sein, dass die Gesellschaft der Gegenwart weit weniger von einem ausgleichenden Mittelstand getragen wird. Dieser schmilzt immer mehr zusammen, und zunehmend bilden Arme einen Prozentsatz der Bevölkerung, der für das soziale Gleichgewicht schwer wiegt. Auch finden sich relativ viele Menschen mit den intellektuellen und emotionalen Anforderungen der Computergesellschaft nicht zurecht und bleiben arbeitslos, während solche Leute früher in Hilfstätigkeiten ihr Auskommen finden konnten. Besonders die in Armut, in knappen materiellen oder lieblosen Verhältnissen Aufwachsenden erleben sich von der Gesellschaft oft als verlassen, einsam und unbeachtet. Es ist daher verständlich, dass sie nicht selten eine Wut gegen die Etablierten fühlen und sich entweder mittels Suchtmitteln betäuben oder aber sich mit gleichermaßen Betroffenen zusammentun und zu Gewaltakten schreiten. Damit werden sie kriminalisiert, und sie finden nicht selten keinen Ausweg mehr aus dieser verfahrenen und hoffnungslosen Situation.

Auswirkungen der Zunahme des Anteils der Betagten in der Bevölkerung und Abnahme der Geburtenzahl

Schließlich ist noch die relative Zunahme der Betagten und die Abnahme der Geburten in der modernen Gesellschaft anzuführen, die nicht nur zu der erwähnten Lockerung der Beziehungen zwischen den Generationen und einer gegenseitigen Verfremdung führt, sondern besonders bei den benachteiligten Heranwachsenden nicht selten zu aggressiven Akten gegen die Alten führen kann. Auch wissen sie, dass man den Betagten

heute mit der staatlichen Altersversicherung über Jahre hinaus zur Seite steht, während ihnen oft nur wenig Chancen bleiben, in die Berufswelt integriert zu werden und sich selbst materiell absichern zu können.

Politiker kümmern sich zu wenig um Jugend- und Elternkrise

Auf der einen Seite beklagen sich sowohl Maßgebliche in der Gesellschaft als auch einfache Bürger über die zunehmenden Vereinsamungsphänomene, die Süchte und vor allem die daraus erwachsenden Diebstähle und anderen Gewaltakte der Jugendlichen. Auf der anderen Seite wird politisch wenig getan, um den Jungen, die nicht in geordneter Weise in die Gesellschaft finden, mit geeigneten Psychotherapie- und Sozialprogrammen zu helfen. Dabei entzieht man sich der Verantwortung für die junge Generation, die in steigendem Maße durch die Erziehungsaufgaben in einer stets komplexer werdenden Gesellschaft überfordert und durch ihre Doppelbelastung in Beruf und Pflichten daheim ihre familiären Verpflichtungen nicht mehr zu bewältigen vermag. Vor allem betonen gewisse Politiker, dass die Erziehung der Heranwachsenden ganz und gar die elterliche Aufgabe sei, ohne dass sie sich bemühen, zu berücksichtigen, dass auch durch die häufigen Trennungen und Scheidungen von Ehepaaren und Partnerschaften oft kein elterliches „Zuhause“ mehr besteht. Natürlich ist die Alternative dafür nicht eine strikte, nach sozialen Normen ausgerichtete Staatsjugend, wie das in den Diktaturen der Fall war oder ist. Doch werden sich die Bürgerinnen und Bürger und mit ihnen die im Erziehungssektor Wirkenden und dafür Gewählten mehr um Lösungen bemühen müssen, um der momentanen Erziehungs- und Sozialisationskrise beizukommen.

Theoretisch haben die Jungen heute einerseits eine Freiheit der Wahl unzähliger Möglichkeiten, die frühere Generationen nie gehabt hatten, andererseits verlieren sie bei den vielen realen oder durch die Massenmedien vorgegaukelten Möglichkeiten in ihrer weit verbreiteten Angst vor der Berufswahl oft die Orientierung und kommen in ihrem Zweifel betreffend ihren Selbstwert auf Abwege und dabei nicht selten auf jene der Sucht und/oder Gewalt. Wir Psychotherapeuten und Psychoanalytiker – zusammen mit den Pädagogen, Soziologen und vielen anderen Fachleuten, die sich mit den interhumanen Beziehungen und deren Verwicklungen befassen – sind dabei aufgefordert, nach Lösungen zu suchen, die besonders die an sich selbst zweifelnden Heranwachsenden, aber auch die

vereinsamten Erwachsenen ansprechen sollen, damit diese den Weg aus ihrer Not herausfinden.

Einsamkeit inmitten von Menschen

Als weiterer Faktor ist zu erwähnen, dass wir Menschen der Gegenwart immer mehr genötigt sind, mit anderen Menschen auf engem Raum zusammen zu leben, ohne dass wir mit der Mehrzahl eine Beziehung pflegen. Schon daraus geht hervor, dass wir inmitten von Menschen von Vereinsamung bedroht sind. Bei dem engen Zusammenwohnen ohne gegenseitige nähere Beziehung kommt es zwangsläufig auch zu Missverständnissen und Reibungen zwischen den verschiedenen Bewohnern und deren Normen.

Gedanken zur Zukunft

Wenn die Jugend oft bezichtigt wird, dass sie nur das Vergnügen und den Lustgewinn suche und von der Verwerflichkeit und Gefährlichkeit des Drogenkonsums und der Gewaltbereitschaft gesprochen wird, so müssen wir uns vor Augen halten, dass die Etablierten in der Gesellschaft oft nur wenig tun, um die jungen Menschen in einer stetig komplizierter werdende Welt mit ihren mannigfaltigen Partialnormen zu integrieren. Alle, die dazu in der Lage wären, sind deshalb gefordert, an Lösungen für die erwähnten Krisenphänomene in der Jugend und der übrigen Gesellschaft mitzuarbeiten. Im Folgenden sollen einige Gedanken dazu erörtert werden:

1. Es bedarf gewisser Reformschritte in der Schule. So sollten die Schüler, der Schulstufe angepasst, individuell Gelegenheit erhalten, selbst mit an der Unterrichtsverantwortung teilzuhaben, gewisse Themen zu bearbeiten und sie den Mitschülern darzulegen. Sie werden sich so nicht mehr nur als passiv Unterrichtete, sondern auch als aktiv am Wissenserwerb und der Wissensvermittlung Beteiligte in eine Verantwortung hineinentwickeln können. Damit wird es möglich, dass die Heranwachsenden den Lernstoff auch gruppencentriert und nicht nur lehrerzentriert erwerben. Es wird Ihnen also ein begrenzter Wissensbereich zur Bearbeitung übergeben. Der Lehrer wird sein Wissen nicht mehr ausschließlich allein den Schülern dozieren, sondern in Teilbereichen den Lernstoff der Klasse bzw. die Verantwortung für

die Wissensvermittlung auch den Schülern bereitstellen und diesen beratend zur Verfügung stehen. Diese Art des Unterrichtes sollte sich nicht nur auf die Schulen im engeren Sinne beschränken, sondern auch die Hochschulen erfassen, was in den vergangenen Jahren allerdings meist schon realisiert worden ist. Mit den damit verbundenen studentischen Aufgaben werden die Betreffenden auch weniger in ein Gefühl des Nicht-gefordert-Seins und der mangelnden menschlichen Verantwortung hineingeraten als mit dem dozentenorientierten System, in dem sie vorwiegend nur als Passive den Stoff vermittelt erhalten.

2. Da die Jugendlichen heute oft Aggressionen gegen die ihnen aufgelegten Normen entwickeln, wäre es notwendig, dass jede Schulklasse in durch psychologisch Geschulte moderierten Konfliktaustragungsstunden die Möglichkeit erhielten, ihre Ressentiments auszudrücken und dabei einerseits Verständnis und andererseits Ansprechpartner in einer Gruppe von aktiv mitwirkenden Schülern (BATTEGAY 1979) erhielten.
3. Die in der Gegenwart festzustellende Neigung, von der Norm abweichendes Verhalten speziell von jungen Menschen als pathologisch oder gefährlich zu betrachten, scheint mir nicht nur allzu einfach, sondern auch kurzsichtig. Es wird dabei vergessen, dass in jedem menschlichen Individuum verschiedenartige Persönlichkeitsbereiche nebeneinander bestehen. Wenn wir uns darüber aufregen, dass in Fußballstadien immer wieder Gewalttätigkeiten zwischen den Anhängern der an einem Match beteiligten Vereine vorkommen, sollten wir aber auch an die angeblich ruhigen Bürger denken, die sich gewohnheitsmäßig ärgern und aggressiv äußern, wenn etwas geschieht, das sie nicht verstehen wollen oder können. Ist es denn nicht so, dass die in ihrem sonstigen Leben oft sehr frustrierten Fans einer Fußballmannschaft in ihrer Phantasie beinahe eine vollständige Fusion mit „ihren“ Spielern vollziehen, sodass sie bei einer Niederlage ihres Vereins extrem narzisstisch gekränkt sind und daher eine kaum zu bändigende Wut gegen die Sieger entwickeln? In diesem Zusammenhang erwähne ich den dänischen Philosophen Sören KIERKEGAARD, der in seiner Schrift „Die Krankheit zum Tode“ (1849, S. 70) u. a. Folgendes schreibt: „Ärgernis ist unglückliche Bewunderung. Es ist

darum mit Missgunst verwandt, aber es ist eine Missgunst, die sich gegen einen selbst wendet, in noch strengem Sinn: am schlimmsten gegen einen selbst. Die natürliche Engherzigkeit des Menschen kann sich selbst nicht das Außerordentliche gönnen, das Gott ihm zugedacht hat; darum nimmt er Ärger an“. Wollen wir diesen Satz richtig verstehen, so müssen wir auch daran denken, dass gelegentlich die, welche gegen eine Gruppe von Menschen gewalttätig auftreten, auch bewundert werden, weil die Bürgerinnen und Bürger sich stets genötigt fühlen, sich in emotional bewegten und bewegenden Momenten Grenzen zu setzen. Vielleicht werden sich diese aber auch der Tatsache bewusst, dass in jedem Menschen nicht nur Sanftmut, sondern auch mehr oder weniger unterdrückte Gewaltmöglichkeiten wie auch noch manche andere, verhüllte Persönlichkeitszüge stecken. Wäre es nicht auch angezeigt, in den an Gewalttätigkeiten beteiligten Menschen zu erkennen versuchen, dass sie auch kreative Seiten in sich bergen? Könnten wir sie nicht viel besser auf besonnene Pfade bringen, wenn wir sie nicht von vornherein als zu Verabscheuende, sondern als vielschichtige Menschen erkennen, die gelegentlich von ihren Gefühlen gepackt werden und dann den Sinn für eine humane Ordnung verlieren? Wäre es nicht sinnvoll, die an gewalttätigen Auseinandersetzungen Beteiligten zu einer darauf folgenden Teilnahme an einer Veranstaltung zu verpflichten, in der ihnen einerseits das Menschlichsein anerkannt würde, ihnen aber andererseits eingehend die Möglichkeit gezeigt würde, dass in gewissen gefährdenden Situationen die Gefahr des emotionalen Überbordens besteht, das Unheil mit sich bringen kann?

4. In diesem Zusammenhang sind die Ausführungen von Günter AMMON (1986) interessant, der in seinem Buch „Der mehrdimensionale Mensch“ zur Aggression unter anderem Folgendes feststellt: „Gefährlich ist die Theorie, dass der Mensch mit einem Zerstörungstrieb behaftet ist und es deswegen immer wieder Kriege geben müsse. Dieser Mythos wird ersetzt durch ein Verständnis von Aggression als einem primären konstruktiven Geschehen, das durch Umwelteinflüsse deformiert werden kann. Destruktive Aggressionsprozesse entstehen durch die Unterdrückung und Abwehr genuin konstruktiver Bedürfnisse nach Tätigkeit und Identität ...“ (AMMON 1986, S. 324f). In den USA wird dementsprechend das Wort „aggressive“ auch zur Charak-

terisierung von Menschen verwendet, die ihre Aufgaben und Pflichten initiativ anpacken.

5. Oft ist man versucht, auf sich selbst zurückgeworfene Menschen, die zu Sucht, Verbitterung und Gewaltausbrüchen neigen, entweder für kurze Zeit zu inhaftieren oder für längere Zeit – auch gegen ihren Willen – in eine psychiatrische Institution einzuweisen. Man erhofft sich davon, die Betroffenen von ihrer Einsamkeit zu befreien und den aus ihrer Einsamkeit oft hervorgehenden Widerstand gegen jede Intervention, auch gegen jegliche Therapie, zu „überwinden“. Wie Donna ELMENDORF und Margaret PARISH (ELMENDORF & PARISH 2004) aus dem Austen Riggs Center in Stockbridge, Massachusetts, USA, die ein „Therapeutic Community Program“ betreiben, betonen, sind behandlungsbedürftige Menschen oft trotz wiederholter medizinischer, psychopharmakologischer, psychotherapeutischer, kognitiver und verhaltenstherapeutischer Interventionen unfähig, ihre gestörten und störenden Zustände und Verhaltensweisen zu beherrschen und sich sozial anzupassen und zufrieden zu leben. Spitaleinweisungen fänden oft statt, wenn ihre Störungen nicht genügend verstanden und nicht in dyadischen Beziehungen zwischen Therapeut und Patient aufgearbeitet werden könnten. Sei dies der Fall, so dehne sich dieses gestörte Verhalten auch auf andere Beziehungen aus. Die Autoren betonen, dass die Betroffenen mit dem erwähnten Vorgehen in eine Abwehr gegen jegliche Therapie verfallen sowie fremd- und selbstgefährlich werden können. Das Konzept, das im Austen Riggs Center entwickelt worden sei, beruhe auf dem Glauben, dass die menschlichen Beziehungen eine zentrale Kraft der Veränderung seien, und hinter gestörten und störenden Verhaltensweisen Versuche steckten, Absichten zu kommunizieren, die darauf abzielten, als Verantwortliche für sich selbst und damit für ihre Behandlung zu gelten. Gewännen die Betroffenen den Eindruck, dass sie als solche angesprochen würden, werde ihr Wandel in Richtung Sozialisation gefördert, weil sie nun den berechtigten Eindruck gewonnen hätten, als für ihr Leben und ihre Behandlung selbst Verantwortliche anerkannt zu werden. Der Kern des Behandlungsprogramms in dem erwähnten Zentrum sei einerseits die vier Mal wöchentlich stattfindende, intensive individuelle psychodynamische Therapie und andererseits der Aufenthalt in einer offenen therapeutischen Gemeinschaft (Therapeutic Community), die eine

soziale Umgebung schaffe, in welcher Patienten und Mitarbeiter in der Therapie gemeinsame soziale Standards vertreten. Dabei werden die dyadischen Beziehungen zwischen Psychotherapeut und Patient, Psychopharmakologe und Patient, Psychotherapeut und Psychopharmakologe, Patient und Patient etc. klar formuliert. Der Mythos, dass der Mensch mit einem Zerstörungstrieb behaftet ist und es deshalb immer wieder Kriege geben müsse, wird ersetzt durch ein Verständnis von Aggression als einem primären konstruktiven Geschehen, das durch Umwelteinflüsse deformiert ist. Die Autoren bemerken, dass die therapeutische Gemeinschaft weniger eine Behandlung für sich darstelle als eine Umgebung, in welcher Therapie sich ereigne, welche das therapeutische Bemühen verstärke und helfe, Symptome in Worte zu verwandeln. Für den behandlungsresistenten Patienten sei eine therapeutische Gemeinschaft auch deshalb essenziell, weil ein auf sich allein gestellter Therapeut das aggressive Verhalten eines Patienten oft als zu bedrohlich erlebe. Ohne therapeutische Gemeinschaft, welche sich mit den betreffenden Patienten zu identifizieren vermöge, würden diese sich wieder alleine als schuldig gestempelt fühlen, was ihren Widerstand gegen jegliche Therapie und die Gesellschaft verschlimmere.

6. Vereinsamte, welche in einen Widerstand gegen die Normen der Gesellschaft und in ihrer Wut und Verzweiflung in eine Sucht hineingeraten sind und/oder sich der Gewalt gegen die bürgerliche Ordnung und ihre Vertreter verschrieben haben, sind nicht von vornherein als Asoziale zu betrachten. Sie haben in der Regel auch das menschliche Bedürfnis, mit anderen zu kommunizieren und durch andere Zuwendung und Liebe zu erfahren. Selbst in der Haft, besonders aber in einer psychiatrischen Klinik, sollten sie, neben dem Ordnungsgebot auch menschliche Wärme erfahren. Es sind ja meist alle gegen Therapie „Resistente“ und von Hass erfüllte Vereinsamte narzisstisch, d. h. in ihrem Selbst und Selbstwert stark geschädigte Menschen. Meist wuchsen sie in lieblosen Milieus auf, in denen materiell prekäre Verhältnisse herrschten und kaum Chancen oder gar Fähigkeiten zum Erlernen eines sozial anerkannten Berufs wie auch zum Gebrauch eines Computers bestanden. Dazu kommt, dass die Begegnungen mit Beamten von Sozialämtern oft entwürdigend verlaufen, weil diese meist überlastet sind und sie das ihnen geklagte Elend nicht selten

nicht mehr zu ertragen vermögen. Günter AMMON schreibt in seinem bereits erwähnten Buch „Der mehrdimensionale Mensch“ in diesem Zusammenhang von „sozialenergetischer Auseinandersetzung“, die ein Ernstnehmen des ganzen Menschen erfordere. Das sei etwas Anderes, als konkret auf Worte und Verhaltensweisen zu reagieren (AMMON 1986, S. 118). In der therapeutischen Auseinandersetzung sei es wichtig, „dem Patienten deutlich zu machen, auf welche Art und Weise er selbst sich wiederholt unglücklich, vereinsamt und isoliert“ mache. Dies immer mit der gebotenen Empathie zu tun, sei oft dadurch erschwert, dass der Patient aufgrund seiner unbewussten Dynamik den Therapeuten wütend auf sich mache, d. h. ihn dazu bringe, seine Wut zu tragen. Aufgrund seiner negativen lebensgeschichtlichen Erfahrungen erwachsen ihm dann Ängste, seine Wutgefühle direkt zu äußern, die gelegentlich aber auch zu abrupten Aggressionsausbrüchen führen können. Wenn der Therapeut die Wut des Patienten nicht annehme und er selbst mit Wut reagiere, sei der Kontakt zum Behandelten – zumindest vorübergehend – gestört.

7. Kommt es heute, wie bereits erwähnt, nach Fußballveranstaltungen oder auch bei politischen Kundgebungen besonders bei Jugendlichen oder jüngeren Erwachsenen zu Gewaltexzessen, so müssen wir berücksichtigen, dass in der Gegenwart, wie ich das in meinem Buch „Narzissmus und Objektbeziehungen“ (BATTEGAY 2008, S. 69) nachzuweisen versuchte, bei vielen jungen Menschen ein Mangel im Selbst und damit an Selbstvertrauen besteht. Das Überwiegen der Kleinfamilien in der Gegenwart und der mangelnde Halt, den früher eine Familie mit mehreren Kindern zu geben vermochte, und der häufig nur lose Kontakt mit der Großeltern-Generation führen dazu, dass den Heranwachsenden jene Verwurzelung in familiären Großgruppen fehlt, die zumindest bis anfangs des 20. Jahrhunderts den Menschen eine Selbstsicherheit vermittelte. Wenn heute angenommen wird, dass man den Gewaltszenen besonders der Jungen, aber auch entsprechender Erwachsener nur mit polizeilicher Gewalt und richterlichen Maßnahmen endgültig beikommen könne, verfällt man einem Irrtum. Vielen Menschen fehlt in der Gegenwart ein Netz von nahen, stützenden Beziehungen, sodass sie, um zu Kontakten mit Mitmenschen zu kommen, sich in ihrer Verzweiflung relativ oft in Gewaltszenen einreihen, um wenigstens so auf andere Menschen zu stoßen. Es

entsteht bei dieser Sachlage der Eindruck, dass die „Normalbürger“ diese Not, in der sich vor allem jugendliche Gewalttätige befinden, nicht erkennen wollen und deshalb nur Gegengewalt durch die Polizei und das Gesetz fordern. Dabei wird vergessen, dass, nachdem die Ordnungshüter ihre Arbeit verrichtet haben, die an diesen Gewaltausschreitungen Beteiligten die Gelegenheit erhalten sollten, unter kundiger psychologischer Leitung ihre Enttäuschung und Wut eingehend zu erklären und zu diskutieren. Die revoltierenden Gruppen von Jungen erhielten auf diese Weise wenigstens Gelegenheit zu erkennen, dass man sie dennoch als Menschen und Mitmenschen beachtet und achtet.

Schlussbetrachtungen

Die Jungen wachsen heute nicht mehr in der Selbstgewissheit auf, wie das in früheren Generationen zum Teil der Fall war. Ihr Zweifel an sich selbst macht sich einerseits oft in einem kompensatorischen Größenselbst bemerkbar. Andererseits lassen sie aber auch erkennen, dass ihr Selbst und Selbstvertrauen brüchig ist. An Massenveranstaltungen, wie z. B. an der Zürcher „Street Parade“, an der im Jahre 2009 ca. eine halbe Million Menschen teilnahmen, ließ sich das verbreitete Selbstdarstellungsbedürfnis auch dadurch erkennen, dass sich die Beteiligten psychophysisch darstellen und dabei eine Selbstbestätigung und Anerkennung durch die Anderen erzwingen wollten. Auch damit ist hintergründig, manchmal aber auch sichtbar eine Gewalt verbunden, die u. a. zum Ziel hat, dass die Bürgerschaft der Stadt sie auch so anerkennen mögen. Immerhin besteht bei dieser Art von Manifestationen weniger das Bedürfnis der Bürgerinnen und Bürger, diese zu unterdrücken. Die Gewaltszenen nach den Fußballveranstaltungen mobilisieren demgegenüber bedeutend mehr Gewalt. Manchmal entsteht gar der Eindruck, dass nach einem Fußballmatch ein Krieg der Verlierenden gegen die Gewinner eintritt. Auf der einen Seite können bei diesen Fußballveranstaltungen Aggressionen spielerisch ausgelebt werden, andererseits hört das Spielerische bei Veranstaltungsende oft auf, sodass die aufgestaute Feindseligkeit nur noch in Gewalt zum Ausdruck kommt. Die jungen Fans müssten dabei nicht nur auf Gegengewalt der Ordnungshüter stoßen, sondern, wie schon erwähnt, nach dem Gewaltausbruch unter psychologisch kundiger Leitung zu einer Diskussion an einem nahen Ort eingeladen werden, in der sie allmählich wahr-

nehmen lernten, dass die Mitglieder und Fans des gegnerischen Vereins auch Menschen mit ihren Schatten und Lichtseiten sind.

Mit Josef SHAKED (2003) muss allerdings festgestellt werden, dass in unserem Zeitalter des Internets Gewalttaten, Morde und Kriegsakte aus der ganzen Welt, kaum sind sie geschehen, über die ganze Erde verbreitet werden und die jungen Menschen auch in der westlichen Kultur etwa in Unsicherheit geraten, ob die gepredigte Mäßigung der spontanen Affekte wirklich einer ethischen Grundhaltung in diesem Teil der Welt entspricht. Wenn wir nach Gewaltausschreitungen junger Menschen in unserem Kulturkreis Besonnenheit als Ideal hinstellen, müssen wir sie zuerst von der wirklichen Gesprächsbereitschaft der Ordnungshüter, der Vertreter der Behörden und der sie ansprechenden Psychologen und Psychotherapeuten überzeugen. Wollen wir gar in einer Großgruppe von fünfzig bis weit über hundert Beteiligten Gehör finden, müssen wir wissen, dass wir zuallererst ein Verständnis für Ressentiments und Wüte der Beteiligten aufbringen sollten. Eine solche unstrukturierte Großgruppe, selbst wenn sie nach psychoanalytischen Gesichtspunkten moderiert würde, wird sich nach meinen eigenen Erfahrungen mit solchen der Selbsterfahrung dienenden Großgruppen an Kongressen, wie auch nach der Ansicht von SHAKED, gelegentlich „zwischen den beiden Polen von Chaos und Struktur“ bewegen. Dabei überwiegen mit zunehmender Dauer einer solchen psychologisch-psychotherapeutisch orientierten Gruppe in der Regel die Ordnungstendenzen. Gleichzeitig nehmen meist die projektiven Tendenzen der Mitglieder ab, wobei parallel dazu die Einsichten wachsen, dass man nicht nur stets Erfolge feiern kann, sondern gelegentlich Niederlagen einzustecken lernen muss, ohne dass damit eine Entehrung bzw. eine Selbsterniedrigung verbunden sein muss.

Zusammenfassung

Einerseits haben die Errungenschaften der modernen Technik dazu geführt, dass es möglich wurde, jeden Mitmenschen zu erreichen, wo er sich auch immer aufhalten möge. Da auf diese Weise Spontankontakte mit der menschlichen Umgebung abnehmen, trägt diese Entwicklung andererseits dazu bei, dass sich der homo sapiens stets einsamer fühlt. Da oft beide Eltern einer Berufsarbeit nachgehen und damit meist der gemeinsame Mittagstisch mit den Kindern wegfällt, befinden sich die Heranwachsenden nach dem Schulunterricht in einem häufig wenig persön-

lichen und wenig bergenden Rahmen. Auch sind sie abends mit von der Arbeit ermüdeten Eltern konfrontiert, die ihre innere Leere nicht selten süchtig mit der Television oder mit sie gefühlsmäßig packenden Themen im Internet zu füllen versuchen. Folge für die Heranwachsenden ist, dass sie nirgends mehr ihre Emotionen und Probleme anzubringen vermögen und dadurch in eine verzweifelte Lage geraten, die sie nicht selten mit Hilfe von Suchtmitteln oder aber mit süchtig betriebenen Betätigungen zu vertreiben versuchen. Gelegentlich erhoffen sie sich eine Verstärkerwirkung auf die sonst zu erstarren drohenden Gefühle durch eine Gruppe von Jugendlichen zu erreichen, die auch die Gefahr mit sich bringt, dass sie süchtig an ihnen Begegnenden Gewalt auszuüben trachten, vielleicht nicht zuletzt auch, um das Phänomen Mensch besser kennenzulernen. Die Möglichkeiten der Psychotherapie, speziell psychoanalytischer und gruppenpsychotherapeutischer Methoden und/oder gruppenzentrierter Konfliktaustragungsstunden in Schulklassen werden erörtert.

Standardized society and frustrated adolescents

(short version by Ulrich Rütth)

Both parents working full-time along with frequent partnership breakdowns might lead to situations in which there is little time and energy left to deal with questions and concerns of the child. Feeling abandoned will quite often lead the child to feel rage against parents, which then might be transferred to other adults.

Society usually responds to a young person's aggressive behaviour with repressing acts because perceiving the needs of neglected young people is unpleasant and therefore unwanted. At the same time, such a youngster lacks the experience of an adult open to basic debate and the ability to be influenced by rational discussion. Not surprisingly, a lonely and doubting young person might shift aggressive feelings toward adults. Or, while looking for others equally affected, he or she might turn to drugs.

To some extent, families have stopped eating lunch or dinner together, perhaps leading to an absence of a sense of family and loss of the healthy family group's amplifying effect on feelings (BATTEGAY 1961). If the family no longer provides a secure support, the young person may lack an intimate setting in which to safely share feelings.

Aggressive behaviour as a communication attempt

Barbara STECK (2007), a child and adolescent psychiatrist, sketches in her book *Adoption: A Lifelong Process* the situation of adopted children, examining their feelings of neglect, loneliness, anger and aggression. She includes the story of Pascal (pages 172–177), who was transferred from South America to a Swiss family at age eight-and-a-half for adoption. After six months in his adoptive family, he demanded that the parents' biological son leave. The parents were unable to cope with Pascal's conduct disorder and gave him up. Pascal announced that he would take revenge for the 'crime committed against him' – being rejected and abandoned. After temporarily staying in two different institutions – and even starting a fire at one of them – he was adopted by a second family. Despite the massive difficulties they wanted the adoption to succeed, and they asked for psychotherapy for Pascal, who was 11 years old at the time. It became evident that Pascal wanted assurance that his adoptive parents would either prevent his aggressive behaviour or make up for it. WINNICOTT (1990) stresses that it is crucial that an environment, here the adoptive family, be provided in which the positive elements in a child's antisocial tendencies are recognized, and the adults must continuously be emotionally available.

Only parents willing to accept the enemy-like stickiness of their children will be recognized later on by their adolescents. Only by being supported through such challenges will children remember that their parents and educators really love them, even when their behaviour is unruly. Children confronted with such strength in parents will have confidence later on, in adolescence or young adulthood, that their elders are willing to provide a sheltering environment, especially in emergencies.

Growing up in small families and reduced contact between generations

When both parents work, grandmothers and grandfathers as well as others are often asked to take care of children. But parents will not deal basically with what moves their elders. Also, few people nowadays live locally or even emotionally in extended family associations, where grandparents represent a connection to ancestors and the history of a village, community or city. Children of today, who generally grow up in small families, don't feel the kind of connection between the generations they would have felt a few decades ago.

Because they lack vision, young people don't often gather in meaningful associations or religious groups, where member, especially elders, play an important role and thus young people would find a hold (BATTEGAY 1966).

Scenes of violence in mass media as role models

An important but often little recognized factor related to antisocial behaviour is the devastating impact of violence on television and the Internet on inherently vulnerable young people. Such young people correspond quite often to borderline personalities, assessing others as solely good or bad. They may engage in a narcissistic fusion with those they consider good, for example fans of their favourite football club. Bad people are those who are unequal to them and against whom aggression is used in projective identification (KLEIN 1946, BATTEGAY 2008). The fans of the other football club, for example, may be identified as enemies.

Even without stimulation by mass media, such individuals may use violence against people who are unlike them. However, images of violence against others on the Internet, television or in movies may stir them to strike against individuals not corresponding to them, and there might be no sensible limits when in the company of mentally similarly equals.

In psychotherapy such young adults often describe their tendency to frequent venues where violence is likely. They are disappointed by their life, often lack intimate relationships, and are unable to find a way out by themselves. They may look for connection in their loneliness among those who are equally affected, but they won't find help in a group of conscious and purposeful peers as they would not approach them. At best, they may stop their behaviour in a borderline situation when their lives are in danger, when given administrative measures, or when they undergo psychiatric inpatient treatment for a period of time in an appropriate institution.

A gap of social strata and violence

To some extent, the diminishing of middle-class society has an impact on loneliness, addiction and violence in young people. If an increasing percentage of the population is poor, this weighs heavily in the social balance. Quite a number of people will be unable to cope with the intellectual and emotional demands of a computer society and will remain unemployed, whereas in former times they could make their livelihood in simple work activities. Those in poverty and loveless relationships grow

up feeling abandoned by society, alone and unnoticed. It's easy to understand why they commonly either numb themselves with drugs or express their rage through acts of violence with others who are equally affected. Without a way out of such a desperate situation, they often become criminalized.

Impact of the increase of elderly people and decline in births

Finally, the relative increase of elderly people and the decline in births in modern society might lead not only to a mutual alienation of generations but also to aggressive acts against elders by disadvantaged adolescents. They know that the elderly will receive old-age state insurance for years, while they themselves often have little chance of integration into the professional world and of sustaining themselves materially in a decent way.

Politicians worry too little about the youth and parent crisis

Little is being done politically to help young people who have difficulty integrating into society. When politicians insist on emotional and social education of adolescents as the task solely of parents, they fail to consider frequent partnership separations and that there is often no parental 'home' left.

Thoughts on the future

Accusing youth of searching only for pleasure is counterproductive. When discussing drug use and violence, we should bear in mind that society acts too little on behalf of young people in an ever-more-complicated world. The following thoughts are worth bearing in mind:

1. At school, group-centred teaching can help students get involved, take responsibility and become less passive.
2. Solving personal problems must be part of school education, moderated by psychologically trained educators.
3. Those involved in deviant behaviour should not be looked upon as abnormal or dangerous; rather, we should try to understand their feelings and see the creative aspects of their personality.
4. Destructive aggression should be transformed into constructive behaviour (AMMON 1986). The processes of destructive aggression are caused by the repression and defence of the genuinely constructive

needs of identity and activity. In the USA, the word 'aggressive' is often used to characterize people who take initiative in tackling their tasks and duties.

5. Human relations are a central force of change, and behind disturbed and disturbing behaviour lay attempts to communicate. Therapeutic interventions should seek to turn symptoms into words and constructive action. For treatment-resistant patients, a therapeutic community is essential because the therapist too often is looked upon as threatening.
6. Therapy-resistant patients have mostly grown up in loveless environments, where precarious material conditions prevail and where there is little chance to learn a socially recognized profession. Due to negative life history, aggression quite often directly expresses fear.
7. Among many young people, there is a lack in the self and self-confidence. Many people lack a network of close, supportive relationships. Violence is answered only by counter-violence by the police or even imprisonment. Participants of violent excesses should receive, under expert psychological guidance, a chance to express their disappointment and anger and to explain and discuss their feelings.

Final considerations

Youth no longer grow up with self-assurance. Self-doubts are often reflected in a compensatory self, and we should realize that self-confidence is weak in such individuals. At mass events, such as the Zurich Street Parade attended in 2009 by about half a million people, 'self-representation' is ubiquitous; people want to force self-affirmation and recognition by others.

Sometimes after a football match a war of losers against winners emerges. Aggression can be playfully lived out during the match, but the playful part stops at the end of the match. After an outbreak of violence, young fans should be led in a discussion through which they can gradually learn to perceive that members and fans of the opposing club are also people with dark and light elements.

With Josef SHAKED (2003), we could argue that the Internet allows acts of violence, murders and war to spread over the Earth. We have to consider whether the moderation of spontaneous emotions might really be an ethical attitude in this world. If we consider prudence as an ideal after

violent rioting, we must convince young people of the value of speaking openly to representatives of authority and psychotherapists rather than accept mutual animosity as the status quo. If we want to find ears in this large group, we must first prove an understanding of their resentment and anger. An unstructured large group, even if it is moderated according to psychoanalytical aspects, will move – according to my own experiences – between the two poles of chaos and structure. Usually, with increasing duration of such a psychological psychotherapeutic-oriented group, structure tends to dominate. At the same time, the projective tendencies of members diminish.

Literatur

- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. München: Pinel-Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie
- Battegay, R. (1966): Die Gruppe als Ort des Haltens in der Behandlung Süchtiger. *Praxis der Psychotherapie*, 11:31-41
- Battegay, R. (1979): Der Mensch in der Gruppe. Bd. III: Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie. 3. Auflage. Bern: Hans Huber
- Battegay, R. (2008): Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. 4. Auflage. Bern: Hans Huber
- Elmendorf, D.; Patrish, M. (2007): A view from riggs: Treatment resistance and patient authority. Silencing the messenger: The social dimensions of treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35:375-392
- Guex, B. (1983) : Das Verlassenheitssyndrom. Bern: Hans Huber
- Kierkegaard, S.: Sygdommen til Døden (1849): Deutsch: übersetzt von Walter Rest (1959): Die Krankheit zum Tode. Frankfurt: Fischer Bücherei, S. 7-107
- Klein, M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27:99-110
- Shaked, J. (2003): The large group and political process. In: S. Schneider & H. Weinberg (Hrsg), The large group re-visited: The herd, primal horde, crowds and masses. London: Jessica Kingsley Publishers
- Steck, B. (2007): Adoption – ein lebenslanger Prozess. Basel: Hans Huber
- Winnicott, D. (1990): Der Anfang ist unsere Heimat. Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums. Stuttgart: Klett-Cotta

Raymond Battegay, Psychiater und Psychoanalytiker, emeritierter Ordinarius für Psychiatrie der Universität Basel, Mitbegründer der International Association for Group Psychotherapy. Privatpraxis in Basel • Delsbergerallee 65 • CH-4053 Basel
 • Email: battegay@bluewin.ch

Bruno Bettelheim „Kinder brauchen Märchen“ – wiedergelesen

Ulrich Rüth (München)

Bruno Bettelheim (1903–1990) is one of the great child therapists and witnesses of the 20th century. He wrote about his life at the concentration camp (Bettelheim 1943) and started to lead a psychotherapeutic home at Chicago. In his book on fairy tales, mostly taken from German romantic origin, Bettelheim (1976) wants to show that fairy tales tell life from an inner point of view: Fairy tales show ego-integration as well as id-drives, and transport the big hopes that make us human. The article gives a short overview on Bruno Bettelheim's life and shows how fairy tales – according to Bettelheim – represent psychic life. Only with the enchantment given by fairy tales, the grown up will be able to cope with reality.

Keywords: fairy tales, psychoanalysis, Bettelheim

Bruno BETTELHEIM (1903–1990) gehört ohne Zweifel zu den großen Kindertherapeuten und Zeitzeugen des vergangenen Jahrhunderts. 1938 promovierte er in Wien in Philosophie. Seine Erfahrungen im Konzentrationslager Dachau und in Buchenwald 1938/1939 bearbeitete er 1943 in einem Artikel (BETTELHEIM 1943). Durch Einsatz u. a. von Eleanor ROOSEVELT hatte er nach seiner Konzentrationslagerhaft als österreichischer Jude in die USA emigrieren können. In seiner „Orthogenic School“ in Chicago setzte er als Leiter ab 1944 psychoanalytisches Denken in einer stationären Einrichtung für Kinder um, wie es seinesgleichen suchte. In der therapeutischen Szene angekommen, wagte es Bruno BETTELHEIM in einer Zeit extremen gesellschaftlichen Umbruchs, althergebrachte Märchen als Kinderlektüre zu propagieren. Ja, er behauptete sogar, Kinder bräuchten diese schauerlichen, von Gewalt strotzenden Geschichten für eine gesunde psychische Entwicklung (BETTELHEIM 1977, 2006). Die Zeit textete damals: „Hexen her!“ (KUMMER 1977).

BETTELHEIMS Buch ist nicht nur eine Wiederhineinführung in die in Kindheitstagen verschollene Märchenwelt, falls wir uns als Erwachsene das Märchenland nicht ohnehin schon wiedererobert haben durch das Erzählen von Märchen für uns anvertraute Kinder. „Kinder brauchen Märchen“ ist vielmehr ein Kaleidoskop des tiefen BETTELHEIM'schen Humanismus und seiner unverbrüchlichen Überzeugung, ein ausgefallenes Privileg zu genießen, wenn wir in dieser Welt leben. Mit der Auswahl der be-

sprochenen Märchen bezieht sich Bettelheim implizit auf seine europäischen, vielmehr deutsch-jüdischen Wurzeln. Der große Teil der erwähnten Märchenerzählungen entstammt der deutschen Romantik und dabei dem Grimm'schen Märchenschatz. Obwohl Psychoanalytiker, deutet BETTELHEIM die Märchen weniger, er erzählt sie vielmehr nach anhand ihres inneren Gehalts. Schon mit der Überschrift des ersten Kapitels vertritt er die „Erkenntnis des Lebens von innen her“. BETTELHEIM unterscheidet stark zwischen Mythos und Märchen: Wird doch aus seiner Sicht im Mythos „das Große, Majestätische“ angesprochen, agieren übermenschliche Helden, werden Über-Ich-Forderungen im Konflikt mit dem Es und dem Selbsterhaltungstrieb des Ichs ausgehandelt. Im Märchen hingegen sind innere Konflikte in bildhafte Sprache gefasst. Das Märchen schildert eine Ich-Integration, welche Spielraum lässt für angemessene Befriedigungen von Es-Wünschen. BETTELHEIM verteidigt das Märchen gegen „realistische Erzählungen“ für Kinder. Realistische Erläuterungen würden häufig psychologisch unwahr, auch und gerade weil sie Fakten entsprächen. Märchen hingegen sollen keine Fakten beschreiben, vielmehr „die großen Hoffnungen, die uns zu Menschen machen“. Für das Kind trete die, wenn auch erzählte, „Tat an die Stelle des Begreifens“. Im Märchen geht es nicht darum, was real möglich ist, sondern was wünschenswert wäre. Der gute Ausgang des Märchens dient dabei dem Sich-Einlassen auf all die Entwicklungsauseinandersetzungen, deren Ausgang, wie bei jeder echten Auseinandersetzung, unsicher bleibt.

Wenngleich aus den von BETTELHEIM genutzten Begrifflichkeiten der Psychoanalytiker Freud'scher Prägung herauszuhören ist, so verteidigt BETTELHEIM mit seinem Einsatz für das Märchen gewollt das der Kindheit innewohnende Zaubhafte und Geheimnisvolle – jene Kraft, die uns laut BETTELHEIM erst fähig werden lässt, wirklich psychisch zu reifen und als Erwachsene den Tatsachen des Lebens ins Auge zu sehen. Nur wenn wir als Kinder dem Geheimnisvollen nicht entfremdet wurden, können wir laut BETTELHEIM als spätere Erwachsene unsere unbewussten Bedürfnisse angemessen in der Realität befriedigen. Zuvor aber mussten wir „den ungeheuren Abgrund zwischen den inneren Erfahrungen und der realen Welt“ in unseren Wachstumserfahrungen überbrücken. BETTELHEIM'S Buch ist also nicht nur eine Verteidigung des Märchens, sondern der Kindheit an sich.

BETTELHEIM will mit seinem Werk die „poetische Sprache des Märchens in die prosaische der Psychoanalyse übersetzen“, er benennt dies im letzten

Kapitel explizit. Er nimmt uns mitten hinein in die miterlebbare Märchenwelt, aber er verwendet keine intellektualisierende Sprache. Lassen Sie sich verzaubern, entdecken Sie die inneren Geheimnisse der Kindheit neu, und lassen Sie den gedanklichen Reichtum des großen Kinderpsychologen auf sich wirken – und wagen Sie es, die Botschaften der Märchen anders und subjektiv zu deuten (HOEPEL 1994).

Literatur

- Bettelheim, B. (1943): Individual and mass behavior in extreme situations. *Journal of abnormal and social psychology* 38: 417-452
- Bettelheim, B. (1976): *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales*. New York: Random House
- Bettelheim, B. (1977/2006): *Kinder brauchen Märchen*. Ursprünglich 1977, Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt. Jetzt (2006): München: dtv.
- Hoeppel, R. (1994): *Kinder brauchen Märchen*, S. 207-219. In: R. Kaufhold (Hg.): *Annäherung an Bruno Bettelheim*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Kummer, E. (1977): Hexen her! Der große alte Mann der Kinderpsychologie analysiert Volksmärchen. *Die Zeit*, 8.4.1977, Nr. 15, retrieved from: <http://www.zeit.de/1977/15/hexen-her>, 28.08.2014

Dr. med. Ulrich Rüth, MD., Child and adolescent psychiatrist and psychotherapist
• Goethestraße 54 • D-80336 München • Email: ulrich.rueth@mnet-online.de

Über die Fortsetzung unserer Arbeit mit anderen Mitteln ...

Literatur, Lesen und junge Menschen. Bücher als Entwicklungshelfer

Warum Lesen?

Rainer Ehrenreich (Pfaffenhofen)

Ein Märchen oder eine Geschichte erzählt oder vorgelesen und damit überliefert zu bekommen, kann als ursprüngliche und dyadische Bindungserfahrung betrachtet werden. Der Inhalt der Geschichte belebt und inspiriert die Beziehung beider, Vortragendem und Zuhörer, die sich gemeinsam in eine andere Welt, andere Schicksale und fremde Abenteuer aufmachen. Der Prozess des Erzählens schließt unabhängig vom Inhalt des Erzählten ein Gehalten- und Begleitetwerden des Zuhörers durch den Erzähler mit ein. Die Protagonisten der Geschichte, die sich elementar mit in die „Beziehung zwischen Erzähler und Zuhörer schleichen“, bilden dabei das Fundament für das Erleben von Triangulierung. Vortragender und Zuhörer durchschreiten in ihrer intensiven Bezogenheit aufeinander als Teil bzw. jeweiliger Protagonist die Geschichte. In der gemeinsamen Reise durch die Handlung können zentrale inner- und interpsychische Konflikte durchlebt und schließlich gelöst werden. Dabei treten Aspekte wie die Ambivalenz von Gefühlen, existenzielle Sorgen und Ängste oder Bedrohungen in den Mittelpunkt der Handlung, aber zum Ende hin meist auch eine Befreiung oder Rettung aus all dem. Dargeboten in einer altersgerechten einprägsamen Bebilderung reift die Seele wie eine Pflanze, die ausgewogen gehegt und gepflegt wird. Als Zuhörer oder Leser lernen wir, uns moralisch und mitmenschlich hinsichtlich verfänglicher Lebenslagen zu positionieren und Verantwortung zu übernehmen. Es keimt der psychische Antrieb, sowohl für sich als auch für andere Lösungen aus tragischen Begebenheiten zu entwerfen und sich dabei mit wichtigen Charakteren zu identifizieren, die dann wiederum als Teil der Persönlichkeit in Form eines Introjekts sowohl der inneren Orientierung als auch der Entwicklung einer gefestigten inneren Haltung dienen. Aspekte wie das Erleben von Selbstwirksamkeit, Mentalisierung und Introspektion, die alle drei der Identitätsentwicklung zugutekommen, finden im Erzählen und Vorlesen von Geschichten ihren entwicklungsfördernden Niederschlag.

„Aktives“ Lesen bildet die Möglichkeit, sich selbst, durch eigenen An-

trieb auf die Reise in eine Geschichte oder einen Roman zu begeben. Im Gegensatz zu anderen Medien wie Fernsehen und PC-Welten, die der Phantasie des Heranwachsenden häufig vorgreifen und diese meist durch uniforme Vorgaben wie Bildgewaltigkeit oder Vorsortierung der Motive beschränken, mache ich als Leser die umfängliche Erfahrung, dass ich es bin, der das Steuer des Voranschreitens in der Handlung in Händen hält. Ich kann an entscheidender Stelle verweilen, wenn ich dies möchte oder es brauche, ich kann sogar mehrfach zurückkehren an entscheidende Punkte der Handlung, mir diese im mir entsprechenden Modus aneignen. Ich kann dabei zu jeder Zeit das erhebende Gefühl verinnerlichen, dass ich es bin, der das Tempo des Fortganges sowie die Konnotation und Attribuierung der Handlungsmotive vornimmt, nicht andere. Durch den Prozess des Lesens profitiere ich in vielfältiger Weise für meine Identitäts- und Autonomieentwicklung sowie für mein Streben nach Selbstkongruenz. Jede Geschichte und jeder Roman, den ich gelesen habe, kommt einer inneren Aneignung einer fremd konzipierten Welt gleich, wodurch ich zusätzliche Erfahrungswerte in das eigene, alltägliche Dasein integriere und diese als „abgespeichert“ quasi unauslöschlich in mein eigenes Leben implementiere – sicherer als auf jeder anderen „Festplatte“ – wodurch mein Denken und mein Handeln komplexer und meine Entscheidungsprozesse kreativer zu werden vermögen.

Buchempfehlungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen von Therapeutinnen und Therapeuten

Literatur – als Narrativ – dient wie die therapeutische Begegnung der Entwicklung und Reifung. Wir haben Therapeutinnen und Therapeuten gefragt, welches Buch sie vor diesem Hintergrund für junge Menschen zur Lektüre empfehlen würden. Hier die Auswahl.

Mark Sperring & Günther Jakobs:

Das Sonnenblumenschwert

Gabriel Verlag, Stuttgart 2010, ISBN: 978-3-522-30269-2, 12,95 € (D)

Ein kleiner Ritter wünscht sich ein Schwert, denn auch er möchte im „Land voll Feuer und Rauch“ mit einem Drachen kämpfen. Er möchte es schwingen und hören, wie es durch die Luft saust. Doch seine Mutter

schenkt ihm eine Sonnenblume. Mutig klettert er den steilen Drachenberg hinauf, schwingt vergnügt das Sonnenblumenschwert durch die Luft. Doch plötzlich erscheint ihm von Feuer und Flammen umhüllt ein riesiger kampfbereiter Drache. Wegrennen geht nicht. Der kleine Ritter schwingt sein Sonnenblumenschwert, die Krallen des Drachen greifen nach ihm. Doch dann geschieht etwas ganz Besonderes: Der Drache denkt: So ein mutiger Ritter klettert auf den hohe Drachenberg und schenkt mir eine Sonnenblume! Die beiden werden Freunde und es ändert sich auf einmal viel im „Land voll Feuer und Rauch“.

Die Geschichte bietet viele Möglichkeiten, mit Kindern über ihre Ängste vor Bedrohung zu sprechen und zeigt, wie über das Denken des Anderen die Bedrohung ihre Macht verlieren kann. Das „Böse“ kann in das eigene Selbst integriert werden – und auf einmal entsteht Kontakt und Beziehung. Dabei geht es auch viel um Mut und Tapferkeit. Kinder brauchen aber immer den Bezug zu ihrer eigenen Lebenssituation und Lebensgeschichte.

(MK)

Jeanette Randerath, Imke Sönnichsen:

Fips versteht die Welt nicht mehr – Wenn Eltern sich trennen

Thienemann Verlag, Stuttgart 2008, ISBN-13: 978-3522435420, 12,90 € (D)

Ein alter Hund erzählt dem jungen traurigen Hund Fips die Geschichte vom Wolfsbernhardiner, dessen Eltern sich trennten. Für den jungen Wolfsbernhardiner brach eine Welt zusammen, er fühlte sich zerrissen und gespalten. Der Wolf in ihm wurde zornig, wie sein Vater es oft war. Die Bernhardinerin in ihm wurde traurig und zog sich zurück. Der kleine Hund fühlte sich schuldig und weiß nicht, zu wem er halten soll und zu wem er gehört. Selten fühlte er sich glücklich. Doch gleichzeitig erkannte er, dass die Eltern (auch wenn sie sich gegenseitig nicht mehr liebten) doch immer ihn lieben würden. Und – was noch viel wichtiger ist – er erkannte, dass er selbst auch viel Eigenes in sich trägt, das immer größer und stärker wird. „Und heute ist aus dem jungen Hund ein alter Hund geworden und er erzählt Geschichten ...“, erwidert Fips und lächelt. Er erkennt, dass der alte Hund ihm mit der Geschichte helfen will. Fips erkennt nun, dass er die Ohren seines Vaters (Terrier) und die Schnauze seiner Mutter (Dackelin) hat. Und aber auch ganz viele eigene Anteile, die wachsen werden und

ihn stark machen. Kritik: Es wird in wenig Sprache und vielen Bildern vermittelt, dass Kinder natürlich Teile ihrer Eltern in sich tragen, gleichzeitig aber auch viele gesunde Selbstanteile haben. Schuld- und Loyalitätskonflikte werden kindgerecht beschreiben, das Buch ist auch für kleine Kinder geeignet (laut Verlag ab vier Jahren).
(KÜ)

Christine Nöstlinger & Christiane Nöstlinger:

Anna und die Wut

Fischer Sauerländer, 1990, ISBN 978-3-7373-6067-8, 12,90 € (D)

Die kleine Anna hat ein großes Problem: sie wird unheimlich schnell wütend, viel schneller und öfter als andere Kinder. Wenn die Wut über Anna herfällt, färben sich ihre Wangen knallrot und ihre „seidigen Haare“ werden zu „Igelstacheln“. Oder sie muss „kreischen, fluchen, heulen, mit dem Fuß stampfen und mit den Fäusten trommeln“, oder „beißen und spucken und treten“ oder „sich auf den Boden werfen und um sich schlagen“... Keiner glaubt ihr, dass sie sich gegen diese Wut nicht wehren kann. Das Schlimme für Anna ist aber, dass jeder, auch die, die ihr überhaupt nichts getan haben, ihre Wut abbekommen. Doch was soll sie tun? Hinunterschlucken geht nicht. Bis ihr Großvater eines Tages eine Idee hat ...

Christine Nöstlinger versteht es wie keine andere Kinderbuchautorin, in die Seele von Kindern einzutauchen und deren Nöte in ein facettenreiches, sprachliches Gewand zu fassen: Jedes Kind, das Wut kennt, kann sich in Anna wiederfinden. Kinder, die keine Worte finden für das, was sie „auf die Palme“ bringt, werden hier bereichert – schon allein durch die gelungene, mit Humor getragene graphische Gestaltung des Buches. Es kann anregen und Kinder motivieren, genau zu beschreiben, wie das ist, wenn sie wütend sind und was sie dabei fühlen. Dann kann die Wut auch für sich selbst und für den Anderen erträglicher werden. Die Wut darf aber sein und das ist gut so.

(MK)

K. Pal-Handl, R. Lackner, B. Lueger-Schuster:**Wie Pippa wieder lachen lernte**

Springer-Verlag, Wien, New York 2004, ISBN 978-3-211-22415-1, Kindle Edition 14,99 €

Pippa ist ein kleines Mädchen im Schulalter, dem urplötzlich etwas Schreckliches passiert. Sie kann nicht mehr fröhlich sein, nicht mehr essen und auch alle sonstigen Dinge bereiten ihr keine Freude mehr. Als sie eines Nachts wieder mal erwacht, sitzt ein Löwe an ihrem Bett. Mit Leo-Rix findet Pippa wieder ins Leben zurück. Das Besondere an diesem Buch ist, dass es eigentlich drei Bücher sind, die zusammengehören. Ein „Bilderbuch für die Kinder“, das Pippas Geschichte erzählt; ein Elternratgeber (ISBN 978-3-211-22416-8 für 22,99 Euro), der den Eltern hilft, ihre Kinder zu verstehen und zu unterstützen, und schließlich gibt es das passende Buch für das begleitende Fachpersonal (ISBN 978-3-211-22414-4 für 24,99 Euro).

(Beate Dormann)

Jakob Streit:**Louis Braille. Ein blinder Junge erfindet die Blindenschrift**

Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1997, ISBN 13: 9783772516313, 13,90 € (D)

Ein Kinderbuch über Louis Braille (geb. 1809), der die Blindenschrift erfand. Eine Geschichte zur Introjektbildung, zur Mentalisierung des „ganz anderen Lebens“ und als „gedankliche Spur“, dass jedes Schicksal gewendet werden kann. Lesealter der Grundschule.

(DN)

Matthew Johnstone:**Mein schwarzer Hund – Wie ich meine Depression an die Leine legte**

Antje Kunstmann-Verlag, München 2008, ISBN 978-3-88897-537-0, 14,90 € (D)

Mit beeindruckenden Illustrationen wird die Depression als schwarzer Hund bildlich greifbar gemacht, was sonst mit Worten so schwer zu begreifen ist. Gerade für Kinder mit an Depression erkrankten Eltern ist dieses Buch ein wunderbarer Helfer. Die Bilder zeigen, wie der Hauptakteur von seinem schwarzen Hund dominiert wird, wie der

Hund ihm alle möglichen Lebenssituationen vermiest und wie er es am Ende doch schafft, ihn an die Leine zu legen. Es hilft Verständnis zu entwickeln, miteinander darüber ins Gespräch zu kommen und nicht die Hoffnung zu verlieren. Das Buch ist für Kinder ab acht Jahren geeignet.

(Carina Feldmann)

Otfried Preußler:

Krabat

Deutscher Taschenbuchverlag, München 2013, ISBN 978-3-423- 25281-2, 8,95 € (D)

Als Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche empfehle ich das Buch sowohl Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie als Vorleselektüre im Rahmen der Therapie oder zum Zwecke szenischer Nachstellung in der Therapie – im Sinne der Bewusstmachung und Deutung von innerpsychischen und interpsychischen Konflikten im Kindheits- und Jugendalter.

Der Individuationsroman Krabat enthält entwicklungspsychologische und dabei vorwiegend ambivalenzbetonte Aspekte jugendlicher Ablöseprozesse im Rahmen der eigenen Identitätssuche. Im Zentrum des sagenhaften Märchens stehen das schleichend wachsende Aufbegehren gegen vermeintlich unumstößliche Regeln und die damit verbundene Abgrenzung von Autoritäten. Dabei stellen die Fähigkeit zur Mentalisierung und Loyalität und die daraus entstehende Liebesfähigkeit zu einem Mädchen die entscheidende Macht dar, durch die der Protagonist eine (quasi innerfamiliäre, pubertäre) Rebellion zu entfachen in der Lage ist, um dem machtvoll ihm gegenüberstehenden Bösen (die Welt der unbeugsamen Erwachsenen, Eltern, Lehrer, Meister) durch Charakter, Moral und List die Stirn zu bieten. Ungebrochenes Vertrauen zu sich selbst und die Fähigkeit zu gegenseitiger Empathie markieren jene Persönlichkeitsaspekte und Bewältigungsstrategien im Rahmen der gemeinsamen, jugendlichen Mission, die den Protagonisten letztlich aus den Unwägbarkeiten und Wirrnissen der männlichen Identitätssuche befreien. Auf diese Weise wird ihm das ersehnte Erleben von Autonomie und glücklicher Fügung zuteil.

Krabat erschien erstmals Anfang der Siebzigerjahre und wurde in den folgenden Jahren und Jahrzehnten mehrfach mit Buchpreisen ausgezeichnet. Die Geschichte, die einem klassischen Märchen gleicht, folgt

der Entwicklung eines 14-jährigen Waisenjungen, der im Rahmen seiner Müllerlehre mit anderen Müllerlehrlingen dem mysteriösen, teuflischen Meister ausgeliefert ist und aus dessen finsterer Kaderschmiede nur durch ein ihn liebendes Mädchen, durch Mut, List und Bereitschaft zum Wagnis entkommen kann.

(Rainer Ehrenreich)

James Krüss:

Timm Thaler, oder das verkaufte Lachen

Roman, hauptsächlich für junge Leser

Oetinger Verlag, Hamburg 2013: ISBN 978-3-8415-0246-9 1; 7,99 € (D)

„Und man erkennt den Menschen stets daran, dass er zur rechten Stunde lachen kann.“ – Timm verkauft sein Lachen an Baron Lefuet (diesen Namen man im Übrigen rückwärts lesen muss, um zu wissen, mit wem man es zu tun hat) und erhält dafür die Gabe, jede Wette zu gewinnen. Und er erkennt, dass materieller Besitz nichts ist gegen das wirkliche Leben. Er gewinnt schließlich sein Lachen zurück. – Krüss schreibt einen Entwicklungsroman, und streut auf ganz leichte Art tiefe Weisheit hinein („und Hoffnung hisst Fahnen der Freiheit“). – Laut Verlag ab zehn Jahren.

(UR)

Erich Fromm:

Die Kunst des Liebens

Ullstein Taschenbuch, Berlin, Neuauflage 2005, ISBN 13: 978-3548367842, 8,99 € (D)

Zwar einerseits intellektualisierend, aber ein MUSS für junge Menschen, die sich mit der Frage von Liebe und Nähe auseinandersetzen wollen. So besonders wichtig, um das Anders-Sein des Gegenüber-Menschen erfassen und lieben lernen zu können. Heilsam gerade für junge Menschen mit zuviel Selbstbezug, allerdings notwendig: eine Offenheit für den Mitmenschen und eine intellektuelle Auseinandersetzung. Insofern eher für Gymnasiasten: für junge Menschen ab 16, aber auch für jedes spätere Lebensalter.

(DN)

J. D. Salinger:

Der Fänger im Roggen

Rowohlt Verlag, Reinbek, Neuauflage 2004, ISBN 978-3-499-23539-9, 8,99 € (D)

Salingers 1951 erschienener Roman gilt als ein „moderner Klassiker“ des 20. Jahrhunderts und war für Generationen von Heranwachsenden ein heiß geliebtes und verehrtes Kultbuch. Die prototypische Darstellung einer Adoleszenzkrise anhand der Erlebnisse des Ich-Erzählers Holden Caulfield wurde binnen weniger Jahre nach Erscheinen zu einer Ikone des Jugendprotests der 1950er–1970er Jahre, auf einer Stufe mit James Deans Verkörperung des jugendlichen Rebellen in „Denn sie wissen nicht, was sie tun“ oder Bob Dylans Protestsongs der frühen 60er-Jahre. Aufgrund seiner literarischen Qualitäten wurde das Buch aber auch sehr bald Teil des Literaturkanons an englischsprachigen Colleges und Universitäten.

Der Roman schildert in verdichteter Form die Erlebnisse des Protagonisten an drei aufeinanderfolgenden Tagen, von Samstag bis Montag. Holden Caulfield, Sohn eines erfolgreichen New Yorker Anwalts, bricht zum Beginn der Handlung zum wiederholten Mal die Schule ab, da er die Falschheit und gedankenlose Anpassung seiner Umgebung nicht ertragen kann. Auf das, was er für sich als die „Verlogenheit“ der Erwachsenenwelt entlarvt, reagiert er jedoch nicht mit lautstarkem Protest, sondern mit Rückzug und Verweigerung. So beschließt er am Samstag, nicht den Beginn der Weihnachtsferien abzuwarten, sondern das Internat schon früher zu verlassen und heimlich ein paar Tage in New York zu verbringen, bis die Eltern die Nachricht vom erneuten Schulverweis erhalten haben und sich die Wogen wieder ein wenig geglättet haben. Drei Tage lang irrt er in der Folge durch Manhattan. In einer Abfolge von Begegnungen mit anderen Personen entfaltet sich seine verzweifelte Suche nach echtem menschlichem Kontakt und einem tragfähigen Identitätswurf für sich selbst. Seine Versuche, sich selbst und anderen nahezukommen, scheitern immer wieder an der Oberflächlichkeit und inneren Leere seiner Umgebung, aber auch an seinem eigenen rigorosen Moralismus und seinen hohen Idealen. Holden gerät durch die sich häufenden Enttäuschungen zunehmend mehr in eine depressive Stimmungslage und in nihilistisches Denken, erwägt, der Gesellschaft ganz den Rücken zu kehren und sich als Aus-

steiger ohne Perspektive und Lebensentwurf einfach irgendwo durchzuschlagen. Am Ende des Romans gelingt es ihm jedoch, mit Hilfe des Kontakts zu seiner kleinen Schwester und seiner Liebe zu ihr, seine Identitätsdiffusion so weit abzugrenzen, dass die Möglichkeit eines „wahren Leben im falschen“ zumindest nicht mehr ganz ausgeschlossen erscheint und als tragfähige Hoffnung den Übergang ins Erwachsenwerden erleichtert.

Das Buch ist geeignet für alle Jugendlichen ab 13 Jahren, die sich in einer traditionslosen postmodernen Gesellschaft ohne „rites de passage“ schwer tun, den Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter zu bewältigen.

(TB)

Christoph Meckel:

Suchbild. Über meinen Vater

Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. Main, Neuauflage 2005,
ISBN 978-3-596-16162-1, 7,95 € (D)

Christoph Meckel schreibt über seinen Vater in der Zeit in Deutschland von 1930 bis 1960. Mich hat beeindruckt, wie genau C. Meckel beobachtet, benennt, wie einer, der nicht Therapeut ist, Sprache verwendet zur Beschreibung und gleichzeitig dekonstruiert: „Über einen Menschen schreiben bedeutet, das Tatsächliche seines Lebens zu vernichten um der Tatsächlichkeit einer Sprache willen [...] Was bleibt übrig vom lebendigen Menschen? Was wird von ihm sichtbar im Triebwerk der Sätze? Vielleicht eine Ahnung von seinem Charakter, die flüchtigen oder festen Konturen eines Suchbilds.“ Unbedingt zu empfehlen für die Auseinandersetzung mit dem eigenen Vater, für Heranwachsende, die sich befreien wollen und gleichzeitig ein neues Verhältnis zu ihrem Vater suchen. Für Menschen mit einer Ader für Dichtung (und Geschichte) und für die Feinheiten der Empfindung – ab 18 (ggf. etwas früher). Mit 125 Seiten kurz genug, um tatsächlich gelesen zu werden.

(UR)

Podcasts:

Pink Floyd and Adolescence – Robert and Thomas Harrison, both professor for literature in California, US, on a radioshow from Stanford University Campus, dealing with the music of Pink Floyd and the state of mind of adolescence. Adolescence is seen by Robert as "the time of alienation, bewilderment, inwardness, transformation and a hopeless longing for love. [...] No one puts adolescence to music with more adult-like maturity, lucidity and musical virtuosity than Pink Floyd" (Robert Harrison, in this podcast). Listen to it on:

<https://french-italian.stanford.edu/opinions/floyd.html> (English only)

YouTube:

If you are interested in mentalization and on toddlers observation (as a continuation of infant observation), go to the videos from 'a Montessori home'. They are among the most precious videos I ever watched. A 'must' for everyone interested in mentalization and the mind of kids (English only):

Problem solving at 12 months:

<http://www.youtube.com/watch?v=iQqAUfhSzTQ>

Love of repetition in contact with the mother:

<http://www.youtube.com/watch?v=GQMSLXNqHZM>

Meal time at 14 months:

<http://www.youtube.com/watch?v=AMqBjXOz42s>

Thanks for making it possible to watch this. I hope all in the family will be able to go on this way!

Buchbesprechung

Marina

Diese Welt hat keinen Platz f ur mich.

Wie ein Mädchen in der Psychiatrie zerbricht

Verlag Edition Fischer, Frankfurt/Main 2014, ISBN 978-3-89950-819-2, € 16,80 (D)

(Ulrich R uth)

Ich mag Selbstmord nicht. Wenn einer es geschafft hat. Anders bei Leuten, die Selbstmord versucht haben: Die geben einem noch eine Chance.

Marina hat in den Wochen vor ihrem Freitod die Geschichte ihrer Krankheit niedergeschrieben und sich damit einen kurzzeitigen Aufschub ihres Freitodes um ein paar Wochen verschafft. Ihre Eltern haben zusammen mit einem eigenen Bericht und einigen Gedichten von Marina den auf dem Computer gefundenen Text posthum ver offentlicht. Nicht zu Wort gekommen sind Therapeuten und Kliniken. Gelistet ist es im Buchhandelsortiment unter „Patientenratgeber“. Aber das ist es nicht. Martin Buber schreibt: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Martin Buber, *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg 1984, S. 32), aber eben nur durch eine „Begegnung im Zwischenraum des Mitmenschlichen“. Das ist zwischen Marina und den Professionellen nicht gelungen. Es kam nicht zu einer Begegnung, es ist die Geschichte einer Vergegnung im Buber’schen Sinn..

Marina wird von ihren Eltern als hoch begabt beschrieben, sie wird wegen ihres – leider nicht wirklich greifbar beschriebenen – „Andersseins“ von Gleichaltrigen gemobbt, dann depressiv, sie kann schließlich nicht mehr in die Schule gehen. Eine Therapeutin schlägt ihr recht schnell die Klinikaufnahme vor. Marina nimmt diesen Vorschlag gerne und gegen die Meinung ihrer Eltern an. Auf der offenen Station nimmt das weitere Unglück dann seinen ersten Anlauf: Marina findet in der Gruppe der Jugendlichen Gleichgesinnte, die Welt ist eingeteilt in „wir Jugendliche“ und „die Erwachsenen“. Die Jugendlichen halten zusammen: „Wie kannst Du vorbereiten dich umzubringen, ohne uns davon zu erzählen?“, wird sie gefragt werden, nicht weil es um die Verhinderung des Selbstmords geht, sondern um das Gruppengefühl. Mitpatienten nehmen Marina vorbehaltlos an, ganz anders als in der Schule. Die Notgemeinschaft schweißt zusammen, gegen die Erwachsenen. Von den Ärzten, Therapeuten, Betreuern wird Marina nicht erreicht. Eine intellektualisierende Abwehr der

Professionellen würde wohl von einer „negativen therapeutischen Reaktion“ sprechen. Es erscheint so, als wenn sich eine gesunde Adoleszenzentwicklung umstülpen würde: Marina sieht ihre Autonomie und Autarkie nur mehr in Selbstaggression und schließlich im Vollzug der Selbsttötung verwirklicht. Man bringt sie auf eine „geschützte“ Station, sie wird „gezwungen zu leben“. Die Chance, mit Hilfe einer Gruppe eine gesunde Individuation zu finden, mit oder ohne die Erwachsenen, ist mit der geschlossenen Aufnahme vertan. Die besondere Gruppendynamik einer geschlossenen Jugendlichenstation passt wie geschaffen zu Marinas Problematik und deren Verfestigung. Es folgt eine Odyssee durch verschiedene geschlossene Stationen und zwei Kliniken, es wird ein Hinaus und Herein in die Klinik. Marina beschreibt mit intellektuellem Feinsinn und exakter Sprache, wie Ärzte und Betreuer immer wieder nicht verstehen, was in ihrem (Innen-) Erleben vor sich geht, wie sie durch Unbedachtheit und ein bloßes Insistieren auf „therapeutischen Konzepten“ verletzt wird, sie benennt, wie über die Probleme und Sorgen der Jugendlichen hinweggegangen wird. Die Dynamik verdichtet sich immer mehr, der Kampf geht jetzt gegen die Klinik und das Leben. Der Kreis wird immer enger. Marina berichtet von den drei Persönlichkeiten in ihr, die gegeneinander agieren, eine davon Katy, die sterben will und am Schluss siegen wird. In Fixierung und Zwangsernährung verliert Marina schließlich den Rest der in ihrer Verweigerung gelebten Autonomie. Die Eltern nehmen sie gegen ärztlichen Rat aus der Klinik, bringen sie aber dann doch wieder mit Gewaltanwendung zurück, weil es auch zu Hause nicht geht. Zum Ende wird es so sein, dass die Klinik sich wohl nur noch nicht die Finger verbrennen will, auch wenn das Marina nicht so sieht und die Eltern wohl nicht verstehen. Marina geht nach Hause, ein kurzes Aufflammen einer Hoffnung auf Heilung geht in dem Entschluss unter, über sich selbst zu richten. – Der Text der Eltern beschreibt parallel zu Marinas Erleben die Vergegnung mit Ärzten, Therapeuten und Institutionen. Die Eltern werden in den Strudel von Marinas Kampf mit hineingezogen, bringen ihr Kind in eine andere Klinik, wo entgegen der Hoffnung und Erwartung alles noch schlimmer ist. Zu Hause wird alles versucht, Marina von weiteren, „schlimmen Erfahrungen in der Klinik“ zu bewahren. Eine Erklärung für die gemeinsam durchlebte Dynamik scheinen die Eltern nie bekommen zu haben. Die Mutter endet in ihrem Text mit der Hoffnung auf eine menschlichere Psychiatrie.

Nicht zu Wort kommt die Klinik, aber das wäre kaum möglich gewesen: Marina schreibt, Menschen mit Mitgefühl könnten wohl nicht auf so einer geschlossenen Station arbeiten. Welche Gefühle mögen jene gehabt haben, die Marina fixierten, weil sie nichts aß und nichts trank? Wie geht es dem Pfleger, wenn die fixierte Jugendliche schreit und schreit, und nicht aufhören will und kann? Für gewöhnlich landen über projektive Identifizierungen die Gefühle von Patienten wie Marina bei den Betreuern, diese übernehmen ungewollt und aufgrund der komplexen interpersonellen Dynamik Gefühlszustände der Patientin. Bei unzureichender Begleitung und Bearbeitung dieser „Gegenübertragung“ werden die Gefühlszustände dann zurück in die Patienten transportiert, psychoanalytisch gesehen „evakuiert“, nicht umsonst ein im herkömmlichen Sinne für eine Notsituation gebrauchtes Wort. Wird das System immer geschlossener, übernehmen die Fachleute wie spiegelnd und gleichzeitig agierend Persönlichkeitsanteile der Patienten: sie werden so zu Verfolgern, Aggressoren, Quälern, anstatt dass sie selbst durch die Patienten verfolgt werden, Aggressionen erleiden, gequält werden als Strafe für ihr Verhalten. Marinas Text enthält keine einzige Rachephantasie, bleibt im ganz Konkreten. Mentalisierung als Hineinversetzen in den Mit- und Nebenmenschen nimmt im Text immer weiter ab, im Verlauf bleibt dann alles nur mehr das, was es ist: eine Zumutung, die Zumutung der Gewalt, die einem angetan wird, weil man selbst nicht sterben darf. Aus solcher Welt ist kein Entrinnen mehr, insbesondere im Rahmen einer verunglückten adoleszenten Autonomieentwicklung.

Marinas Text ist so ungemein wertvoll, weil in ihm die Entwicklung einer malignen Verstrickung aus subjektiv-jugendlicher Warte beschrieben wird. Hätte Marina überlebt: Sie hätte sich weiterentwickelt. Solch einen Jugendtext veröffentlicht man nicht mehr später als Erwachsener. Trotzdem: der von Marina bezahlte Preis war zu hoch.

Psychiater, Therapeuten und alle Mitarbeiter von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die psychisch Kranke und suizidgefährdete Patienten behandeln, sollten dieses Buch lesen! Lest den Text, aber lest „dahinter“. Lest die Seite der Klinik mit, lest das System Klinik mit, lest die projektiven Identifikationen mit und das innere Gebeutelensein der Betreuer nach einer Fixierung und Zwangsernährung. Und lest mit, was entweder versäumt wurde oder von Marina nicht aufgeschrieben wurde: Niemals werden wir als Psychiater die Selbsttötung eines Entschlossenen abschließend verhindern können. Jede Behandlung der Suizidalität muss

Verhandlung sein mit den Möglichkeiten einer Hoffnung. Gib mir ein Jahr, ja vielleicht nur sechs Monate, kannst Du Dich herbeifinden, vielleicht doch weiter zu leben, und dann sehen wir, der Tod kann ja niemals verloren gehen, er bleibt uns allen ...

Vielleicht wird Marinas Text helfen, aus künftigen Verstrickungen mit jungen Patienten früh genug auszusteigen: So wie es beim Halma eben doch kein Schachmatt gibt.

Dr. Ulrich Rüth war 17 Jahre lang als Oberarzt einer geschlossenen jugendpsychiatrischen Station tätig.



Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik
und Gruppenpsychotherapie (DGG)



Ich habe ~~keine~~ Zeit – Gegenwärtigsein und Begegnung

16.– 26. Mai 2016 Paestum (Süditalien)

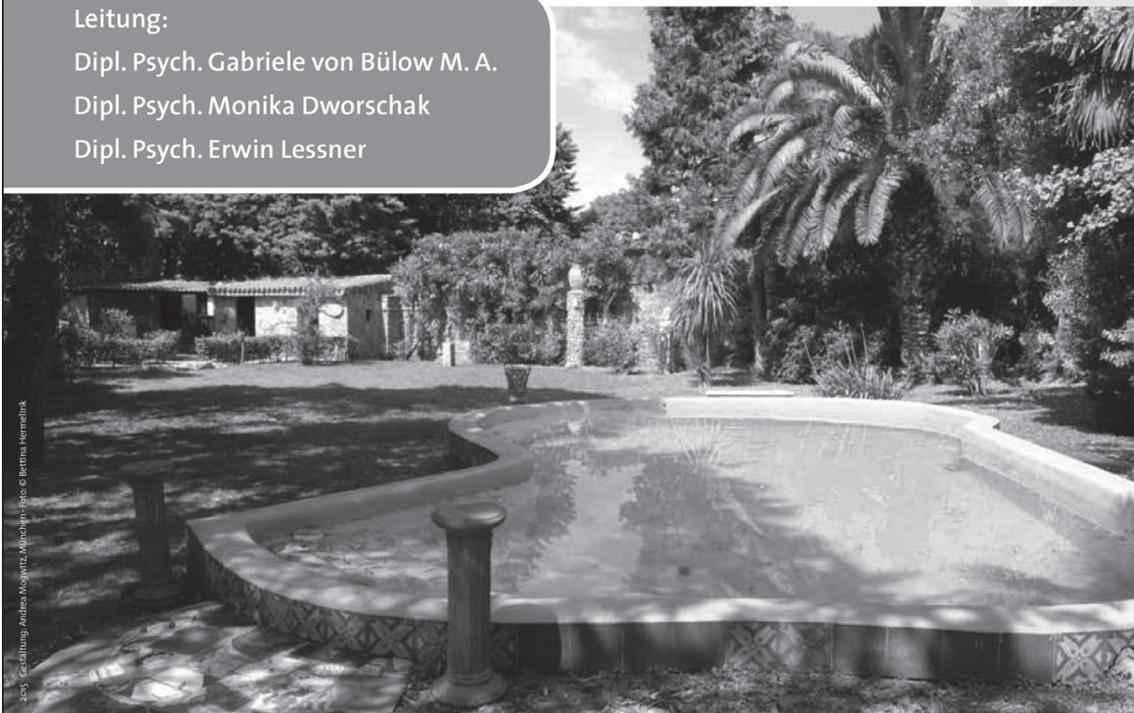
Leitung:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow M. A.

Dipl. Psych. Monika Dworschak

Dipl. Psych. Erwin Lessner

2015 Gestaltung: Andrea Magwitz, München - Foto: © Bettina Hermelink



Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e. V.
Kantstraße 120, 10625 Berlin, Telefon: +49 30 313 2698
Telefax: + 49 30 313 69 59, Email: DAPBerlin@t-online.de





Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik
und Gruppenpsychotherapie (DGG)



Analytische Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie

Theorie- und behandlingstechnisches Seminar

Das Seminarprogramm deckt das von der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung geforderte Theoriekontingent ab!

Teil I 01.– 03. Juli 2016

Teil II 09.– 11. September 2016

Ort: Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP (e.V.),
Goethestr. 54, 80336 München

Kosten: 340,-/680,- € Anmeldung: 089/539674

info.kalb@psychoanalysebayern.de,
www.psychoanalysebayern.de

Das Seminar ist zertifiziert bei der Bayerischen Landesärztekammer und
der Psychotherapeutenkammer Bayern.