

Inge Seiffge-Krenke / Heiko Dietrich / Petra Adler-Corman /
Helene Timmermann / Maike Heinz-Rathgeber / Sibylle Winter / Christine Röpke



Die Konfliktachse der OPD-KJ-2

Ein Fallbuch für die klinische Arbeit



Inge Seiffge-Krenke, Die Konfliktachse der OPD-KJ-2

Inge Seiffge-Krenke, Heiko Dietrich,
Petra Adler-Corman, Helene Timmermann,
Maike Heinz-Rathgeber, Sibylle Winter,
Christine Röpke

Die Konfliktachse der OPD-KJ-2

Ein Fallbuch für die klinische Arbeit

2., unveränderte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

© 2016, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
ISBN Print: 9783525402443 — ISBN E-Book: 9783647402444

Mit 2 Abbildungen und 6 Tabellen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-40244-3

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Umschlagabbildung: HelgaLin/shutterstock.com

© 2016, 2014, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen/
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
Umschlag: SchwabScantechnik, Göttingen
Druck und Bindung: ☺ Hubert & Co GmbH & Co. KG,
Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

<i>Franz Resch</i>	
Geleitwort.	7
<i>Inge Seiffge-Krenke</i>	
Einführende Worte	9
Die diagnostische Arbeit mit der Konfliktachse: Einige Hilfestellungen.	11
OPD-KJ-2 für Babys?	20
Haben gesunde Kinder und Jugendliche intrapsychische, entwicklungshemmende Konflikte?	30
Langzeitfälle bei Kindern unter Berücksichtigung der OPD-KJ-2-Konfliktachse.	40
Langzeitfälle bei Jugendlichen unter Berücksichtigung der OPD-KJ-2-Konfliktachse.	60
Besonderheiten in der Elternarbeit: Die transgenerationale Perspektive.	85
OPD-KJ-2 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis: Anwendung zu Fragen der Jugendhilfe	95
Verlauf einer tagesklinischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der OPD-KJ-2-Befunde	127
OPD-KJ-2 in der Antragsstellung, Supervision und Intervention	137

OPD-KJ-2 zur internen Qualitätssicherung	150
Ausblick	159
Literatur	162

Geleitwort

Die Operationalisierung der Psychodynamischen Diagnostik, der sich unser interdisziplinärer Arbeitskreis OPD-KJ seit 1996 widmete, ist nun mit dem Manual der OPD-KJ-2 zu einem vorläufigen Höhepunkt und Abschluss gekommen.

In der psychodynamischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kann aus dem Einsatz des diagnostischen Instruments ein großer Mehrwert gezogen werden. Die Therapeuten und Therapeutinnen können sich mittels operationalisierbarer Kriterien eine nachvollziehbare diagnostische Rechenschaft ablegen und mit erhöhter Genauigkeit und Differenzierung beziehungs-dynamische, konflikt-dynamische und strukturdiagnostische Befunde erheben, so dass diese eine individuell spezifischere Wegfindung in der therapeutischen Arbeit ermöglichen.

Das Konstrukt des überdauernden psychischen Konflikts ist für eine psychodynamische Betrachtung psychischer Symptome von zentraler Bedeutung. Neben den interaktionellen Aspekten und der Fähigkeit zur Selbstregulation stellt es fundamentale Lebensthemen vor, die durch innere Widersprüche eine Entwicklungshemmung beim Kind hervorrufen können. Konflikt, Struktur und Beziehung sind in der OPD-KJ-2 keine voneinander unabhängigen Modellbildungen. Denn Konflikte werden in ihrer Ausprägung auch durch das Integrationsniveau der Struktur bestimmt und bilden sich oft in charakteristischen Beziehungsepisoden ab.

Dieses Buch entstammt dem Enthusiasmus und konzeptuellen Engagement der Arbeitsgruppe, die die Konfliktachse für OPD-KJ-2 weiterentwickelt hat, um dann in einem erweiterten Kreis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Anwendungsfelder der operationalisierten Diagnostik im klinischen Bereich auszuloten. Das Spektrum umfasst auch Langzeitpatienten und reicht von Elternarbeit über Jugendhilfe, tagesklinische Settings bis zu den Fragen der Supervision und Intervision, wobei das Thema Qualitätssicherung den Abschluss bildet.

Die Beschäftigung mit den Problemen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik ist weniger ein Unterfangen als eine grundsätzliche Haltung! Die Arbeit an der OPD-KJ-2 hat uns alle mit viel Einsatz an dem Prozess teilhaben lassen und uns mit Innovationsfreude und Erfahrungen der Gemeinsamkeit persönlich erfüllt. Viel von diesem positiven Geist einer gelungenen Kooperation ist in den Beiträgen dieses Buches zu spüren.

Ich wünsche diesem Werk weite Verbreitung und Akzeptanz.

Franz Resch

Mitglied des Koordinationsausschusses des Arbeitskreises OPD-KJ-2

Einführende Worte

In der Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen wird die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ) in den letzten Jahren zunehmend eingesetzt. Die Auswertung der Informationen aus Interviews mit Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen, aus Spielbeobachtung, Anamnese und szenischem Verstehen erlaubt auf vier Achsen (Beziehung, Konflikt, Struktur, Behandlungsvoraussetzungen) eine gut operationalisierbare Einschätzung verschiedener, für die Diagnose und Indikation wichtiger Dimensionen, wie zum Beispiel typischer Konflikte sowie struktureller und motivationaler Voraussetzungen des Patienten.

Zur Differenzialindikation der analytischen bzw. tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie ist die Beurteilung der Achsen Konflikt und Struktur ein wesentlicher Baustein. Für die therapeutische Arbeit im analytischen Setting ist die Konfliktachse mit ihren typischen entwicklungsbehindernden Themen von besonderem Wert, da unbewusste Konflikte genuin mit dem analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Setting verbunden sind.

Aus diesem Grund hat sich die Arbeitsgruppe der Konfliktachse der OPD-KJ-2 um Kinder- und Jugendlichentherapeuten aus der VAKJP erweitert. Wir haben uns in den vergangenen Jahren intensiv zum einen der Überarbeitung der Konfliktachse im neu erschienenem Manual OPD-KJ-2 (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013) und zum anderen mit der klinischen Anwendung der Konfliktachse in verschiedenen Praxisfeldern wie ambulanter und stationärer Therapie, Elternarbeit, Supervision und Intervision beschäftigt.

Das Ergebnis dieser spannenden Arbeit an klinischen Fällen legen wir nun vor, ergänzt durch einige Befunde, die sich auf die Arbeit mit Babys und mit gesunden Kindern und Jugendlichen beziehen. Schließlich möchten wir mit einem Beitrag zur Qualitätssicherung Mut machen, die OPD-KJ-2 auch in diesem Bereich einzusetzen.

Die Arbeit hat uns allen viel Spaß gemacht und ich denke, das merkt man diesem Buch auch an.

Inge Seiffge-Krenke

Sprecherin der Achse Konflikt der OPD-KJ-2

Die diagnostische Arbeit mit der Konfliktachse: Einige Hilfestellungen

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) hat einen besonderen Anspruch. Ihr Zugang ist entwicklungspsychopathologisch, das heißt, sie verbindet in der Diagnostik entwicklungspsychologische mit klinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Perspektiven. Damit stellt die OPD-KJ eine komplexe, mehrdimensionale und entwicklungsbezogene Diagnostik dar, die über klassische psychiatrische Diagnosen und Entwicklungsdiagnostik hinausgeht. Die Operationalisierung psychodynamischer Konzepte wie Beziehung, Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen wurde vor einigen Jahren manualisiert (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003); mit der 2. Auflage (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) wurde das Manual für die diagnostische Einschätzung bei Kindern und Jugendlichen erneut standardisiert und hat inzwischen eine weite Verbreitung in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie gefunden. Gegenwärtig liegt eine auf der Basis der Trainings und der klinischen Erfahrungen vorgenommene umfangreiche Überarbeitung (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013) vor, die eine gut operationalisierbare Einschätzung verschiedener, für die Diagnose und Indikation wichtiger Dimensionen auf vier Achsen (Beziehung, Konflikt, Struktur, Behandlungsvoraussetzungen) erlaubt und Hilfen für die klinische Anwendung gibt.

Im Zentrum dieses Buches steht die klinische Arbeit mit der Konfliktachse; es werden allerdings auch Aspekte der Behandlungsvoraussetzungen und der strukturellen Voraussetzungen für eine Therapie berührt. Bei der Einstufung auf der Konfliktachse geht es um die Einschätzung eines zeitlich überdauernden intrapsychischen und entwicklungshemmenden unbewussten Konflikts, der in einem aktiven oder passiven Modus vom Kind oder vom Jugendlichen verarbeitet wird (siehe Manual der OPD-KJ-2, Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 139–196). Dieser Konflikt kann sich in verschiedenen Entwicklungsbereichen (Familie, Gleichaltrige, Kindergarten/Schule/

Beruf sowie Körper/Krankheit) zeigen. Je mehr Bereiche von dem Konflikt betroffen sind, umso eingeschränkter und »kränker« ist das Kind bzw. der Jugendliche. Konfliktfreie Bereiche sind hingegen als Ressourcen zu werten.

Insgesamt können sieben verschiedene Konfliktthemen (Nähe vs. Distanz, Unterwerfung vs. Kontrolle, Selbstversorgen vs. Versorgtwerden, Selbstwertkonflikt, Schuldkonflikt, ödipaler Konflikt, Identitätskonflikt) bezüglich ihrer Ausprägung eingeschätzt werden. Bei der Einstufung der sieben Themen der Konfliktachse sollten die Altersfenster berücksichtigt werden, auch wenn uns die Patienten beispielsweise als deutlich »jünger« erscheinen. Dies ist wichtig, denn ein intrapsychischer Konflikt ist per definitionem eine Entwicklungsbehinderung. Diese Altersfenster beziehen sich auf die Altersstufe 1 (drei bis fünf Jahre, d. h. das Klein- und Vorschulkind), die Altersstufe 2 (sechs bis zwölf Jahre, d. h. die mittlere Kindheit) und die Altersstufe 3 (13 bis 18 Jahre, d. h. die Adoleszenz). Eingestuft wird also jeweils nach dem realen Alter, auch wenn die Kinder deutlich jünger oder älter wirken.

Zusätzlich zu den sieben Konfliktthemen ist es möglich, die Beeinträchtigung des Kindes oder Jugendlichen aufgrund von schweren Lebensbelastungen einzuschätzen. Unter schweren Lebensbelastungen verstehen wir kritische Lebensereignisse wie Scheidung, Umzug, Migration, schwere psychische oder körperliche Erkrankung eines Familienmitglieds oder Arbeitslosigkeit. In der Regel findet man bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter oder stationärer Psychotherapie zahlreiche schwere Lebensbelastungen. Auch schwere Traumata wie sexueller Missbrauch, körperliche oder emotionale Misshandlung etc. gehören dazu. Man muss allerdings vor einer inflationären Verwendung des Begriffs »traumatisiert« warnen. Diese schweren Lebensbelastungen sind auf der Befunddokumentation (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 390) anzugeben, und zwar unterschieden nach schweren Lebensbelastungen, die in den letzten sechs Monaten vor dem diagnostischen Gespräch lagen, und noch länger zurückliegenden. Schwere Lebensbelastungen bis zu sechs Monaten vor dem diagnostischen Gespräch bzw. den probatorischen Sitzungen können die Einschätzung von Konflikten erschweren, da die Abwehr massiv erhöht und auch das Strukturniveau beeinträchtigt sein kann.

Alltagsbelastungen dagegen (wie schlechte Noten bekommen, Streit mit den Eltern, Alltagskonflikte zwischen Eltern und Kindern über Hausaufgaben, Aufräumen und Ausgehen) sind häufig und nur mild belastend und relativ leicht von Kindern und Jugendlichen zu bewältigen. Sie werden nicht eingeschätzt, denn sie haben in der Regel keinen Krankheitswert, sondern können sogar, und das gilt besonders in der Adoleszenz, eine entwicklungsfördernde Funktion haben, da mehr Autonomie mit den Eltern ausgehandelt wird.

Das Manualisierungskapitel (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2013, S. 139–196) erleichtert die Einstufung, indem es für jeden Konflikt und jeweils gegliedert nach Altersstufen und betroffenem Lebensbereich den aktiven und passiven Modus der Verarbeitung der sieben Konflikte erläutert. Das folgende Einstufungsschema (vgl. Tabelle 1) enthält im Überblick einige Informationen, die hilfreich bei der Festlegung des jeweils wichtigsten bzw. zweitwichtigsten Konflikts und des entsprechenden Verarbeitungsmodus sind.

Bei der Einstufung ist wichtig, sich Folgendes zu verdeutlichen: Der Nähe-versus-Distanz-Konflikt sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn Bindungen elementar gestört sind. Er zeigt sich im aktiven Modus als Angst vor Nähe und Suche nach übersteigerter emotionaler Unabhängigkeit und im passiven Modus als Angst vor Trennung und Suche nach engen Beziehungen. Er sollte nicht diagnostiziert werden, wenn flexible Bindungen zu anderen möglich sind, zum Beispiel außerhalb des Elternhauses zu anderen Personen. Der Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle bedeutet, dass Selbst- und Fremdkontrolle beziehungsbestimmend sind. Im aktiven Modus findet man ständiges Aufbegehren gegen Pflichten, im passiven Modus Gefügigkeit und Unterordnung. Beim Konflikt Selbstversorgen versus Versorgtwerden ist das Versorgtwerden das beziehungsbestimmende Thema. Im aktiven Modus finden wir Selbstversorgung und Aufopferung für andere, im passiven Modus ein anklammerndes, parasitäres Verhalten. Beim Selbstwertkonflikt steht die Regulierung des Selbstwertes im Vordergrund. Im aktiven Modus finden wir eine grandiose Selbstüberschätzung, im passiven Modus deutliche Einbrüche des Selbstwertes. Der Schuldkonflikt entsteht dann, wenn Kinder und Jugendliche versuchen, die Beziehung zu den Eltern in jedem Fall zu sichern und unangemessene

Tabelle 1: Übersicht über die Konfliktthemen und Modi

Konflikte	Nähe vs. Distanz	Unterwerfung vs. Kontrolle	Selbstversorgen vs. Versorgtwerden	Selbstwertkonflikte	Schuldkonflikte	ödipale Konflikte	Identitätskonflikte
Wann diagnostizieren?	existenzielle Bedeutung von Bindungen; Bindungen sind nicht sicher; liegt nicht vor, wenn flexible Bindungen möglich sind	Selbst- und Fremdkontrolle ist lebensbestimmend	Versorgung ist lebensbestimmend; Beziehungsfähigkeit ist vorhanden	Regulierung des Selbstwertes steht im Vordergrund, überträgt in seinem Ausmaß alle anderen Konflikt Ebenen	Beziehungen (zu Eltern) sicher; Über-Ich- oder Schuldkonflikte mit konstanter, selbststauender Opferrolle prosozialer Handlung; unangemessene Loyalität und/oder deren Abwehr	erotisch-sexuelle Wünsche und/oder deren Abwehr; alle Beziehungen sind durch den Konflikt bzw. dessen Abwehr getönt	Identitätsfindung ist lebensbestimmend; Suche nach kontinuierlichem und kohärentem Selbst

Konflikte	Nähe vs. Distanz	Unterwerfung vs. Kontrolle	Selbstversorgen vs. Versorgtwerden	Selbstwertkonflikte	Schuldkonflikte	ödipale Konflikte	Identitätskonflikte
aktiver Modus	Angst vor Nähe; übersteigerte emotionale Unabhängigkeit; emotionale Teilnahmslosigkeit; wenig Interesse an Beschäftigung mit Gleichaltrigen	ständiges Aufbegehren gegen Aufgaben und Pflichten; für Ordnung sorgend; Regeln selbst setzend; Macht ausübend; Selbstbehauptung	Selbstversorgung; Selbstaufopferung; Übersteigerte Autarkie; Bedürftlosigkeit	grandiose Selbstüberschätzung; Glaube an eigene Besonderheit; Beserwisserei	Entwertung; gewissenlos; rücksichtslos; keine Verantwortung; Zynismus; Egoismus; amoralisch; inner- und außerfamiliär grenzverletzend; ständig anschuldigend	Betonung der Sexualität/ Geschlechtsrolle; problematische triadische Beziehungen; Rivalität; Konkurrenzverhalten; körperlich grenzüberschreitend; »Macho«, »Prinzesschen«	unkritische Übernahme von Ansichten und Werten; wechselseitige Identifizierungen; Ruhelosigkeit; widersprüchliche Selbstvorstellung; Unstetigkeit; »Chamäleon«

Konflikte	Nähe vs. Distanz	Unterwerfung vs. Kontrolle	Selbstversorgen vs. Versorgtwerden	Selbstwertkonflikte	Schuldkonflikte	ödpale Konflikte	Identitätskonflikte
passiver Modus	Angst vor Trennung; Suche nach engen Beziehungen; eigene Bedürfnisse nicht durchsetzend	Gefügigkeit und Unterordnung; Passiver Widerstand	anklamernd; parasitär; anspruchlich	Einbruch des Selbstwertes bei Ausbleiben von Unterstützung und Anerkennung; Bloßstellung befürchtend; Ängste, Neues auszuprobieren	überzogene Treuebindung (an die Eltern); schwere Schuld abarbeitend; Wiedergutmachungsverhalten; Selbstvorwürfe; Selbstschuldzuschreibung	sachlich; sexuell unattraktiv; Vermeidung der Geschlechter; Gehemtheit; fehlende sexuelle Neugier; Nachgiebigkeit; »graue Maus«	Orientierungslosigkeit; Ratlosigkeit; Verwirrtheit; Perspektivlosigkeit; Exploration stark eingeschränkt; Rückzug in Herkunftsfamilie; farblos, uninteressant, ambivalent

Schuldgefühle haben. Im aktiven Modus finden wir Entwertungen familiärer Beziehungen, im passiven Modus erwecken die Kinder und Jugendlichen den Eindruck, als hätten sie schwere Schuld auf sich geladen, und zeigen eine überzogene Treuebindung an die Eltern. Beim ödipalen Konflikt stehen erotisch-sexuelle Wünsche und deren Abwehr im Vordergrund. Sexualität und triadische Beziehungen werden im aktiven Modus betont, während die Kinder und Jugendlichen im passiven Modus sehr sachlich und eher sexuell unattraktiv und uneindeutig erscheinen. Beim Identitätskonflikt sind Identitätsfindung und -sicherung lebensbestimmend. Im aktiven Modus finden wir eine unkritische Übernahme wechselnder Identifizierungen, im passiven Modus Orientierungs- und Ratlosigkeit.

Bei der Konfliktdiagnostik ist eine wichtige Frage, wie man den Konfliktfokus findet. Hier geht es darum, welches Konfliktthema erlebens- und verhaltensbestimmend ist, wobei die unbewusste Dynamik, etwa in der Gegenübertragung und im szenischen Verstehen, ebenfalls einbezogen wird. Auch Märchen oder Lieblingsgeschichten bzw. -filme des Kindes oder Jugendlichen können wichtige Hinweise geben. Darüber hinaus muss man sich fragen, welcher Konflikt die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen am meisten behindert, hier wird also die Dysfunktionalität genauer betrachtet. Da aber im Verlaufe einer Behandlung oft auch noch andere konflikthafte Themen deutlicher werden, ist es sinnvoll, auf dem Einstufungsschema zu schauen, welche weiteren entwicklungsbehindernden Konflikte sich andeuten. Die Einstufung ist komplex, da eine Integration von diagnostischem Material aus vier verschiedenen Quellen notwendig ist:

- a) aus dem Gespräch mit Kindern oder Jugendlichen und ihren Eltern,
- b) aus der Beobachtung beim Spiel sowie aus den Ergebnissen der (projektiven) Testverfahren,
- c) aus der Anamnese der Eltern und teilweise auch des Kindes oder Jugendlichen,
- d) aus der szenischen Darstellung.

Wir gehen davon aus, dass die Qualität der psychodynamischen Diagnostik dann am höchsten ist, wenn sowohl das szenische Verstehen als auch die explorative Interviewtechnik zur Befunderhe-

bung je nach Kind oder Jugendlichen und Fragestellung mit unterschiedlichem Schwerpunkt angewandt werden. Insbesondere in klinischen Zusammenhängen kann einer offenen Gesprächsführung mit Schwerpunkt auf dem szenischen Verstehen der Vorzug gegeben werden. Zur Einschätzung der intrapsychischen Konflikte bleibt das Kernstück der Befunderhebung das Interview mit dem Kind oder Jugendlichen. Zusätzlich ist die Anamnese der Eltern und/oder anderer Bezugspersonen unerlässlich.

Nach Bildung von Konflikthypothesen aus den ersten Sitzungen können dann in den nächsten Sitzungen gezieltere Nachfragen im Vordergrund stehen (Trichterprinzip), die möglicherweise Aufschluss darüber geben können, welcher der verschiedenen Konflikte der (im Moment) wichtigste ist. Dieses Vorgehen bietet sich vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit komorbiden psychiatrischen Störungen an, wo möglicherweise Entwicklungsbehinderungen in verschiedenen Bereichen vorliegen, die erst nach und nach in der Behandlung sichtbar werden. Schließlich ist auch für jeden intrapsychischen Konflikt der Modus genauer zu betrachten, das heißt, geht das Kind oder der Jugendliche im Rahmen der Verarbeitung dieses Konflikts eher aktiv oder eher passiv vor. Dies kann in den unterschiedlichen Lebensbereichen auch verschieden sein.

Auch Überlegungen über das Strukturniveau des Kindes oder Jugendlichen sind sinnvoll und notwendig. Bei der Einstufung auf der Strukturachse werden wichtige Aspekte wie Selbst-Objekt-Differenzierung und Emotionsregulierung eingeschätzt, aber auch die Kontakt- und Bindungsfähigkeit. Eine relativ gut integrierte Struktur (d. h. gute Fähigkeiten zur Selbst-Objekt-Differenzierung, zur Emotionsregulierung etc.) ist Voraussetzung dafür, dass sich intrapsychische Konflikte ausbilden können, die durch ein Aufeinanderprallen von Wunsch und Abwehr gekennzeichnet sind. Bei eingeschränkter Integration des Strukturniveaus sind eher Konfliktthemen als »echte« intrapsychische Konflikte zu erwarten. Wenn mehrere bedeutsame Konflikte vorliegen, könnte das auf eine psychiatrische Komorbidität von Störungen und/oder möglicherweise auch auf Strukturdefizite hindeuten.

Die Einstufung auf der Achse Behandlungsvoraussetzungen ermöglicht eine Einschätzung der persönlichen und familiären wie

außerfamiliären Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen, seiner Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, aber auch der Behandlung entgegenstehender Widerstände wie sein Krankheitsgewinn. In der letzten Sitzung sollte ganz gezielt nach Behandlungsvoraussetzungen gefragt werden. In Abhängigkeit vom Setting kann es aber sinnvoll sein, die Frage nach der Behandlungsmotivation und den Erklärungen für eine Störung (»Warum, glaubst du, bist du hier?« »Was soll sich ändern?«) auch an den Anfang des Gesprächs zu stellen.

Ein typischer diagnostischer »Fehler« ist die relativ häufige Einschätzung eines Nähe-Distanz-Konflikts. Hier geht es um die existenzielle Bedeutung von Bindung; dieser Konflikt sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn keine Bindungen vorliegen bzw. beim Wegfall von elterlichen Bindungen keine Alternativen entwickelt werden können. Ein anderer typischer »Fehler« ist die gehäufte Einschätzung eines Schuldkonflikts aufgrund der Tatsache, dass wir eine zunehmende Anzahl von Kindern und Jugendlichen aus Trennungs- und Scheidungsfamilien behandeln. Dieser ist nicht unbedingt und auch nicht ausschließlich an ein solches Trennungsthema gebunden. Schließlich ist zu bedenken, dass fast alle Patienten einen vergleichsweise niedrigen Selbstwert haben und ein Selbstwertkonflikt nur bei extremen Ausprägungen eingestuft werden sollte. Auch unter Beachtung der Regel, dass wir einen Selbstwertkonflikt nur bei extremer Ausprägung vergeben, finden wir jedoch eine relativ häufige Diagnose von Selbstwertkonflikten de facto vor. Auch traten bislang Probleme bei der Einstufung des Identitätskonflikts auf; er sollte nur bei einem deutlich entwicklungsbehindernden Thema und nicht bei den normalen Identitätsfragen von Kindern und Jugendlichen eingestuft werden.

OPD-KJ-2 für Babys?

Im Rahmen der psychoanalytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (Cierpka u. Windaus, 2007; Windaus, 2007) wurde intensiv mit Konzepten der OPD gearbeitet, vor allem in Bezug auf die Eltern des Babys. Die Fragen, die uns in diesem Kapitel beschäftigen sind: Kann man Babys therapieren? Zeigen sich Konflikte oder Vorläufer von Konflikten bereits im ersten Lebensjahr und kann bei der Einschätzung einer möglichen Entwicklungspsychopathologie die Konfliktachse hilfreich sein? In dem jüngst erschienenen Manual OPD-KJ-2 wurde bereits erwähnt, dass für die Altersstufe null bis zwei Jahre ein eigenes Instrument der psychodynamischen Einschätzung entwickelt werden soll. Eine Psychopathologie in diesem frühen Alter zu bestimmen ist aus vielen Gründen problematisch, da die schnelle Entwicklung im Säuglingsalter zu ständigen Veränderungen führt, Babys in ihrer absoluten Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen eine hohe Anpassungsleistung erbringen müssen und gleichzeitig in ihrem Verhaltensrepertoire noch eingeschränkt sind. Was ist noch als normaler Ausdruck, normale Botschaft des Säuglings zu verstehen und wann wird ein Verhalten als zu extrem und schon gestört angesehen? Die intensiv wahrgenommenen Angebote von frühen Hilfen zeigen die Verunsicherung und Hilflosigkeit der jungen Familien.

Die neuere Säuglingsforschung, vertreten vor allem durch die Arbeiten von Daniel Stern (1998), geht davon aus, dass Säuglinge von Anfang an denken und fühlen und das elterliche Gegenüber verstehen wollen. Schon Melanie Klein hat sich in den 1950er Jahren in besonderer Weise mit dem Erleben von Säuglingen befasst, um die Interaktionsstörungen von Mutter und Baby erklären zu können (Klein, 1995–2002). Bion (1962, 1963, 1967, 2002) erläutert in seinen Konzepten »Container-Contained« und »mütterliche Reverie«, dass der Säugling zum Denken einen mentalen Container benötige, der ungedachte Elemente in sich aufnehme, verarbeite und

dadurch denkbar mache. Bereits Neugeborene sind mit der angeborenen Fähigkeit ausgestattet, Sinneseindrücke zu unterscheiden. Sie haben jedoch noch nicht die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu handhaben, und ihre kognitiven Fertigkeiten sind noch im Aufbau begriffen. Diese Fähigkeiten müssen sie in der Interaktion mit ihren Primärobjekten aufbauen (Cierpka u. Windaus, 2007). Ein gelungener Austausch zwischen Eltern und Säugling, besonders die elterlichen Fähigkeiten, eine angemessene und resonante Beziehung zu ihrem Baby zu gestalten, sind für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Kindes entscheidend und ein protektiver Faktor für die spätere Bewältigungsfähigkeit lebensgeschichtlicher Belastungen (Baradon et al., 2011). Diskrepanzen zwischen basalen kindlichen Bedürfnissen und deren unzureichender Beantwortung durch die primären Bezugspersonen können sich problematisch ausgestalten und thematisch Vorläufer späterer Konflikte werden. Der Säugling, der nur über ein unentwickeltes Ich und eine unentwickelte psychische Struktur verfügt, beantwortet diese Diskrepanzen meist mit psychosomatischen Symptomen und Regulationsstörungen (Berger et al., 2006).

Studien zeigen, dass 20 % der Säuglinge Regulationsstörungen aufweisen, wovon 10 % persistierende Störungsbilder sind (Berger et al., 2006). Diese Häufigkeit hängt mit der großen Vulnerabilität in dieser Lebensphase zusammen. Regulationsstörungen sind zunächst keine verfestigten symptomatischen Manifestationen kindlicher Psychopathologie. Viele haben den Charakter von Durchgangssymptomen, welche die kindliche Entwicklung begleiten. Dies gilt auch für Verhaltensweisen der Eltern in dieser Zeit. Nach Stern (1998) sind Eltern in überwiegender Mehrzahl psychisch »normal«, die Psychopathologie spielt sich auf der nonverbalen und prä-symbolischen Ebene ab. Die hohe Persistenz früher kindlicher Verhaltensstörungen und deren Auswirkung auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung zeigen ebenso wie die neurobiologischen Erkenntnisse im Bereich der Interaktion von Erfahrung und Gehirnentwicklung, dass bei drohender pathologischer Entwicklung frühe psychotherapeutische Interventionen notwendig sind (Adler-Corman et al., 2013).

Die Indikation für eine Behandlung ergibt sich aus den subjektiv wahrgenommenen Belastungen der Eltern und des Kindes und nicht

durch einen objektiv messbaren Schweregrad eines Symptoms. In der engen frühesten Beziehung zwischen Mutter/Eltern und Baby kann leicht eine sich selbst verstärkende Dysregulation entstehen, so dass die Indikation für eine erste diagnostisch-therapeutische Abklärung großzügig gestellt werden sollte. In den ersten Lebensmonaten treten – wie erwähnt – vor allem Regulationsstörungen (Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen), psychische Auffälligkeiten wie Kontakt- und Spielstörungen und psychosomatische Störungen wie zum Beispiel Neurodermitis und Asthma bronchiale auf. Meist betreffen die Symptome mehrere Funktionsbereiche und sind Folge von vorübergehenden Anpassungsschwierigkeiten. Sie können aber auch Ausdruck eines entgleisten Dialogs sein, der dann nachhaltig die Entwicklung behindern würde (Israel, 2007). Ein nicht zu beruhigender, schreiender Säugling kann die Eltern mit extremen Gefühlen konfrontieren, zum Beispiel wenn sie sich durch das Schreien angegriffen oder abgelehnt fühlen. Einschlafschwierigkeiten des Kindes können in Zusammenhang mit traumatisierenden Trennungserfahrungen der Eltern stehen, da eigene Verlassenheitszustände reaktiviert werden, die eine angemessene Bemerterung des Kindes erschweren.

Vorläufer der drei Konflikte Nähe versus Distanz, Unterwerfung versus Kontrolle und Selbstversorgen versus Versorgtwerden sind in den Behandlungen von Säuglingen/Kleinstkindern und deren Eltern bereits erkennbar und zu diagnostizieren. Diese Konfliktvorläufer erschließen sich aus dem Verstehen des unbewussten Dialogs zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind. Diese Vorläufer werden als ein psychisch zusammenhängendes psychodynamisches System verstanden. So kann die Handlung eines Säuglings während des verbalen Dialogs zwischen Therapeut und Mutter die unbewusste Bedeutung inszenieren, die dann vom Therapeuten wiederum aufgenommen und verbalisiert wird. Damit wird ein neuer Denkraum geschaffen.

In den Interaktionen stellen sich unbewusste Wünsche, Ängste und deren Abwehr dar. Der Psychotherapeut, der als drittes Objekt nicht in die Störung verwickelt ist, ermöglicht auf der inneren Bühne von Mutter und Kind die Wiederaufnahme der Kommunikation von abgelehnten Anteilen (Norman, 2004). Die für die Säuglingszeit typische Regressionsbereitschaft und Reduzierung der psychi-

schen Abwehr bei den Eltern, insbesondere bei der Mutter, eröffnen besondere Chancen für die Wirksamkeit frühzeitiger therapeutischer Interventionen. Sie verhindern eine Chronifizierung der Beziehungsstörung und können dauerhaften Somatisierungen und psychischen Erkrankungen präventiv begegnen. »Solange das Ich des Säuglings schwach ist, besitzen der Säugling und seine Mutter eine einzigartige Flexibilität, die sie befähigt, Störungen in ihrer Beziehung wieder in Ordnung zu bringen, wenn die emotionale Container-Contained-Verbindung (wieder)hergestellt ist« (Norman, 2004, S. 271). Objektrepräsentanzen und auch primitive Abwehrmechanismen werden erst stabilisiert, wenn das Ich hinreichend stark ist. Doch dann ist die einzigartige Flexibilität des Säuglings verloren. Es gibt also nur ein kurzes Zeitfenster für das »Ungeschehenmachen« (Norman, 2004, S. 271).

Unter Zuhilfenahme der Konfliktachse können transgenerational weitergegebene Konflikte in ihren Vorläufern beim Baby in *statu nascendi* erkannt und eingeordnet und eine Indikation für eine frühe Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) gestellt werden. Das Konzept von SKEPT ermöglicht es dann, die frühen Interaktionsstörungen von Mutter und Kind unter psychoanalytischem Blickwinkel zu beobachten, entsprechend zu intervenieren und gleichzeitig die innere Welt des Kindes sowie die innere Welt von Mutter und Vater, also die wirksamen Beziehungsrepräsentanzen, zu verstehen und entwicklungsfördernd zu verändern.

Baby Charlotte: Nähe versus Distanz

Zum *Erstgespräch* erscheint eine gepflegt und sportlich, aber völlig erschöpft wirkende Mutter mit der elf Monate alten Charlotte, die sich mit weit aufgerissenen Augen angstvoll an ihre Mutter klammert. Zehn Tage vor Charlottes Geburt habe die Mutter ihren Mann tot in der Wohnung (Aneurysma) gefunden. Sie sei schreiend zusammengebrochen und habe die darauf folgende Hektik (Notarzt, Polizei, Krankenwagen) wie in einem Film wahrgenommen. Sie sei sich sicher gewesen, dass das Kind im Bauch auch tot sei, da es sich nicht mehr bewegt habe. Mit Blaulicht sei sie ins Krankenhaus gefahren worden. Dort habe man per Ultraschall festgestellt, dass das Kind noch lebe. Charlotte, ein sehr zartes und wie zu früh geboren wir-

kendes Baby, schreie tagsüber und vor allem nachts über mehrere Stunden und ließe sich durch nichts beruhigen. Im engen Körperkontakt mit der Mutter schlafe sie zwar ein, schrecke dann aber regelmäßig nach einer knappen halben Stunde hoch und schreie »sich dann weg«. Sie sei dann nicht mehr erreichbar. Tagsüber fahre sie bei jedem lauterem Geräusch zusammen, beim Ertönen eines Martinshornes reagiere sie panisch, selbst den Föhn dürfe man nicht betätigen. Die Situation sei inzwischen unerträglich und sie sei als Mutter am Rande ihrer Belastungsfähigkeit. Sie selbst hätte ihr Leben inzwischen wieder gut im Griff, wenn Charlotte nicht ständig in diese Schreizustände verfallen und insgesamt übertrieben klammern würde. Die Mutter dürfe sich überhaupt nicht entfernen, müsse Charlotte noch mehrfach am Tag stillen.

Motorisch sei ihr Töchterchen normal entwickelt, sie sage aber noch nicht »Mama« und sei laut Kinderärztin zu leicht für ihr Alter. Bei kurzen Trennungen, in denen Charlotte dann von der Großmutter mütterlicherseits betreut werde, entwickle sie ohne organischen Befund plötzlich hohes Fieber. Sie selbst stehe sehr unter Druck, da sie als Alleinerziehende in Vollzeit arbeiten möchte und Charlotte in einer Tagesgruppe untergebracht werden solle. Am Ende des Erstkontaktes erzählt sie, dass sie selbst im Alter von einem Jahr ihren Vater durch einen tödlichen Autounfall verloren habe und dass sie sich nach dem Tod ihres Mannes umgebracht hätte, wenn Charlotte nicht auf der Welt gewesen wäre. Sie wolle aber nicht, dass ihr Töchterchen die Verantwortung für sie trage, sie selbst habe das für ihre Mutter tun müssen. Sie sei mit dem Satz groß geworden: »Du bist alles, was ich habe.«

Die *Schwangerschaft mit Charlotte* erinnert die Mutter als belastet und unruhig. Die Beziehung zu ihrem Mann sei aufgrund finanzieller Engpässe von viel Streit geprägt gewesen. Zu ihrer *eigenen Geschichte* berichtet sie, dass sie nach dem Tod ihres Vaters für ihre völlig überforderte Mutter ein immer ausgeglichenes und sonniges Kind habe sein müssen. Sie habe nie körperliche Nähe zur Mutter erfahren, könne sich nicht erinnern, jemals in den Arm genommen worden zu sein. Ihr Verhältnis sei insgesamt sehr schwierig und angespannt. Über den Tod des Vaters habe nie gesprochen werden dürfen; der Tod habe aber wie eine dunkle Wolke durch ihre ganze Kindheit geschwebt.

Die Geburt von Charlotte habe die Mutter als unproblematisch empfunden, aber sie habe den Säugling dann nicht auf den Arm nehmen können. Sie sei völlig lethargisch und erstarrt gewesen, nicht fähig, »Liebe zu geben«. Die Großmutter habe die Fantasie, dass sie Charlotte irgendwann in eine Pflegefamilie abgebe, berichtet sie völlig affektlos. Unfähig, ihrer Tochter Gefühle (Trauer, Schuld, Aggressionen) und Nähe anzubieten, reagiert die Mutter mit Überversorgung. Charlotte darf nichts Eigenes entwickeln, muss als Selbstobjekt der Mutter den Beweis bringen, dass die Mutter gut und nicht schuldig ist. Die Trennung von der Mutter wird unbewusst mit Tod gleichgesetzt.

Auch im *zweiten Kontakt* wirkt Charlotte auf dem Arm der Mutter sehr ängstlich und schreckhaft; in Tuchföhlung mit ihr spielt sie mit mitgebrachten Spielsachen. In den *folgenden Sitzungen*, Charlotte ist inzwischen ein Jahr alt, bewegt sie sich maximal in einem Radius von einem Meter um die Mutter herum, verfolgt aber aufmerksam unser Gespräch und zeigt auf Spielmaterial. Als schwierig gestaltet sich, den Kontakt über mehrere Minuten zu Charlotte zu halten, da Mutter und Kind so eng miteinander verbunden sind und in einer Weise kommunizieren, dass die Therapeutin als Dritte kaum eine Chance bekommt. Charlotte beobachtet die Therapeutin genau, wendet sich dann aber immer wieder ausschließlich der Mutter zu. Wenn die Therapeutin Charlotte ein Kuschtier oder einen Ball hinlegt, bringt sie die Mutter dazu, ihr das Spielzeug zu bringen. Es zeigt sich, dass je mehr die Mutter von ihren Ängsten spricht, die Erzieher kämen mit ihrer Tochter vielleicht in der Tagesstätte nicht zurecht, Charlotte umso mehr die körperliche Nähe der Mutter sucht und zu spielen aufhört. In der Gegenübertragung spürt die Therapeutin plötzlich Angst, dass Mutter und Baby den Raum verlassen und nie mehr wiederkommen. Als Reaktion auf die Intervention, Charlotte traue sich gar nicht von der Mama weg, hebt das Kind wie fragend die Händchen und krabbelt dann ein Stück weg.

Nach den diagnostischen Terminen wird eine *Säuglings-Kleinkind-Elterntherapie* als Kurzzeittherapie (KZT) beantragt, deren Fokus die Entwicklungsförderung von Charlotte ist. Sie soll erleben, dass sie sich altersentsprechend partiell von der Mutter entfernen darf und dass Getrenntsein nicht den absoluten Verlust bedeutet.