

Dr. Rita Seitz

PUNKS AUF DER COUCH?

Psychoanalytische Behandlungsansätze bei depressiven Kindern und Jugendlichen

Ich möchte versuchen, Ihnen einen Einblick in die psychoanalytische Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen zu geben. Lassen Sie mich Sie neugierig machen, was man mit und auf einer analytischen Couch alles machen kann.

Im ersten Schritt möchte ich einen theoretischen Bezugsrahmen skizzieren, wie ich mir als Psychoanalytikerin die Entwicklung einer depressiven Reaktion vorstelle.

Im zweiten Schritt möchte ich Sie auf eine Entdeckungsreise in die psychoanalytisch orientierte Kinder- und Jugendlichentherapie einladen. Ich möchte über meine zentralen psychoanalytischen Möglichkeiten, nämlich die Arbeit in der Übertragungsbeziehung und die deutende Reflexion berichten.

1. Die depressive Reaktion im Verständnis psychoanalytischer Theoriebildung

Dem psychoanalytischen Verständnis folgend, gehe ich davon aus, dass Depression in der Erfahrung von Trennung und Verlust wurzelt. Aus ganz unterschiedlichen Gründen ist es Kindern und Jugendlichen in manchen Fällen nicht möglich, schmerzhaft Erfahrungen von Trennung und Verlust zu ertragen und zu bewältigen. Es fehlt ein sicherer emotionaler Boden, um Trennung und Verlust auszuhalten, angemessen zu trauern, sich von dem verlorenen Objekt zu lösen und einen aktiven Schritt in eine neue Phase zu wagen. Übersteigen die bitteren Erfahrungen von Trennung und Verlust ein erträgliches Maß, ist Trauerarbeit nicht hinreichend möglich. Dann drängen unbewusste Affekte immer mehr an und verschaffen sich in ganz unterschiedlicher Symptomatik Ausdruck und Bedeutung.

Ich verstehe die Depression als pathologische Reaktion auf den Verlust eines realen oder imaginierten Objekts. Wichtig ist dabei, dass ein sogenanntes „verlorenes Objekt“ nicht unbedingt ein verstorbener Elternteil oder eine nach der Scheidung kaum mehr verfügbare elterliche Bezugsperson sein muss, sondern auch eine elterliche Bezugsperson sein kann, die sich kaum in ihr Kind einfühlen kann, selbst depressiv ist, in einer ver-rückten eigenen Welt existiert oder die seelische und körperliche Existenz des Kindes gefährdet. In diesem Fall handelt es sich dann um den Verlust eines schützenden Elternteils, den das Kind verloren hat, obwohl elterliche Bezugspersonen verfügbar sind, aber beispielsweise das Kind schlagen, missbrauchen oder verwarlosen lassen. Auch die zeitliche Trennung von einer betreuenden Person oder die affektive Abwendung einer Bezugsperson können ein Kind elementar verunsichern.

Eine normale Trauerreaktion, bei der man auf das verlorene Objekt oder den verloren gegangenen Zustand nach und nach verzichten kann, ist bei einer depressiven Entwicklung nicht möglich. Der Verlust kann nicht akzeptiert werden, vermutlich weil das Kind in seinem bisherigen Leben nicht hinreichend die Möglichkeit hatte, mit haltenden, zugewandten Bezugspersonen Trauer und Enttäuschung aushalten zu lernen.

Zurück bleibt ein Kind oder eine Jugendliche/ein Jugendlicher, der das Objekt verloren hat, das seinem Leben Sinn und Bedeutung gibt. Es fehlen die notwendigen Erfahrungen von Liebe und Anerkennung. Die Kinder und Jugendlichen befinden sich dann in einem Zustand „inneren Verlorenenseins“ (vgl. Lang-Langer, 2009, S. 11), oftmals in einem düsteren Erleben zwischen Leben und Tod. Hinter einer oft sehr unterschiedlichen Symptomatik verbergen sich Lähmung, Eingefrorenensein und die Angst vor dem Leben. So sind depressive Kinder und Jugendliche mit einem erschöpfenden Kampf mit inneren Todeslandschaften beschäftigt.

Ihre depressive Verlorenheit findet eine 15j. Patientin in einem Lied der Punkband „Normahl“ wieder. Der Titel „Schneestürme“ zeigt die eisige Aufgewühltheit der verzweifelten Jugendlichen:

Schneestürme - Normahl

Der Wahnsinn, der schleicht um mein Haus
und er lässt mich nie allein
Ein kalter Wind bläst durch die Tür und
friert meine Seele ein
Der Himmel über mir ist grau und ich hoffe,
dass er weint
Und ich wünsche, dass wo Du grad bist
die Sonne für dich scheint
Und obwohl Du nicht mehr da bist
Spürst Du, dass ich bei Dir bin
Und je mehr ich drüber nachdenk,
kommt's mir wieder in den Sinn
Jeder Tag mit Dir war wunderbar
Jede dunkle Stund' mit Dir war sonnenklar
Wir sind wie Sterne, die aufleuchten
und verglühn
Wir sind wie Schneestürme,
wie Schneestürme
Wir sind wie Schneestürme,
Die immer weiterzieh

Das Lied der Punkband zeigt einen hervorragenden Einblick in einen Teil des depressiven Konflikts. Die Trennung vom geliebten Objekt ist unerträglich, macht alles düster und kalt, treibt die Verlassenen an den Rand des Wahnsinns.

Der Text zeigt aber auch auf, wie sehr die verlassene Seele in tiefer Sehnsucht gebunden ist. Die depressive Reaktion ist also durch eine intensive Sehnsucht nach dem verlorenen Objekt gekennzeichnet. Die unerfüllte Sehnsucht und der unerfüllbare Wunsch nach Nähe mit dem verlorenen Objekt nehmen einen zentralen Platz in der inneren Welt der depressiven Menschen ein. Oft bleiben die depressiven Menschen gefangen in einer Fixierung an das verlorene Objekt. Das Erleben wendet sich der Vergangenheit zu, einer meist idealisierten Phantasie geborgener Glückseligkeit. Nur so lässt sich vermutlich die Hoffnung aufrecht halten, die affektiven Schneestürme des Verlassenseins zu überleben und nicht einen seelischen Kältetod sterben zu müssen.

2. Von der Trauer zur Depression. Dimensionen des depressiven Konflikts

In der Metapher des Schneesturms ist eine zentrale Dimension angedeutet, die in dem Liedtext nicht in Worte gefasst wird, nämlich die aggressive, aufgewühlte Komponente des depressiven Konflikts. Die depressive Entwicklung ist nämlich nicht nur ein stummes Verlorensein nach dem Verlust wichtiger emotionaler Beziehungsmöglichkeiten. Die depressive Entwicklung manifestiert sich dann, wenn es einem Kind oder Jugendlichen nicht möglich ist, die aggressiven Bestrebungen gegen das verlassende Objekt zuzulassen und die Wut zu integrieren. Was heißt das?

Im seelischen Erleben des Kindes tobt ein Sturm der Wut und des Hasses, weil es verlassen wurde. Würde sich die Wut des verlassenen Kindes gegen die verlassende Bezugsperson wenden, würde das Kind diese Person sozusagen noch einmal zerstören. Aus dem nicht verfügbaren idealisierten guten Vater wird dann ein böser, verlassender Vater. Aus der depressiven, vom Kind als unschuldig krank erlebten Mutter wird eine enttäuschende Verrückte.

Deshalb muss das Kind die verlassende Bezugsperson vor seiner andrängenden Wut schonen. Allerdings lässt sich durch Schonung die Wut nicht tilgen.

Vielmehr wendet das Kind die Wut und den Hass auf die verlassende Person unbewusst gegen sich selbst. Das Kind erlebt sich als das „böse Kind“, das den Vater in die Scheidung getrieben hat, die Mutter krank macht oder in seiner omnipotenten Kinderphantasie jemanden durch seine Wut getötet hat. Das Kind verurteilt sich selbst und wird zum Schuldigen, das den Verlust des Objekts zu verantworten hat. So entstehen die qualvollen Schuldgefühle, die immer Kennzeichen einer depressiven Entwicklung sind.

Dieser unbewusste psychische Mechanismus bedingt den bei depressiven Menschen so typischen Selbstzweifel und Selbsthass: ich bin nichts wert, ich bin schlecht, ich kann nichts, ich bin hässlich, ich bin böse. Ich bin selbst schuld daran, dass ich verlassen worden bin.

Die andrängenden massiven aggressiven Phantasien werden also autoaggressiv abgewehrt, nämlich als Selbstanklage, aber auch in Form von Selbstverletzung, Selbstverstümmelung, suizidalen Gedanken und Suizidhandlungen.

Ich versuche die depressive Reaktion noch einmal zusammenzufassen:

Manche Kinder und Jugendliche sind durch ganz unterschiedliche Beziehungserfahrungen nicht gut für die Bewältigung von Trennung oder Verlust ausgestattet. Deshalb kann eine Trennungs-, Verlust oder Deprivationserfahrung nicht entsprechend abgetrauert werden. Stattdessen fixiert sich das Kind unbewusst an eine idealisierte Vorstellung des verlassenden Objekts, um nicht in einer einsamen Todeslandschaft psychisch zu verhungern. So bleibt das depressive Kind einerseits in intensiver Sehnsucht nach dem verlorenen Objekt gebunden. Andererseits drängt innerlich die Wut auf das verlassende Objekt an. Die durchaus vorhandene Wut wird abgespalten und gegen sich selbst gerichtet. Das „böse“ Kind übernimmt die Schuld dafür, dass es verlassen wurde. Depressive PatientInnen fürchten „ihr Recht auf Leben verwirkt zu haben“ (Lang-Langer, 2009, 9). Die depressive Reaktion bewirkt dann die bei depressiven Menschen häufig zu sehende Gelähmtheit, Erstarrung, massive Schuldgefühle, negative Selbstzuschreibungen, Selbstanklagen, Selbstverletzungen und Suizidgedanken bzw. suizidale Handlungen.

3. Symptomatik und Diagnostik

In meinem psychoanalytischen Verständnis ist das Symptom für mich eher ein oberflächliches Geschehen, das an sich noch nicht viel über den seelischen Konflikt aussagt. Deshalb behandle ich nicht das Symptom, sondern versuche mit meinen Patienten und Patientinnen zu verstehen, warum die Seele ein Signal gibt und schrittweise den hinter dem Symptom verborgenen Konflikt aufzuspüren und zu bearbeiten.

Das heißt aber nicht, dass ich ein Symptom nicht ernst nehme. Selbstverständlich nütze ich die Möglichkeit von psychoedukativen Bausteinen, um den Patienten ein Handwerkszeug zu geben, die Symptome auszuhalten und Möglichkeiten zur Selbsthilfe bereit zu stellen. Etwa empfehle ich beispielsweise einem 20 j. Patienten, dass er den für bestimmte Ausprägungen depressiver Entwicklung typischen morgentlichen Antriebslosigkeit nicht nachgeben soll, sondern aufstehen soll und in die Uni fahren soll. Ich informiere über die Wichtigkeit einer Tagesstruktur und verweise auch deutlich auf die erwiesenen positiven Auswirkungen von Sport bei Depressionen.

Während Erwachsene bei sich selbst depressive Symptome wahrnehmen und beschreiben können, können Kinder und jüngere Jugendliche eine depressive Entwicklung bei sich selbst nicht als Depression wahrnehmen. Kinder können sich unter dem Begriff „Depression“ nichts vorstellen, während dies Jugendlichen und Erwachsenen möglich ist. Kinder und jüngere Jugendliche sind auf Grund ihrer Entwicklung kaum in der Lage ihre seelische Verfassung sprachlich darzustellen.

Stattdessen entwickeln die Kinder und Jugendlichen ganz unterschiedliche Symptome, die zeigen, dass es ihnen nicht gut geht. Da Kinder ihre psychischen Konflikte noch nicht in ihrem Inneren austragen, sondern psychische Spannungen mit ihren Bezugspersonen in ihrer Umwelt austragen, ist eine depressive Entwicklung bei Kindern und jüngeren Jugendlichen oft verstellt und manchmal nur schwer zu erkennen.

Symptome bei Kindern:

Je nach Entwicklungsalter und Geschlecht kann sich das depressive Geschehen hinter Clownereien verbergen, in hyperaktiver Unruhe seinen Ausdruck finden, als gähnende Langeweile in Kontakt treten, in einer Gedeih- und Fütterstörung inszeniert werden oder als Schulleistungsstörung auftauchen. Manchmal vermute ich sogar, dass Kinder das Symptom ausbilden, das die Eltern am ehesten als krankheitswertig anerkennen und deshalb nach Hilfe suchen.

Symptome bei Jugendlichen:

Jugendliche versuchen depressive Düsternis beispielsweise mit Drogen und Alkoholmissbrauch zu ertragen, kämpfen mit exzessivem Lebensstil gegen die depressive Lähmung an, agieren inneren Schmerz durch selbst zugefügte Verletzungen oder verhungern nicht nur seelisch, sondern auch körperlich. Bei jungen Erwachsenen sind typisch depressive Symptome dann klarer zu erkennen, bzw. die jungen Erwachsenen sind zunehmend in der Lage ihre psychische Verfassung zu beschreiben. Hier zeigt sich die depressive Entwicklung in Selbstzweifeln, Schuldgefühlen, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit oder formulierten Suizidphantasien. In dieser Altersgruppe sind auch klarer diagnostische Differenzierungen möglich, etwa die Einordnung der depressiven Verfassung im Rahmen einer entstehenden Borderline-Erkrankung, einer reaktiven Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer ängstlich-depressiven Neurose.

Nachdem der Anmeldegrund und die vordergründige Symptomatik nicht hinreichend aussagekräftig für die psychische Befindlichkeit eines Kindes sind, muss zu Beginn der kinder- und jugendlichenanalytischen Arbeit eine sorgfältige Diagnostik stehen.

Um eine depressive Entwicklungslinie von alterstypischen Entwicklungskonflikten bzw. anderen Krankheitsbildern abzugrenzen, ist es notwendig eine biographische Anamnese zu erheben. Es gibt auch verschiedene psychometrische Verfahren, die eine vorläufige Diagnose stützen können. Besonders wichtig ist mir im Rahmen des diagnostischen Prozesses die Szene, mit der sich eine Patientin oder ein Patient bei mir vorstellt. Das Verstehen dieser ersten Beziehungssituation ist meist die Verdichtung dessen, was in einer Therapie auf mich zukommt.

4. Stumme Gestalten hinter der Couch?

Noch immer stellen sich viele Menschen unter einer analytischen Therapie etwas vor, was sie aus dem Fernsehen kennen: ein würdiger alter Herr sitzt stumm hinter der Couch und gibt einer intellektuellen Dame der Oberschicht gelegentlich eine sexuelle Deutung. Diese Darstellung verkürzt ein therapeutisches Verfahren, das ein hohes Maß an Beziehungsarbeit erfordert und ein faszinierender, kreativer, aber auch bewusst geplanter Prozess ist.

Im psychoanalytischen Behandlungssetting biete ich einen Möglichkeitsraum, in dem meine Patientinnen und Patienten ihre Geschichte erzählen können. Die Geschichte kann man mir mit Worten erzählen, mit mir spielen, mir aufschreiben oder auch Gegenstände mitbringen, die etwas Wichtiges mitteilen. Auch das Schweigen ist für mich ein Teil der Geschichte oder alle die Informationen, die mir mein Gegenüber beispielsweise körperlich mitteilt. Alles, was in der Therapiestunde passiert, gehört zu dieser Geschichte und ist bedeutsam. Ich bin offen für diese Geschichte, versuche aufmerksam zu sein, bin aber nicht stumm. In jeder Therapiestunde erzählen wir die Geschichte gemeinsam weiter.

Diese, wie auch immer erzählte Geschichte bildet die Beziehungserfahrungen von Menschen ab. Im therapeutischen Spiel oder in den Begegnungen mit mir werden diese Erfahrungen wiederbelebt. Obwohl ich als Person oft gar nichts damit zu tun habe, werde ich in der Phantasie der Patientinnen und Patienten so ähnlich vorgestellt wie die Personen, die für die Patientinnen und Patienten bedeutungsvoll sind. Gerade jüngere Kinder bemerken es oft gar nicht, wenn sie „Mama“ oder „Oma“ zu mir sagen. In der psychoanalytischen Arbeit wird dies als Arbeiten in der Übertragungsbeziehung bezeichnet.

Wichtige Beziehungserfahrungen, besonders die fehlenden und missglückten Beziehungserfahrungen, werden in der therapeutischen Beziehung mit mir wiederhergestellt und können dann in der Beziehung bearbeitet und anders gestaltet werden.

Das heißt, dass die Gefühle und Phantasien meiner Patientinnen und Patienten sich oft nicht auf die Wirklichkeit und die aktuelle Situation beziehen, sondern, so Freud, früheren Bezugspersonen gelten. Da ich als Analytikerin eher zurückhaltend mit meiner tatsächlichen Lebensrealität bin, fördere ich Übertragungsphänomene.

Das Angebot, diese Übertragungsphänomene zuzulassen, bewirkt, dass ich im Erleben und den Phantasien meiner Patientinnen und Patienten eine Identität zugewiesen bekommen, die mit mir oft wenig zu tun hat. So vermuten viele Patienten oder Patientinnen, dass ich altersgleich mit ihnen bin oder genau so alt wie eine bedeutsame Bezugsperson. Fast alle Patientinnen und Patienten vermuten, dass ich Kinder habe. Manche Kinder stellen sich vor, dass ich in der Praxis wohne und mein Kollege mein Mann ist. Mit meiner Person werde ich zur Bühne der inneren Beziehungswelten und Beziehungswünsche meiner Patienten. Auf diese Weise kann ich viel darüber erfahren, welche komplexen Ursachen dazu geführt haben können, dass ein Kind eine depressive Entwicklungslinie entwickelt.

Weitere wichtige Informationen, die für mich im analytischen Prozess wichtig sind, sind die unbewussten Äußerungen. Kinder können den Zugang zum Unbewussten im Spiel finden, Erwachsene eher über Träume, Symbole und Assoziationen.

Damit der Patient oder die Patientin nicht zusammenbricht unter der Flut der unbewussten Anteile, gilt es sorgfältig vorzugehen. Ich trage die Verantwortung dafür, die Patientinnen und Patienten so zu stabilisieren, dass die Konfrontation mit den Abgründen der Seele nicht destruktiv wird.

Wenn diese unbewussten Anteile in einem oft mühsamen und langwierigen Therapieprozess verstanden, durchgearbeitet und integriert werden können, verdämmert das Symptom meist „von selbst“. Die Patientinnen und Patienten sollten in der intensiven, analytischen, gemeinsamen Beziehungsarbeit einen Möglichkeitsraum erhalten, unvereinte Bruchstücke ihrer Geschichte zusammen zu setzen, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen und handlungsfähiger aus der Therapie gehen.

Einem modernisierten Verständnis der psychoanalytischen Arbeit verpflichtet, sehe ich die analytische Arbeit als gemeinsames Hervorbringen von Bedeutungen. Ich bringe auch mich mit meiner Persönlichkeit in das therapeutische Geschehen ein, obwohl ich bestimmten Regeln der therapeutischen Abstinenz verpflichtet sein will. Ich verstricke mich in der Welt meiner Patientinnen und Patienten und versuche das zu verstehen und dem eine Bedeutung zu geben. Ich bin durchaus bestätigend, konfrontierend, unterstützend und informierend, wenn es für die psychische Verfassung meiner Patientinnen und Patienten förderlich sein könnte, versuche aber die Entscheidungen über sein/ihr Leben weitgehend meinen Patientinnen und Patienten zu überlassen. Ich will keine „leere Leinwand“ oder eine stumme Gestalt hinter der Couch sein, sondern ich versuche miteinander zu verstehen, verschiedene Blickweisen zu erarbeiten, Schlimmes gemeinsam auszuhalten, Unerträgliches zu containen und ganz viele Phantasien meiner Patientinnen und Patienten über mich zuzulassen.

Wie funktioniert das analytische Vorgehen in der Kinder- und Jugendlichentherapie?

Die Arbeit in der Übertragungsbeziehung: Der Neuanfang

Im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung „übertragen“ die depressiv reagierenden Kinder und Jugendlichen ihre unbewussten Erfahrungen mit den verlorenen Objekten auf mich. Sie wiederholen also ihre schicksalshaften, überfordernden Erlebnisse, durch die sie gefangen sind. Sie ermöglichen mir damit, zu verstehen, was sie erlebt haben. Die unbewussten Gefühlskonstellationen gegenüber den Primärobjekten suchen sich somit im analytischen Zusammensein einen Raum. Das Kind wiederholt mit mir die Konstellation mit dem primären Objekt (vgl. Lang-Langer, 2009, 77). Dabei braucht das Kind keinen Trost wegen seiner schwierigen Situation und auch keine Ratschläge, was zu tun ist, sondern zu allererst die Anerkennung seiner Not und seines Schmerzes, aber auch neue, affektive Beziehungserfahrungen. Diese neuen Beziehungserfahrungen ermöglichen einen Neuanfang, um mit Balint zu sprechen. Und das heißt, die für die Weiterentwicklung notwendige Trennungs- und Trauerarbeit geleistet werden kann und damit der Wiederholungszwang aufgelöst wird. (Vgl. Schmidhüsen in Psyche, 2012, S. 198)

Fallbeispiele:

In meinem Vortrag habe ich das konkrete analytische Arbeiten an 3 Fallbeispielen vorgestellt: einer analytischen Spieltherapie mit einem 8 j. Mädchen, einer tiefenpsychologischen Therapie mit einer 14 j. Jugendlichen und einer Jugendlichenanalyse mit einem jungen Erwachsenen. Die Fallbeispiele sind anonymisiert und so verändert, dass Personen nicht erkennbar sein sollten.

Unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben darf ich auch keine anonymisierten oder veränderten Fallbeispiele veröffentlichen. Im Rahmen eines fachlichen Austauschs mit Fachkräften aus Pädagogik, Psychologie und sozialer Arbeit können Sie sich gerne an mich wenden. Ich kann Ihnen dann den gesamten Vortrag mit den Fallbeispielen überlassen, wenn Sie einer

Erklärung zum Datenschutz unterzeichnen und das Vortragsmanuskript nicht veröffentlichen oder weitergeben.

Literatur:

- Schmidhüsen, Gerd (2012: „Von der Schwierigkeit über Liebe zu reden“; in Psyche, Heft 3; S. 193-212
- Lang-Langer, Ellen (2009): „Trennung und Verlust. Fallstudien zur Depression in Kindheit und Jugend“; Frankfurt
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Röckerath, Klaus/Strauss, Viviana (Hg.) (2010): „Depression und Neuroplastizität“; Frankfurt;
- Kristeva, Julia (2007): „Schwarze Sonne. Depression und Melancholie“; Frankfurt
- Freud, Sigmund (1916/1917): „Trauer und Melancholie“ in: Studienausgabe Bd. III, Fischer, Frankfurt 1975

Dr. Rita Seitz
Blutenburgstr. 83
80634 München
rita_seitz@web.de

Praxis:
Klosterstr. 1
85221 Dachau
08131-371512