



universität
wien

MASTERARBEIT/MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit/Title of the Master's Thesis

„Interventionstypen psychoanalytischer
Kinderpsychotherapeutinnen im Umgang mit kindlichen
Aggressionen in therapeutischen Situationen“

Eine Analyse anhand von Falldarstellungen
psychoanalytischer Kinderpsychotherapien

verfasst von/ submitted by

Fanny Freese, BA

angestrebter akademischer Grad/ in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt/
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

Zusammenfassung

In der vorliegenden Masterarbeit wird der Frage nachgegangen, welche Interventionstypen von therapeutischen Personen in Falldarstellungen im Bezug auf aggressives Verhalten von Kindern herausgearbeitet werden können.

Zuerst werden die Leserinnen und Leser auf das Gebiet der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie und den Umgang mit Aggressionen in der Therapie eingeführt. Es folgt eine Analyse von 61 Falldarstellungen, in denen Interventionen auf aggressives Verhalten beschrieben wurden. Die Masterarbeit bietet eine Systematisierung dieser Interventionen. Diese Übersicht über Handlungsmöglichkeiten in der Kinderpsychotherapie könnte eine Grundlage für weitere Forschung auf diesem Gebiet sein.

Ein besonderer Schwerpunkt lag bei der Analyse der Falldarstellungen auf der Frage, ob männliche Therapeuten und weibliche Therapeutinnen tendenziell andere Interventionen auf aggressives Verhalten beschreiben.

So konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass das Geschlecht des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin das therapeutische Intervenieren beeinflusst.

Abstract

This master thesis considers which types of intervention can be deduced from therapeutic persons in case studies concerning aggressive behaviour of children. First, the reader is introduced to psychoanalytic child psychotherapy and ways aggression is dealt with in the context of counselling. Following this is an analysis of 61 case studies which describe measures taken against aggressive behaviour. This master thesis represents a systematisation of these measures. This overview of possible courses of action in child psychotherapy could form the basis for further research in this area. In analysing the case studies, special attention was given to the question of whether male and female therapists tend to describe differing types of intervention against aggressive behaviour. In doing so, evidence was found to suggest that the gender of the psychotherapist has an influence on the nature of therapeutic intervention undertaken.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Forschungslücke und bildungswissenschaftliche Relevanz.....	1
1.2 Forschungsfragen	5
1.3 Aufbau der Arbeit	6
2 Einbettung in den Forschungskontext	8
2.1 Anfänge der Kinderanalyse	8
2.2 Bedeutung des Spiels in der Kinderanalyse.....	13
2.3 Aggressionsbegriff der Psychoanalyse	17
2.4 Umgang mit Aggressionen in kindertherapeutischen Situationen.....	23
2.5 Bedeutung von Falldarstellungen.....	28
3. Eigene Untersuchung von Falldarstellungen	33
3.1 Forschungsmaterial.....	33
3.2 Methode der qualitativen Inhaltsanalyse	36
3.2.1 Identifizierung relevanter Textstellen	37
3.2.2. Kodiereinheit.....	38
3.2.3. Kategorienbildung- und einordnung.....	38
3.2.4 Unterkategorisierung	40
3.3 Kategorien der Interventionen	41
3.3.1 Analysieren als Intervention.....	42
3.3.2 Grenzsetzung als Intervention	51
3.3.3 Mitspielen als Intervention	72
3.3.4 Kommentar als Intervention.....	80
3.3.5 Gesamtbetrachtung der Kategorien	81
4 Resümee	83
5 Literaturverzeichnis A	87
6 Literaturverzeichnis B (verwendete Artikel für die Analyse)	93

1 Einleitung

Beim Lesen von Falldarstellungen psychoanalytischer Psychotherapiesitzungen mit Kindern fällt auf, dass die Psychotherapeutinnen¹ gerade dann, wenn Kinder aggressives Verhalten in therapeutischen Situationen zeigen, immer wieder Momente beschreiben, in denen sie an ihre persönlichen Grenzen geraten bzw. die Situation kaum aushalten können.

Auch in der Fachliteratur wird Aggression in der Psychotherapie als „schwieriges Moment“ beschrieben, „das manchmal schwer zu beherrschen ist und den Analytiker an den Rand seiner eigenen psychischen Kompetenz bringen kann“ (Raue 2008, 10). Jeder Kinderpsychotherapeut wisse um „die oft schwer erträglichen Gegenübertragungsgefühle im Umgang mit aggressiven Kindern und um die Gefahr, in feindselige Interaktionen verwickelt zu werden“ (Kugele 1995, 120). Der Umgang mit kindlichen Aggressionen kann außerdem zu einem „Gefühl von Hilflosigkeit führen“, welches „äußerst beängstigend“ sein kann (Pinschewer-Häfliger 1996, 412).

Ein angemessener Umgang mit aggressivem Verhalten von Kindern innerhalb der psychoanalytischen Psychotherapie sei daher „immer wieder unendlich schwer“ (Hopf 1998, 8).

1.1 Forschungslücke und bildungswissenschaftliche Relevanz

Angesichts dieser Beschreibungen der Schwierigkeiten, mit denen Psychotherapeutinnen offenbar immer wieder im Therapieprozess mit Kindern, die aggressive Verhaltensweisen zeigen, konfrontiert sind, stellt sich die Frage nach einem sinnvollen Umgang damit. So wäre es für die Psychotherapieforschung etwa von großer Bedeutung, herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen den Interventionen von Kinderpsychotherapeutinnen bei aggressivem Verhalten in therapeutischen Situationen und Therapieerfolgen gibt.

Zur Beantwortung einer solchen Frage ist jedoch vorerst eine Systematisierung der

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes und der Tatsache, dass die Mehrheit der Kinderpsychotherapeut/innen weiblich sind, wird, sofern es sich nicht um Zitate handelt, jeweils nur die weibliche Form von Kinderpsychotherapeuten verwendet.

Interventionstypen sinnvoll, die Kinderpsychotherapeutinnen als Handlungsmöglichkeiten beschreiben. Erst anhand klarer operationaler Definitionen von Interventionstypen kann sich einer solchen Fragestellung wissenschaftlich genähert werden (Gumz u.a. 2014, 220).

Um sich systematisch der normativen Fragestellung nach einem angemessenen Umgang mit aggressivem Verhalten zu nähern, wäre es daher sinnvoll, eine Bestandsaufnahme voranzustellen, die aus einer vergleichenden Übersicht über verschiedene Formen des Intervenierens besteht. Erst durch einen solchen Überblick kann eine Grundlage geschaffen werden, von der normative Aussagen in einem weiteren Schritt abgeleitet werden können.

Eine erste Übersicht über Interventionstypen von Kinderpsychotherapeutinnen, die psychoanalytisch arbeiten, soll im Zuge dieser Masterarbeit herausgearbeitet werden. Als Grundlage für diese Systematisierung von Interventionen sollen publizierte Falldarstellungen herangezogen werden, die psychoanalytische Kinderpsychotherapien beschreiben. Damit wird eine Bestandsaufnahme gemacht, welche Interventionen von psychoanalytisch arbeitenden Psychotherapeutinnen bei aggressivem Verhalten von Kindern in therapeutischen Situationen innerhalb von Falldarstellungen beschrieben werden.

Eine solche Systematisierung von therapeutischen Interventionen gibt es im Bereich der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie noch nicht. In der psychoanalytischen Erwachsenentherapie gibt es hingegen eine aktuelle Studie von Antje Gumz u.a. (2014), in der „verbale Interventionstypen aus theoretischer und aus der Praxis abgeleiteter Perspektive“ (ebd., 219) von psychodynamischen Psychotherapeut/innen herausgearbeitet wurden. Die Autorinnen haben zuerst eine Meta-Analyse durchgeführt: „Anhand ausgewählter Arbeiten wurde eine Übersicht zu Interventionstypen, die in der theoretischen Literatur beschrieben werden, systematisch im Hinblick auf die darin dargestellten Interventionstypen und deren Definitionen entworfen“ (ebd., 221). Dann wurde auf der Grundlage von Transkriptionen psychodynamischer Psychotherapien ein Kategoriensystem von verbalen Interventionen entwickelt (ebd.).

Da im zweiten Teil dieser Analyse erstmals auf der Grundlage von aufgezeichneten Therapieeinheiten eine vergleichende Übersichtsarbeit über verschiedene Typen von Interventionen von psychoanalytischen Psychotherapeut/innen erstellt wurde, kann diese Veröffentlichung als Arbeit, welcher der aktuelle Forschungsstand entnommen

werden kann, bezeichnet werden.

Die Analyse von Gumz u.a. schließt jedoch bestimmte Aspekte aus, denen im Rahmen dieser Masterarbeit Beachtung geschenkt werden soll:

1. Während die Analyse von Gumz u.a. nur Bezug auf Interventionen in psychoanalytischen Erwachsenentherapien nimmt, soll in dieser Masterarbeit Bezug auf psychoanalytische Kinderpsychotherapien genommen werden. Die Auseinandersetzung mit der psychoanalytischen Psychotherapieforschung zeigte, dass wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Kinderpsychotherapien bisher im Vergleich zur Erwachsenentherapie tendenziell vernachlässigt wurden. Daher erscheint es notwendig, in diesem Bereich Forschungen durchzuführen.
2. In der Analyse von Gumz u.a. wurden ausschließlich verbale Interventionen systematisiert. In dieser Masterarbeit sollen jedoch auch nonverbale Interventionen, die in den Falldarstellungen beschrieben werden, einbezogen werden.
3. Die Analyse von Gumz u.a. berücksichtigt die therapeutischen Situationen, in denen die Interventionen entwickelt wurden, nicht. In dieser Masterarbeit werden die therapeutischen Interventionen hingegen nur im Hinblick auf den Umgang mit aggressivem Verhalten betrachtet.

Diese Masterarbeit soll demnach an die Forschung von Gumz u.a. anschließen und dabei den Blickwinkel um psychoanalytische *Kinderpsychotherapien und nonverbale Interventionen* erweitern. Gleichzeitig wird es jedoch eine *Einschränkung* auf jene Interventionen geben, die im Umgang mit Kindern mit *aggressivem Verhalten* in therapeutischen Situationen beschrieben werden.

Anhand einer solchen Systematisierung von in Falldarstellungen beschriebenen Interventionen können Vergleiche gezogen werden bezüglich verschiedener Dimensionen. Besonders interessant scheint es dabei zu sein, zu untersuchen, ob sich bestimmte Gruppen von Kinderpsychotherapeutinnen in ihren Beschreibungen von Interventionen unterscheiden. So lässt sich anhand der Ergebnisse der Kategorienbildung untersuchen, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt bei der Beschreibung des Umgangs mit aggressivem Verhalten in der Kinderpsychothe-

rapie.

Zur Frage, ob und welche Unterschiede es in der Praxis zwischen dem Verhalten männlicher Psychotherapeuten und weiblicher Psychotherapeutinnen gibt, geben bisherige Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung kaum Auskunft (Unterholzer 2002). Cornelia Krause-Girth, Präsidentin des Europäischen Verbands für Psychotherapie, bezeichnet die Kategorie Geschlecht als „blinden Fleck“ in der Psychotherapieforschung (ebd.).

Auch Marion Sonnenmoser beschreibt in dem Artikel „Psychotherapie und Geschlechtsspezifische Aspekte: Theoretisches Desinteresse“, dass in den Standardwerken „keine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen zu finden“ seien (Sonnenmoser 2007). Sie zeigt außerdem ein „theoretisches Desinteresse an geschlechtsspezifischen Aspekten“ auf, dessen Folge „ein Mangel an Forschungsaktivitäten und empirischen Befunden“ sei (ebd.).

Sie betont auch die Relevanz einer solchen Forschung:

„Von Geschlechtssensibilität in der Psychotherapie profitieren nicht nur Patienten, sondern auch Therapeuten. Der Einbezug des Geschlechts bietet neue Perspektiven und trägt zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung bei. Viele Probleme werden nur mit Blick auf die geschlechtsspezifische Lebenssituation und Sozialisation nachvollziehbar. Darüber hinaus wird die Reflexion des eigenen Vorbildverhaltens und des Einflusses eigener Normvorstellungen angeregt.

Therapeuten, die sich des eigenen geschlechtsstereotypen Verhaltens bewusst sind, können sich auch darüber hinwegsetzen und sowohl männliche als auch weibliche Rollenideale übernehmen, was eine wichtige therapeutische Qualität darstellt“ (ebd.).

Es wäre demnach für praktizierende Kinderpsychotherapeutinnen von großer Bedeutung, mögliche geschlechtsspezifische Interventionen als solche zu erkennen und zu reflektieren.

Obwohl es kaum Veröffentlichungen zu den Unterschieden im Intervenieren von männlichen Psychotherapeuten und weiblichen Psychotherapeutinnen gibt, lassen sich Ergebnisse zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeutinnen finden. In einer Studie von David Orlinsky und seiner Forschungsgruppe (1996) mit über 2000

befragten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wurde deren Selbstbild als Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin nach den Geschlechtszugehörigkeiten analysiert. Dabei gab es signifikante Unterschiede in den Selbstbeschreibungen der männlichen und weiblichen Psychotherapeut/innen.

Männliche Psychotherapeuten sahen sich unter anderem selbst häufiger als pragmatisch, kühl, distanziert und mit Autorität in der therapeutischen Arbeit. Weibliche Psychotherapeutinnen hingegen sahen sich signifikant häufiger als warmherzig, beteiligt und rezeptiv (Orlinsky u.a. 1996 zit. nach Sellhop u.a. 1997, 115).

Diese Selbstbeschreibungen, die den klassischen Geschlechterrollen entsprechen, legen unterschiedliche Beschreibungen von Interventionen von männlichen und weiblichen Psychotherapeutinnen in Falldarstellungen nahe. So könnte vermutet werden, dass männliche Kinderpsychotherapeuten bei aggressivem Verhalten im Sinne der selbst zugeschriebenen Autorität eher Grenzen setzen, während weibliche Psychotherapeutinnen im Sinne der Warmherzigkeit eher weniger begrenzen. Dieser Annahme kann anhand der Systematisierung der Interventionstypen innerhalb der Masterarbeit nachgegangen werden.

1.2 Forschungsfragen

Nachdem gezeigt wurde, inwiefern diese Masterarbeit an die Analyse von Gumz u.a. anschließt, diese erweitert, aber auch einschränkt, kann nun die Forschungsfrage expliziert werden.

Die Forschungsfrage lautet daher:

Welche Typen von Interventionen lassen sich im Umgang von psychoanalytischen Kinderpsychotherapeutinnen mit Kindern mit aggressivem Verhalten in therapeutischen Situationen in Falldarstellungen erkennen?

Ich werde mich im Rahmen der Arbeit ausschließlich auf *psychoanalytische Kinderpsychotherapien* beziehen, da nur in dieser prozessorientierten Psychotherapierichtung eine große Bandbreite an Fallmaterial in der Literatur zu finden ist, die eine Grundlage für eine solche Untersuchung bieten kann.

Es werden außerdem ausschließlich *Kinderpsychotherapien* in die Untersuchung einbezogen, wobei das Höchstalter der Patient/innen in den Falldarstellungen zwölf Jahre betragen darf. Falldarstellungen von Jugendlichen sind daher ausgeschlossen. Als *aggressives Verhalten* wird im Rahmen der Masterarbeit jede Verhaltensform verstanden, die zumindest symbolisch (d.h. im Spiel) gegen einen Menschen oder einen Gegenstand gerichtet ist und diesem Schaden zufügen soll. Auf symbolischer Ebene kann sich das aggressive Verhalten innerhalb eines Spiels, einer Zeichnung oder in einer erzählten Geschichte zeigen, wenn einer (symbolischen) Figur Schaden zugefügt werden soll. Auf realer Ebene kann sich das aggressive Verhalten des Kindes durch einen verbalen oder körperlichen Angriff auf die Psychotherapeutin, auf sich selbst oder aber auf Gegenstände im Raum bzw. den Raum an sich zeigen.

Eine solche Untersuchung und Darstellung von Interventionstypen macht es auch möglich, Vergleiche zu ziehen. So kann anhand der Ergebnisse folgende geschlechtsspezifische Frage beantwortet werden, die als untergeordnete Forschungsfrage bezeichnet werden kann:

Beschreiben weibliche und männliche psychoanalytische Kinderpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Falldarstellungen tendenziell unterschiedliche Interventionen im Umgang mit Kindern mit aggressivem Verhalten in therapeutischen Situationen?

Um diese Forschungsfragen zu bearbeiten, wird neben der eigenen Analyse der Falldarstellungen auch der theoretische Hintergrund verschiedener Aspekte der Forschungsfrage betrachtet. Der genaue Aufbau der Masterarbeit wird im folgenden Kapitel beschrieben.

1.3 Aufbau der Arbeit

Der erste Teil dieser Masterarbeit beleuchtet den Forschungskontext des Themas „Interventionen auf kindliches aggressives Verhalten in psychotherapeutischen Situationen“.

Dabei wird zuerst auf den therapeutischen Kontext eingegangen: Die Anfänge der Kinderanalyse und die mit diesem Thema eng verwobene Bedeutung des Spiels in der Kinderanalyse werden vorgestellt.

Es folgt eine Betrachtung der psychoanalytischen Sichtweise auf Aggressionen, die, je nach Richtung innerhalb der Psychoanalyse, sehr unterschiedlich sein kann und verbunden ist mit der Frage, wie in therapeutischen Situationen mit Aggressionen umgegangen wird. Die Frage des Umgangs wird daher im darauffolgenden Kapitel behandelt. Auch auf die Bedeutung von Falldarstellungen wird in einem eigenständigen Kapitel eingegangen, unter anderem um deren Möglichkeiten und Grenzen als Forschungsmaterial zu diskutieren.

Nach dieser Einbettung in den Forschungskontext folgt die Präsentation der eigenen Analyse von Falldarstellungen. Die angewendete Methode wird vorgestellt, um dann die Ergebnisse und deren Untergliederung in Kategorien präsentieren zu können. Das Gesamtergebnis wird in einem abschließenden Kapitel der Analyse präsentiert und diskutiert.

Am Ende der Arbeit wird in einem Resümee noch einmal Bezug auf den Forschungskontext genommen und die besonders auffälligen Ergebnisse der Analyse werden besprochen. Außerdem werden in Form eines Ausblicks Überlegungen angestellt, welchen Wert die Erkenntnisse der Analyse für die Bildungswissenschaft haben und welche Möglichkeiten der weiteren Forschung sich an die Ergebnisse der Masterarbeit anschließen lassen.

2 Einbettung in den Forschungskontext

Bevor auf die eigene Analyse der Falldarstellungen genauer eingegangen wird, werden nun zentrale Aspekte der Forschungsfragen herausgegriffen, um deren Bedeutung und Forschungsstand erfassen zu können.

2.1 Anfänge der Kinderanalyse

Dieser kurze Abriss der Geschichte der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie soll vor allem das Wirken der wichtigsten Akteure und Akteurinnen, welche die Kinderanalyse vorangebracht haben, beschreiben. Daher wird im Folgenden näher auf Sigmund Freud, Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud, Melanie Klein und Donald W. Winnicott eingegangen.

Die erste Veröffentlichung, die sich mit der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern beschäftigte, war die *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben* (1909) von Sigmund Freud. Diese „Analyse“ wurde nicht direkt mit dem Kind, sondern über den Vater durchgeführt, der bei Freud in Beratung war. Freud selbst beschrieb die „technischen Schwierigkeiten einer Psychoanalyse“, die durch das junge Alter des Kindes „unüberwindbar geblieben“ wären (Freud 1909, 241).

Sigmund Freud sah zu diesem Zeitpunkt demnach zu große Schwierigkeiten, um ein Kind auf direktem Weg, ohne die Eltern als Vermittler, zu analysieren. Stattdessen analysierte er die Gespräche, die ihm der Vater von dem Kind berichtete, die Zeichnungen des Kindes und auch die Spielszenen, die ihm beschrieben wurden.

Abgesehen von diesem psychoanalytisch-pädagogischen Versuch war Freud sehr skeptisch, ob eine klassische Analyse bei Kindern funktionieren könne, da er kein therapeutisches Mittel sah, welches die Sprache ersetzen könnte (Heinemann/ Hopf 2001, 55). Dennoch erkannte er den Wert und die Notwendigkeit der Kinderanalyse und ermunterte seine Schüler und Schülerinnen, dieses Feld zu entdecken (Biermann 1969, 16).

Die Kinderanalyse wurde ihm nicht nur durch die Möglichkeit der frühen Bearbeitung von Konflikten ein Anliegen, sie bedeutete für ihn auch einen Einblick in die psychische Entwicklung des Menschen bzw. diente ihm als Bestätigungen von

Grundüberzeugungen der Psychoanalyse (Wolffheim 1951, 310f.).

Hermine Hug-Hellmuth gilt als die erste, die trotz der Bedenken von Sigmund Freud Kinderanalysen durchführte. In ihren Schriften stellt sie wichtige Aspekte der Kinderanalyse dar, die auch heute noch von großer Bedeutung sind, dazu zählt unter anderem das Erkennen des kindlichen Spiels als Zugang zum Unbewussten. Die Grundpfeiler ihrer kinderanalytischen Technik sind Einfühlung und Geduld (Fuchs 2000, 370). Hug-Hellmuth regte die Kinder in der Analyse mit Spielmaterial zum freien Spiel an und analysierte die Spielhandlungen und die Äußerungen der Kinder (Biermann 1969, 18).

In ihrem Aufsatz „*Zur Technik der Kinderanalyse*“ (1921), in welchem sie ihre Analysetechnik beschreibt, geht Hug-Hellmuth auch auf wesentliche Probleme der Kinderanalyse ein wie beispielsweise die Interesselosigkeit des Kindes, eine Analyse zu beginnen bzw. etwas zu ändern. Außerdem ist der zu bearbeitende psychische Konflikt für das Kind aktuell, was einen großen Unterschied zu Erwachsenenanalyse ausmacht, in der eher vergangene Konflikte bearbeitet werden (Hug-Hellmuth 1921, 179f.)

Hug-Hellmuth schränkte die Wirkung von der Kinderanalyse außerdem auf ein bestimmtes Alter ein: So könne eine richtige Analyse erst ab dem siebten oder achten Lebensjahr durchgeführt werden und auch ab diesem Alter nur mit großer Vorsicht, um das Kind nicht mit „gewaltsamem Bohren im Gefühls- und Gedankenkreis“ einzuschüchtern (ebd., 181).

Hug-Hellmuth wurde trotz der bedeutenden Neuerungen auf dem Feld der Kinderanalyse stark kritisiert, da sie ihren Neffen als Kind selbst analysierte, der sie später überfiel, beraubte und tötete. Dieser tragische Vorfall zog einen erheblichen Rückschlag für die gesamte Psychoanalyse nach sich, da er als Beispiel für die schädliche Wirkung von Psychoanalyse in der Kindererziehung verwendet wurde (Heinemann/Hopf 2001, 56).

Ohne Zweifel gelten jedoch Anna Freud und Melanie Klein als die eigentlichen Begründerinnen der Kinderanalyse (Heinemann/Hopf 2001, 56). Die offen ausgetragene Kontroverse zwischen den beiden bestimmte den ersten Höhepunkt der Kinderanalyse in den zwanziger Jahren (Biermann 1969, 20). Heinemann und Hopf gehen sogar so weit zu sagen, dass alle theoretischen Überlegungen von Melanie

Klein von Beginn an konträr zu denen von Anna Freud standen (Heinemann/Hopf 2001, 59).

Anna Freud, die jüngste Tochter von Sigmund Freud, wurde 1895 geboren und arbeitete als Lehrerin und Sozialpädagogin in Wien. Sie entwickelte in den zwanziger Jahren anhand der pädagogischen Arbeit in einem Kindergarten und anhand verschiedener Kurse für Sozialarbeiterinnen und Erzieherinnen die Grundlagen ihrer Kinderanalyse (Biermann 1969, 20).

Melanie Klein, 1882 geboren, hatte zeitgleich in Berlin aus den Erfahrungen einiger analytischer Behandlungen von Kleinkindern (unter anderem ihres Sohnes, wie erst später bekannt wurde) eine besondere Spiel- und Deutetechnik entwickelt. Diese Technik wurde als „Frühanalyse des Kindes“ bekannt (ebd.).

Entgegen der, bis zur Zeit von Melanie Klein, allgemein herrschenden Meinung, Psychoanalyse sei erst mit Kindern im Latenzalter möglich und das Durchdringen in tiefere psychische Schichten bei Kindern sei gefährlich, nahm diese einen fünfjährigen Patienten auf. Anfangs glaubte sie, es würde genügen, auf die Mutter Einfluss zu nehmen, um dem Kind zu helfen. Klein merkte jedoch, dass die Schwierigkeiten des Kindes, das sie in ihren Veröffentlichungen „Fritz“ nannte, auf diese Weise nicht ausreichend gemildert wurden, und begann daher, den Jungen zu analysieren. Entgegen aller bis dahin geltenden Regeln der Kinderanalyse deutete sie das Material des Kindes gleich nach der Beobachtung und fand so einen neuen Zugang zu der Psyche des Kindes. Allerdings stieß sie dabei auf große Ängste des Jungen, die während der Analyse aufgedeckt wurden. Trotzdem trat im Verlauf der Analyse eine allgemeine Besserung und eine Minderung dieser Ängste ein (Klein 1959, 687f.). Dies sah sie als Zeichen des Erfolgs ihrer Methode an: „In der Angstminderung des Kindes während der analytischen Behandlung glaubte sie eine Bestätigung der Richtigkeit ihrer Anschauungen zu sehen, daß man schon einem Kleinkind direkte, insbesondere sexuelle Symboldeutungen seines gestörten bzw. Spielverhaltens geben könnte“ (Biermann 1969, 20).

Da Melanie Klein mit Hilfe von Symboldeutungen das Unbewusste der Kinder erforschte, schlug sie einen ganz neuen Weg in der Kinderanalyse ein. Noch während des Spielprozesses deutete sie die Inhalte auf eine Weise, die als wagemutig bezeichnet wurde, und kam zu theoretischen Schlussfolgerungen, die teilweise über die Annahmen von Freud hinausgingen (Wolffheim 1951, 313).

Anna Freud konfrontierte Melanie Klein 1927 mit der Veröffentlichung „*Einführung in*

die Technik der Kinderanalyse“. Darin kritisiert Anna Freud unter anderem, dass Klein in der Kinderanalyse „hinter jeder spielerischen Handlung den zugrunde liegenden Symbolwert“ aufsuche (Freud 1927, 46f.). Damit würde Klein unberechtigterweise die Assoziationen der Kinder im Spiel mit den Assoziationen von Erwachsenen während einer Analyse gleichsetzen. Stattdessen, so Freud, könne das Kind mit einer bestimmten Spielhandlung wie beispielsweise dem Zusammenstoßen zweier Spielzeugautos eine erlebte Szene darstellen, statt, wie von Klein gedeutet, den Geschlechtsverkehr der Eltern (ebd., 47f.).

Anna Freud machte damit deutlich, dass eine Spielszene nicht ausschließlich Inhalte zeigt, die dem Kind unbewusst sind, sondern dass teilweise auch im Spiel reale Erlebnisse dargestellt werden. Diesen Unterschied, so Anna Freud, könne man nicht an einzelnen Beobachtungen festmachen. Es bedürfe einer längeren Zeit der Beobachtung von allen Äußerungen des Kindes, um dann eine treffende Deutung geben zu können.

Zur gleichen Zeit, während der sich Berlin unter Melanie Klein zu einem Zentrum der Kinderanalyse entwickelte, kam es in Wien unter Anna Freud zu einer eher „pädagogischen Orientierung“ der Kindertherapie (Biermann 1969, 20).

In *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*, wo Anna Freud ihre eigene Technik der Kinderanalyse vorstellte, betont sie, dass sich gerade Kinder oft phantasievoller Mittel bedienen und ihr Unbewusstes mit gemeinsamen Traumdeutungen, Geschichten, Zeichnungen und auch mit Spielen zeigen können (Freud 1927, 49). Trotz dieser Vielzahl an Möglichkeiten, auf das Unbewusste zugreifen zu können, beschrieb Anna Freud die Kinderanalyse als schwierig, da das Kind sich weigern würde, so wie Erwachsene zu assoziieren (ebd., 39). Die bis dahin vorherrschende Vorstellung von Psychoanalyse nach Sigmund Freud war vor allem die Arbeit in der Couch-Sessel-Situation, in der Patienten und Patientinnen in einer positiven Übertragungsbeziehung frei assoziieren konnten, um so der Analytikerin Einblick in unbewusste Konflikte zu verschaffen. Dieses Setting ist jedoch gerade für kleine Kinder kaum vorstellbar.

Dieser Mangel an freien Assoziationen in der Kinderanalyse wurde von Hugh Hellmuth und Melanie Klein teilweise durch das kindliche Spiel ersetzt. Anna Freud hingegen betrachtete das kindliche Spiel zwar als Ausdrucksweise des Kindes, es wurde aber nicht sofort und in seiner Gesamtheit gedeutet, da es nach Freud sowohl

symbolische als auch reale Bestandteile habe. In der Londoner Hampstead Clinic wurde die von ihr gegründete Kinderanalyse praktiziert. In der Veröffentlichung „Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud“, die von Joseph Sandler, Hansi Kennedy und Robert L. Tyson (1982) herausgegeben wurde, lassen sich Zusammenfassungen von den damaligen Diskussionen finden, die in dieser Klinik über die Therapieprozesse geführt wurden, und somit auch Anhaltspunkte, wie Anna Freud sich als Leiterin der Klinik eine erfolgreiche Kindertherapie vorstellte.

Als besonders wichtig erachtete Anna Freud in der Kinderanalyse die Übertragungsbeziehung zwischen Kind und Analytikerin, da eine Kinderanalyse eine noch größere Bindung verlange als es bei Erwachsenen der Fall sei. Die Herstellung einer zärtlichen Beziehung sei daher hier besonders wichtig (Freud 1927, 51).

Ebenfalls einen großen Einfluss auf die Geschichte der Kinderanalyse hatte Donald W. Winnicott, der 1896 geboren wurde und in London als Kinderarzt und Analytiker praktizierte. Abgesehen von der Erfindung der Squiggle-Technik, bei der Kind und Analytiker gemeinsam assoziativ aus Schnörkeln etwas zeichnen, liegt Winnicotts Beitrag zu Technik der Kinderanalyse vor allem im Konzept des „Holdings“, welches er aus der Säuglingsforschung entwickelte (Heinemann/Hopf 2001, 62).

In der Schweiz wurde die Entwicklung der Kinderanalyse vor allem durch Hans Zulliger vorangebracht, einem ehemaligen Volksschullehrer. Als Zulliger begann, Kinder mit psychoanalytischen Methoden zu behandeln, waren ihm die Arbeiten von Melanie Klein und Anna Freud noch unbekannt, da diese ihre Erfahrungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht publiziert hatten (Zulliger 1952, 65). Er selbst behandelte anfangs Kinder ab dem zwölften Lebensjahr und teilweise auch Jugendliche und stellte bei dieser Arbeit fest, dass es größere Fortschritte in der Therapie gab, wenn diese nicht im Zimmer, sondern draußen im Wald stattfanden. Während Spaziergängen fragte er nach Träumen und Erinnerungen und schlug dann in Form von Fragen Deutungen vor. Durch Erfolge mit dieser Methode wurden ihm auch bald jüngere Kinder anvertraut. Nach anfänglicher Unsicherheit, mit kleineren Kindern zu arbeiten, fiel ihm auf, dass „die Kinder in ihren freigewählten und selbsterfundene[n] Spielen regelmäßig ihre Konflikte darstellten und bearbeiteten“ (ebd., 65f.).

Er stellte fest, dass die Heilung von Kindern oftmals ohne Deutung und nur durch den Spielprozess erfolgte. Mit diesem Grundgedanke entwickelte Zulliger eine Methode, die er als „reine Spieltherapie“ bezeichnete (ebd., 71f.).

Auch nach Zulliger wurden neue Erkenntnisse in der Kinderanalyse gefunden, es

existieren jedoch nur einzelne Arbeiten und keine großen Auseinandersetzungen mehr (Hopf 1998, 9). Daher endet hier die Darstellung der Anfänge der Kinderanalyse. Eng damit verwoben ist jedoch die Bedeutung des Spiels, die im folgenden Kapitel genauer betrachtet wird.

2.2 Bedeutung des Spiels in der Kinderanalyse

Die Anfänge der Kinderanalyse, die in dem vorigen Kapitel genauer beschrieben wurden, sind eng verknüpft mit psychoanalytischen Sichtweisen auf das kindliche Spiel.

Schon Sigmund Freud schrieb dem kindlichen Spiel große Bedeutung zu, wie sich bei der Beschreibung des Garnrollenspiels zeigt. So beschreibt Freud in „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) seine Beobachtung an einem Jungen, der häufig mit einem Faden an einer Spule spielte. Dabei warf er die Spule immer wieder mit den Lauten „o-o-o“ fort, so dass er sie nicht mehr sehen konnte und zog diese dann an der Schnur wieder zu sich zurück. Jedes Mal, wenn er die Spule zurückholte, begrüßte er diese mit einem Ausdruck der Freude und dem Laut „da“.

Freud deutete diese Handlung als ein Spiel, welches das Fortgehen und Wiederkommen der Mutter thematisiert und immer wieder wiederholt wurde –genauer formuliert: Das Kind spielt die Abschiede von der Mutter nach (Freud 1920, 12).

Es stellte sich ihm nun jedoch die Frage, weshalb das Kind gegenteilig zum Lustprinzip handelt, indem es eine unangenehme Situation absichtlich wiederholt. Für Freud lag das Motiv des Spiels vor allem in der aktiven Beherrschung der ursprünglich unangenehmen Situation. Das Fortwerfen der Spule sei die Entschädigung für das ständige Fortgehen der Mutter, welches es passiv ertragen musste und nun mit der Garnrolle selbst aktiv in Szene setze. Gleichzeitig beherrsche das Kind durch das Wiedererlangen der Spule auch das Wiederkommen der Mutter. Das Erkennen des spielerischen Zeigens bzw. spielerischen Durcharbeitens von eigenen Konflikten ist der Grundgedanke der späteren Formen der Spieltherapien (Freud 1920, 11f.).

Auch Hermine Hug-Hellmuth beschreibt in der Veröffentlichung „Technik der Kinderanalyse“, wie Kinder durch das Spiel in der Analyse ihre unbewussten Konflikte zeigen.

Das Spiel war für Hug-Hellmuth in ihrer Behandlung von zentraler Bedeutung:

„Beim Kinde von sieben, acht Jahren ist ein Eingehen auf seine Spiele oft der Bahnbrecher, und zugleich lassen sich in den Spielformen manche Symptome, Eigenheiten und Charakterzüge erkennen; bei solchen sehr jugendlichen Patienten wird mitunter das Spiel seine Rolle während der ganzen Behandlung behaupten“ (Hug-Hellmuth 1921, 186f.).

Ähnlich wie Sigmund Freud in seiner Beobachtung des Garnrollenspiels, verstand auch Hug-Hellmuth das Spiel oft als Wiederholung eines realen Erlebens, das ebenso lustvoll wie unlustvoll gewesen sein kann. Durch die Wiederholung im Spiel von Szenen, wie beispielsweise von einem Arztbesuch, könne das Kind eine Abfuhr der unangenehmen Gefühle erfahren. Auch Kinder, die unter sehr strengen Bezugspersonen leiden, würden Hug-Hellmuth zufolge auf diese Weise agieren:

„Es rächt sich für die erlittene Unbill am wehrlosen Stellvertreter des Peinigers. Das Kind vertauscht seine passive Rolle im Erlebnis mit der aktiven im Spiel und reagiert so seinen in der Realität unverwendbaren Affekt ab. Solche Zusammenhänge erklären, warum im Kinderspiel unbeschadet der Herrschaft des Lustprinzips auch unlustvolle Eindrücke verwertet werden; durch das Spiel bewältigt sie das Kind“ (ebd., 143).

Diese Erklärung lehnt sich sehr an diejenige an, die Sigmund Freud selbst in der Deutung des Garnrollenspiels gegeben hat. Dass das Spiel an sich schon eine Verarbeitung von inneren Konflikten bzw. unangenehmen Erlebnissen sein kann, wird zwar explizit ausgedrückt, der Gedanke schien jedoch keine Rolle für die Kinderanalyse von Hug-Hellmuth zu spielen bzw. wurde er nicht anwendungsbezogen beschrieben. Erst Jahrzehnte später fand er wieder explizit Einzug in den Arbeiten von Hans Zulliger (1952) und Donald Winnicott (1972).

Melanie Klein hingegen sah das Spiel vor allem als Zugang zum Unbewussten, also eher als Ausdrucksform statt als therapeutisches Mittel an sich:

„Diese Analyse war der Anfang der psychoanalytischen Spieltechnik, weil das Kind von Anfang an seine Phantasien und Ängste hauptsächlich im Spiel aus-

drückte, das ich beständig deutete, mit dem Erfolg, daß neues Material im Spiele auftauchte. Das heißt, ich wandte schon bei diesem Patienten im wesentlichen die Deutungsmethode an, die charakteristisch für meine Technik wurde. Diese Methode entspricht dem fundamentalen Prinzip des freien Assoziierens. Bei der Deutung der Worte sowie auch der Spieltätigkeit des Kindes wandte ich dieses Prinzip auf das Gemüt des Kindes an, da dessen Spiel und Aktivität, d.h. sein ganzes Gebaren, die Ausdrucksmittel für das sind, was der Erwachsene vorwiegend mit Worten ausdrückt“ (Klein 1959, 688).

Melanie Klein hatte das Spiel während der beschriebenen ersten Kinderanalyse als etwas entdeckt, welches äquivalent zur Sprache von Erwachsenen fungieren könne. Eine weitere wichtige Erkenntnis für ihre spätere Arbeit ergab sich aus den Sitzungen mit der Patientin „Rita“. Diese war beim Spiel sehr gehemmt und konnte daher nur sehr wenig phantasievolles Material zum psychoanalytischen Deuten hervorbringen. Klein begann jedoch die Spielhemmung des Kindes selbst zu deuten und konnte so dem Kind ebenfalls helfen (ebd., 689).

Da Melanie Klein mit Hilfe von Symboldeutungen das Unbewusste der Kinder erforschte, schlug sie einen ganz neuen Weg in der Kinderanalyse ein. Noch während des Spielprozesses deutete sie die Inhalte auf eine Weise, die als wagemutig bezeichnet wurde, und kam zu Schlussfolgerungen, die teilweise über die Annahmen von Freud hinausgingen (Wolffheim 1951, 313). Melanie Klein benutzte die Spieltechnik als Diagnosemittel, um die inneren Konflikte der Kinder erkennen und deuten zu können. Dabei blieb sie vor allem außerhalb des Spiels als verstehende Beobachterin.

Anna Freud hingegen betrachtete das kindliche Spiel zwar als Ausdrucksweise des Kindes, es wurde aber nicht sofort und in seiner Gesamtheit gedeutet, da es sowohl symbolische als auch reale Bestandteile hat (Bogyi 2000, 344). Anna Freud machte damit deutlich, dass eine Spielszene nicht ausschließlich Inhalte zeigt, die dem Kind unbewusst sind, sondern teilweise auch Erlebnisse dargestellt werden. Diesen Unterschied, so Anna Freud, könne man nicht an einzelnen Beobachtungen festmachen. Es bedürfe eine längere Zeit der Beobachtung von allen Äußerungen des Kindes, um dann eine treffende Deutung geben zu können (Freud 1927, 47f.).

Sie nutzte das Spiel in der Psychotherapie jedoch, um dem Kind über eine Spielfigur eine Deutung zu vermitteln, damit das Kind die Deutung über den spielerischen

Umweg leichter akzeptieren kann (Sandler u.a. 1982, 200).

Obwohl sich bei Anna Freud keine ausführliche Betrachtung zur therapeutischen Wirkung des kindlichen Spiels finden lässt, wird diese Wirkung angedeutet. Zu dem Fallbeispiel „Greta“ schreibt Freud:

„Greta konnte sich das Spiel zunutze machen, um Angst zu bewältigen, die entweder aus der analytischen Arbeit oder aus anderen Quellen stammte. Sie inszenierte zum Beispiel zu Hause im Spiel etwas, was in der Analyse vorging und dort verbalisiert wurde. Dies schien der Integrierung und dem Durcharbeiten zu dienen“ (Sandler u.a. 1982, 224).

Was hier nur sehr vorsichtig angedeutet wird, nämlich, dass Greta mit dem Spiel den Konflikt integrieren und verarbeiten kann, wird bei Anna Freud an keiner anderen von mir gefundenen Textstelle weiter reflektiert.

Hans Zulliger (1952) hingegen griff diesen Gedanken umso deutlicher auf. In der Arbeit mit Kindern fiel ihm auf, dass „die Kinder in ihren freigewählten und selbsterfundeneren Spielen regelmäßig ihre Konflikte darstellten und bearbeiteten“ (ebd., 65f.). Zulliger hielt 1924 einen Vortrag über eine junge Patientin, die ohne Deutung und nur durch das Spiel von einer Hundephobie geheilt werden konnte, war sich aber dessen Bedeutung für seine spätere Arbeit nicht bewusst (ebd., 66).

In der weiteren Arbeit mit Kindern bemerkte Zulliger während der Therapie immer wieder, dass die Schwierigkeiten oder Störungen der Kinder durch das Spiel verschwanden, ohne dass er dieses gedeutet hatte. Anfangs hielt er diese Erscheinung im Therapieprozess für Übertagungsheilungen, also eine nicht andauernde Symptombesserung. Da manche Eltern die Therapie nach diesem vermeintlichen Erfolg aber abbrachen, konnte Zulliger beobachten, dass die Symptome in vielen Fällen tatsächlich verschwunden blieben. Die Heilung konnte ohne Deutung und nur durch den Spielprozess erfolgen. Aufbauend auf diesen Grundgedanken entwickelte Zulliger eine Methode, die er als „reine Spieltherapie“ bezeichnete (ebd., 71f.).

Heute ist es im Fachdiskurs beinahe unumstritten, dass durch das kindliche Spiel zum einen die unbewussten Konflikte dargestellt werden, zum anderen das Spiel selbst als Bewältigung der Konflikte genutzt werden kann. Es ist somit in der psychoanalytischen Kindertherapie zweifach von großer Bedeutung: Die Therapeutin

hat einen Zugang zum Unbewussten des Kindes und das Kind erreicht durch das Spiel an sich schon einen therapeutischen Effekt.

Dieser therapeutische Effekt wurde in einer Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie untersucht, deren Autor das Spiel als einen der wichtigsten Wirkfaktoren in der Kindetherapie beschreibt (Fahring 1999, 706).

Es gibt jedoch keinen Konsens darüber, welche Rolle die Therapeutin in dem kindlichen Spiel einnehmen soll. Berna beschrieb 1955 bereits zwei Lager, die sich gebildet hatten:

„Die einen empfehlen ‚Passivität‘, sie überlassen die Führung weitgehend dem Kind; die anderen treten nicht nur für aktives Mitgehen im Spiel ein, sondern befürworten Anregung, Vorspielen und vor allem Mitagieren“ (Berna 1955, 172).

Aber auch in neueren Veröffentlichungen spielt diese Frage eine Rolle:

„Ein weiteres Problem, eines, das unser Denken über die Ausstattung und das Setting in der Kindertherapie beeinflusst, betrifft das Spiel: Wann hört das Spiel auf, Kommunikation zu sein? Wann sollte der Analytiker oder die Therapeutin in ein Spiel einsteigen? Sollte er oder sie mit dem Kind spielen?“ (Joseph 2008, 63).

Wie genau die Therapeutin mit dem Spiel umgehen soll, bleibt demnach in der Fachliteratur unklar.

2.3 Aggressionsbegriff der Psychoanalyse

Für die Bearbeitung der Forschungsfragen, in denen „aggressives Verhalten“ einen zentralen Aspekt darstellt, ist es nötig, dieses genauer zu definieren und die psychoanalytische Sichtweise auf Aggressionen näher zu beleuchten.

Es gibt zahlreiche Definitionen von dem Phänomen der Aggression, wobei sich diese Definitionen in vielen Punkten überschneiden. So wird Aggression häufig als etwas

beschrieben, das mit einer zerstörenden Absicht verbunden ist und/oder auf verbaler, realer oder symbolischer Ebene die Schädigung Anderer nach sich zieht (u.a. Merckens 1993, Rauchfleisch 2000)

Für diese Masterarbeit wurde eine eigene Definition formuliert, die aggressives Verhalten beschreibt:

Als aggressives Verhalten wird im Rahmen der Masterarbeit jede Verhaltensform verstanden, die zumindest symbolisch (d.h. im Spiel) gegen einen Menschen oder einen Gegenstand gerichtet ist in der Absicht, diesem Schaden zuzufügen.

Auch innerhalb der psychoanalytischen Community ist der Aggressionsbegriff keineswegs einheitlich. Bis heute gibt es innerhalb der Psychoanalyse keine unumstrittene und stringente Theorie der Aggression (Hopf 1998, 11).

Schon Sigmund Freud stellte einige Überlegungen zu dem Phänomen der Aggression an. Sein Konzept der Aggression wurde von ihm im Zusammenhang mit der Libidotheorie entwickelt und ist mit dieser eng verknüpft (Hopf 1998, 11). Freud war, im Gegensatz zu seinem Schüler Alfred Adler, lange nicht bereit, einen von libidinösen Strebungen unabhängigen Aggressionstrieb anzunehmen. Für ihn war die Aggressivität eine Komponente des Sexualtriebs oder des Ich-Triebes.

Adler wandte sich um 1908 gegen Freuds Idee der Libido als Hauptquelle der Dynamik des Seelenlebens und beschrieb den Aggressionstrieb als eine eigenständige Kraft. Dieser spiele eine ebenso wichtige Rolle wie die libidinösen Triebe (Makenthun 2012, 133).

In dem Werk „*Jenseits des Lustprinzips*“ stellt Freud erstmals den Lebenstrieb (Eros) dem Todestrieb (Thanatos) gegenüber und postuliert so einen Dualismus, den er später in einem Briefwechsel mit Albert Einstein besonders klar formulierte:

„Wir nehmen an, dass die Triebe des Menschen nur von zweierlei Art sind, entweder solche, die erhalten und vereinigen wollen – wir heißen sie erotische, ganz im Sinne des Eros im Symposium Platons, oder sexuelle mit bewusster Überdehnung des populären Begriffs von Sexualität – und andere, die zerstören und töten wollen; wir fassen diese als Aggressionstrieb oder De-

struktionstrieb zusammen. Sie sehen, das ist eigentlich nur die theoretische Verklärung des weltbekannten Gegensatzes von Lieben und Hassen“ (Einstein/Freud 1996).

Dieser neue Dualismus in Freuds Schriften kann als entscheidenden Schritt in der Entwicklung der Psychoanalyse gesehen werden. Die Aggression wurde nun „nicht mehr als Abkömmling der Selbsterhaltungstriebe gesehen, sondern eines Todestriebs, dessen Ziel es ist, aufzulösen und zu zerstören“ (Hopf 1998, 12).

In dem Werk „*Das Ich und das Es*“ (1923), in dem Freud seine Gedanken von Jenseits des Lustprinzips fortsetzt, beschreibt Freud die selbstzerstörerische Tendenz der Todestriebe:

„Die gefährlichen Todestriebe werden im Individuum auf verschiedene Weise behandelt, teils durch Mischung mit erotischen Komponenten unschädlich gemacht, teils als Aggression nach außen abgelenkt, zum großen Teil setzen sie gewiß unbehindert ihre innere Arbeit fort“ (Freud 1923, 320).

Der Todestrieb wird demnach erst erkennbar, wenn er im Verhalten als Destruktivität bzw. Aggressivität nach außen auf ein Objekt gerichtet wird.

Freud glaubt, dass der Aggressionstrieb universal sei und auch durch die vollkommene Befriedigung aller Bedürfnisse der Menschen nicht verschwindet. Die menschliche Aggressionsneigung könne demnach nicht beseitigt werden, sie solle jedoch so abgelenkt bzw. kanalisiert werden, dass sie ihren Ausdruck nicht im Krieg finde (Einstein/ Freud 1996, 10).

Freuds Konzept des Todestriebes und der daraus abgeleitete Aggressionstrieb wurden innerhalb der Psychoanalyse von Anfang an kritisch betrachtet und stehen bis heute in heftiger Diskussion bzw. werden teilweise abgelehnt (Hopf 1998, 13f.).

Die Annahme eines Todestriebes von Freud hat zentrale Bedeutung für das psychoanalytische Konzept von Melanie Klein. Sowohl der Todestrieb als auch der Lebenstrieb seien nach ihrer Auffassung zentrale Kräfte, die von Geburt an im Menschen wirksam seien (Hopf 1998, 14). Diese beziehen sich auf die Libido und die Aggression:

„Wir nehmen an, daß immer eine Wechselwirkung, wenn auch in veränderlichen Proportionen, von libidinösen und aggressiven Trieben besteht, die der Fusion von Lebens- und Todestrieb entspricht“ (Klein 1960, 285).

Diese libidinösen und aggressiven Triebe befinden sich nach Klein dann in einem Gleichgewicht, wenn das Kind keinen Hunger und keine Spannungen spürt. Dieses Gleichgewicht werde jedoch gestört, wenn von innen oder außen aggressive Triebe durch Versagungen verstärkt werden. Die Erfahrung von gut und böse wird nach Klein so schon in den ersten Lebenswochen und Monaten gemacht:

„Die wiederholten Erfahrungen von Befriedigung und Versagung sind starke Reize für libidinöse und destruktive Regungen, für Liebe und Haß. Demzufolge wird die Brust, insoweit sie befriedigt, geliebt und als ‚gut‘ empfunden; insoweit sie die Quelle von Versagung ist, wird sie gehaßt und als ‚böse‘ empfunden“ (Klein 1960, 285).

Die destruktiven Regungen bei Versagungen lösen Klein zufolge Angst aus und müssen daher nach außen gelenkt werden, in die mütterliche Brust. So entstehe jedoch wiederum Angst, von dem äußeren Objekt angegriffen oder verfolgt zu werden. Erst mit dem Erreichen der depressiven Position könne das Kind die negativen Gefühle wie Schmerz und Trauer empfinden und aushalten und werde fähig, die eigenen aggressiv-destruktiven Impulse als aus seinem Inneren stammend zu erkennen (Hopf 1998, 15). Dazu Klein:

„Die Hauptquelle einer inneren Störung liegt in sehr starken aggressiven Triebregungen, welche die Gier vergrößern, und die Fähigkeit, Versagung zu ertragen, vermindern. Mit anderen Worten, wenn in der Legierung der beiden Triebe der Lebenstrieb stärker als der Todestrieb ist — und dementsprechend Libido stärker als Aggression —, kann die gute Brust im kindlichen Gemütsleben sicher bewahrt werden“ (Klein 1960, 290).

Den Mechanismus der aggressiven Objektbeziehung, bei der Teile des eigenen Selbst in andere Objekte hineinverlegt werden, nannte Klein *projektive Identifizierung* (Hopf 1998, 15).

Melanie Klein ist somit wie Sigmund Freud der Ansicht, dass die aggressiven Triebäußerungen veränderbar sind. Diese sind außerdem durch unbewusste Phantasien seelisch repräsentiert und können sich in der Beziehung oder im Spiel manifestieren und so der Deutung zugänglich gemacht werden. Psychoanalytische Therapie kann auf diese Weise die Angst, und somit auch die aggressiven und destruktiven Impulse im Inneren der Behandelten verringern (Hopf 1998, 15f.).

Auch Donald W. Winnicott beschreibt, wie schon Melanie Klein, die Möglichkeit der Aggressionen und destruktiven Attacken bei Babys und Kleinkindern, also von Geburt an. Für ihn hat die Aggression zwei Bedeutungen: Zum einen beschreibt er die Aggression als Reaktion auf Enttäuschung. Zum anderen sei sie einer der beiden Hauptquellen der Energie des Menschen (Winnicott 1988, 122f.).

Destruktive Handlungen gehören für Winnicott zum Leben des Kindes, es käme nur darauf an, wie es dem Kind gelinge, „die aggressiven Kräfte zu bändigen“ (Winnicott 1988 129). Durch die Bändigung könne das Kind genau diese Kräfte zum Leben, Lieben, Spielen und später zum Arbeiten einsetzen (ebd.).

In der psychoanalytischen Praxis kann es nach Winnicott zu tiefgreifenden Veränderungen bei aggressivem Verhalten kommen. Der Grundgedanke besteht darin, dass die Therapeutin die aggressiven Angriffe des Patienten oder der Patientin überlebt und sich nicht rächt, sodass sich die Vorstellung entwickeln kann, dass Angriffe nicht immer mit einer Vergeltung verbunden sind (Hopf 1998, 22).

Anna Freud und Heinz Hartmann entwickelten aus den späten Arbeiten Sigmund Freuds in den dreißiger-Jahren die Ich-Psychologie, die vor allem das Ich aus Freuds Drei-Instanzen-Modell in den Mittelpunkt des Interesses stellt (Hopf 1998, 17).

Hartmann entwickelte den Aggressionsbegriff Freuds weiter und distanzierte sich immer mehr von Freuds Todestrieb.

Er beschrieb, dass die Selbstzerstörung nicht die einzige Alternative zur nach außen gewendeten Aggression sei, sondern auch neutralisiert werden könne. Der Begriff der Neutralisierung bei Hartmann ist dabei sehr eng mit dem Begriff der Sublimierung bei Freud verbunden (Hopf 1998, 17). Mit Neutralisierung bezeichnet Hartmann „den Wechsel libidinöser wie aggressiver Energien vom triebhaften zu einem nicht triebhaften Modus“ (Hartmann 1972, 222). Das Ich kann auf diese Weise die Energien des Destruktionstriebes kontrollieren und die Abfuhr aufschieben. Die

Neutralisierung ist demnach eine Modifikation der Aggression (Hopf 1998, 18).

Der Gründer der selbstpsychologischen Schule der Psychoanalyse, Heinz Kohut, betrachtete die Aggression als nicht vom psychoanalytischen Triebmodell ausgehend. Im Rahmen der Selbstpsychologie beschrieb er in den 70er-Jahren die Aggression als Funktion der Abgrenzung des Kleinkindes von seiner Mutter. Durch den Einsatz von nicht-destruktiven Aggressionen könne sich das Kind als eigenständige Person wahrnehmen und ein Identitätsgefühl etablieren. Zu destruktiven Aggressionen komme es nach Kohut erst dann, wenn lebensnotwendige Bedürfnisse des Kindes permanent frustriert werden (Rauchfleisch 2000, 39).

Auch Henri Parens, der über fünf Jahre hinweg mit seinem Forschungsteam 15 Kinder beobachtete, kam zu dem Ergebnis, dass destruktive Verhaltensweisen nicht angeboren seien, also als etwas Triebhaftes zu verstehen sind, sondern als Reaktion auf Unlusterlebnisse aktiviert werden (Parens 1993; zit. nach Ermann 1995, 331).

Die Frage, ob Aggression als Ausdruck eigenständiger Triebregungen im Rahmen der Triebtheorie anzusehen ist oder ob sie als Reaktion auf äußere Umstände entsteht, wird bis heute diskutiert. Hans Hopf zufolge führe dieser Diskurs jedoch nicht zum gewünschten Erfolg:

„Selbst wenn wir eine nicht destruktive und eine destruktive Form von Aggression unterscheiden, erstere als Trieb und die zweite reaktiv, gehe ich davon aus, dass es keine Aggression ohne libidinöse Beimischungen gibt. Insofern ist die strenge Trennung von Triebhaftem und Nicht-Triebhaftem sowieso müßig und entsprechende Diskussion akademisch und für die Therapie nur wenig hilfreich“ (Hopf 1998, 28).

Nachdem nun skizziert wurde, welche unterschiedlichen Vorstellungen es in der Psychoanalyse von Aggressionen gibt, wird nun ein Überblick darüber gegeben, welche Annahmen es zu dem Umgang mit aggressivem Verhalten im Rahmen von Kinderpsychotherapien gibt.

2.4 Umgang mit Aggressionen in kindertherapeutischen Situationen

Nachdem nun geklärt werden konnte, welche Vorstellungen die verschiedenen Schulen innerhalb der Psychoanalyse von Aggressionen haben, stellt sich die Frage, wie in der therapeutischen Praxis mit aggressivem Verhalten umgegangen wird.

Wie schon in der Einleitung dieser Arbeit beschrieben, stellt der therapeutische Umgang mit Aggressionen oftmals eine große Schwierigkeit für die Therapeutinnen dar (Kugele 1995, Pinschewer-Häfliger 1996, König 1997, Hopf 1998, Raue 2008). Karl König schreibt, dass weibliche Therapeutinnen größere Schwierigkeiten mit aggressiven Gefühlen der Patienten und Patientinnen hätten als männliche Therapeuten. Er begründet dies mit der Annahme, dass Frauen durch ihre Sozialisierung besser mit positiven Gefühlen umgehen könnten, da diese auch eher von ihnen erwartet werden würden (König 1997, 183f.).

In der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie könne das aggressive Verhalten des Kindes in therapeutischen Situationen die Therapeutin so tief kränken, dass es Racheimpulse hervorbringt, die die Therapeutin unreflektiert ausleben will. Aggressionen auszuhalten sei für Therapeutinnen offenbar schwerer als das Aushalten andere Affekte des Kindes (Hopf 1998, 8).

Hans Hopf beschreibt aber gerade dieses Aushaltenkönnen von Aggressionen als Fähigkeit von Therapeutinnen, die genauso wichtig ist, wie die Fähigkeit der Empathie. Gleichzeitig jedoch sei es wichtig, dass die Therapeutin nicht eine masochistische Rolle einnehme (ebd., 145). Lene Keppler formuliert dazu:

„Manchmal ist es nicht einmal nötig, dieses Wörtchen ‚Schluß jetzt!‘ auszusprechen, vielfach genügt schon ein Blick, ein Achselzucken oder sonstige Gebärden. Diesen ‚Eingriff‘ soweit wie möglich hinaus zu schieben, gebietet offenbar der Ehrgeiz vieler Kindertherapeuten, die sich lieber in der Rolle des ‚Märtyrers‘ hineinsteigern als ein Halt auszusprechen oder eine Grenze setzen wollen“ (Keppler 1988, 212).

Schon in den Anfängen der Kinderanalyse war die Frage nach einem angemessenen Umgang mit kindlichen Aggressionen von großer Bedeutung. Dabei gab es innerhalb der Kinderanalyse zwei entgegengesetzte Meinungen, ob Aggressionen von den

Kindern in therapeutischen Situationen ungehemmt ausgedrückt, oder aber ob diese begrenzt werden sollten.

Melanie Klein spricht sich weitestgehend gegen Grenzsetzungen in der Analyse aus, um es dem Kind zu ermöglichen, Gefühle und Phantasien zu zeigen, ohne dafür Missbilligung der Therapeutin zu erfahren. In der Analyse sei es ihr wichtig, „keinen erzieherischen oder moralischen Einfluß auszuüben“ (Klein 1962, 21). Auch bei sehr aggressiven Kindern, die den Raum verwüsten oder Spielzeuge zerstören, sei es wichtig, „dem Kinde zu erlauben, seine Aggressivität zu äußern“ (ebd., 19). Einzig bei gewaltsamen Angriffen auf ihre Person beschreibt Klein eine klare Grenze, die sie den Kindern setze. Diese Grenzsetzung sei nicht nur zum Schutz ihrer Person wichtig, sondern auch für das Kind, da unbegrenzte Angriffe „schwere Schuldgefühle und Verfolgungsängste auslösen und dadurch die Schwierigkeiten der Behandlung vergrößern“ (Klein 1962, 19f.).

Anna Freud meint hingegen eindeutig konträr dazu:

„In der frühen Geschichte der Kinderanalyse glaubte man, daß das Agieren und besonders die Freisetzung von Aggressionen an sich schon einen therapeutischen Wert hätten. Heutzutage hört man das gelegentlich noch in dem Gedanken ausgedrückt, daß man dem Kind in seinen Verhaltensweisen einen großen Spielraum geben müsse, weil sich das, was unbewußt ist im ‚freien Ausdruck‘ deutlicher zeigen werde. Dem ist nicht so. Im Gegenteil, das analytische Material wird verdunkelt und verändert, wenn der Analytiker auf diese Weise massive Regression gestattet“ (Sandler u.a. 1982, 230).

Es ist offensichtlich, dass sich Anna Freud hierbei direkt auf die Aussagen von Melanie Klein bezieht, ohne dies jedoch auszuführen.

Anna Freud sah in der Grenzsetzung ein wichtiges Mittel, den Behandlungsraum zu schützen (Zilberstein/Abel 2012, 22). Aufgabe der Analytikerin sei es daher, neben dem Analysieren, auch grenzsetzend wirksam zu sein:

„Der Analytiker vereinigt also zwei schwierige und eigentlich einander widersprechende Aufgaben in seiner Person: Er muß analysieren und verbieten, lösen und wieder binden“ (Anna Freud 1927, 82).

An anderer Stelle beschreibt Freud die erzieherischen Aufgaben in der Analyse, die dazu führen würden, dass das Kind weiß, „was dem Analytiker erwünscht oder unerwünscht scheint, was er billigt oder mißbilligt“ (ebd., 57f.). Diese Aussage legt nahe, dass sich Anna Freud aufgrund ihres „pädagogischen Zugangs“ zur Kinderanalyse eher für Grenzsetzungen bei unerwünschtem Verhalten aussprechen würde.

Donald W. Winnicott und Firenzci beschrieben hingegen immer wieder, wie wichtig es sei, aggressives und feindliches Verhalten in die Analyse zu bringen, um es da analysieren zu können und somit auch einen ersten Schritt zu machen, dieses Verhalten im Alltag der Kinder verschwinden zu lassen (Bellinson 2009, 88).

Jaques Berna beschreibt in „Kinderanalyse eines Aggressiven“, dass bei grenzüberschreitendem Verhalten des Kindes „selbstverständliches Abseitsstehen des Erziehers viel mehr Halt gibt als Ablehnung, Strafe oder Verweis“ (Berna 1955, 184). In seiner Falldarstellung beschreibt er immer wieder sehr gewaltsame Szenen, bei denen das Kind seinem Therapeuten gegenüber sadistisch und aggressiv handelt und Spielmaterial zerstört, ohne dabei begrenzt zu werden (ebd.).

Die meisten Kinderanalytikerinnen aus den verschiedenen therapeutischen Schulen sind sich heute einig, dass Grenzen gesetzt werden sollten, wenn das Kind die Therapeutin körperlich angreift oder den Praxisraum bzw. Gegenstände zu zerstören droht (Bixler 1949, Lerner 1987, Kugele 1995, Hurry 2002, Joseph 2008, Zilberstein/Abel 2012, u.a.). Dies wird unter anderem damit begründet, dass die Grenzen einen Raum erhalten, der physikalische und psychische Sicherheit für die Therapeutin und das Kind bietet. Erst in diesem geschützten Raum könne therapeutische Arbeit stattfinden (Zilberstein/Abel 2012, 22). Genauer formuliert:

„Grenzsetzungen sind Strukturierungsmaßnahmen. Sie geben der Therapeut-Kind-Beziehung einen sicheren Rahmen, und sie entlasten den Patienten von möglichen Schuld- und Schamgefühlen. Der Rahmen muss vor Zertrümmerung geschützt werden, um die analytische Situation nicht verloren gehen zu lassen bzw. um sie wieder herzustellen“ (Hopf 1998, 353).

Eine andere Begründung für den Sinn von Grenzsetzungen ist die Entlastung der Beziehung vom Kind zur Therapeutin von aufkommenden Schuldgefühlen. Außerdem würden sinnvolle Grenzsetzungen die Glaubwürdigkeit der Therapeutin

wahren, wenn diese ihren Unwillen über bestimmte Verhaltensweisen zeigt, da sie auf diese Weise wahrhaftig bleiben kann (Kugele 1995, 121).

Jill Bellinson (2009) hingegen spricht sich weitestgehend für Therapien ohne Grenzsetzungen aus. Sie begründet ihre Haltung damit, dass das Ausagieren von aggressiven Impulsen in der Analyse eine Demonstration der Symptome sei (Bellinson 2009, 88). Diese Symptome sollten, wie alle anderen möglichen Symptome des Kindes, in der Analyse erlaubt werden:

„A child who is aggressive and hostile in school will be aggressive and hostile in treatment as well. We would never tell an anxious child to stop being anxious; why do we try to tell a destructive child to stop being destructive?“ (ebd.)

Aggressive Verhaltensweisen sollten in der Analyse demnach nicht unterbunden werden, da diese zur Symptomatik des Kindes gehören können. Nur durch das Erlauben solcher Verhaltensweise sei es auch möglich, diese in der Analyse zu bearbeiten.

Daher sei es wichtig, aggressives und destruktives Verhalten zu akzeptieren, auch wenn es gegen die Therapeutin selbst gerichtet ist. Auf diese Weise hätten die Kinder selbst auch die Möglichkeit, das normalerweise inakzeptable Verhalten als solches zu erkennen und sich selbst zu begrenzen (ebd., 89).

Lene Keppler (1988) beschreibt aber auch die Gefahr, die entstehen kann, wenn die Therapeutin diese Aggressionen im Therapieprozess zu sehr erwartet:

„Wir zwingen unsere Patienten durch unbewußte – manchmal auch bewußte! – Aggressionserwartung in eine aggressive Haltung hinein, und das gilt nicht nur für die Arbeit mit Erwachsenen, sondern viel mehr noch für die Arbeit mit Kindern“ (Keppler 1988, 21).

Durch diese Uneinigkeit, wie mit Aggressionen in therapeutischen Situationen umgegangen werden soll, erscheint es angebracht, Untersuchungen zu Grenzsetzungen in therapeutischen Situationen durchzuführen. Besonders die Fragen, in welchen Situationen das Setzen von Grenzen aus der Sicht von Therapeutinnen für das Kind sinnvoll ist bzw. welche Bedeutung Grenzen für Kinder in Therapieprozes-

sen haben, wären wichtig zu beforschen. In der bisherigen Fachliteratur gibt es jedoch nur wenige solcher Untersuchungen, die sich damit beschäftigen, wie und wann Grenzen in der Psychotherapie gesetzt werden.

Haim G. Ginott und Dell Lebo (1961) veröffentlichten eine der wenigen empirischen Studien zum Einsatz von Grenzen in der Kinderpsychotherapie. Sie untersuchten zum einen die Fragestellung, ob bestimmte Psychotherapeutinnen bestimmter Therapierichtungen öfter oder weniger oft Grenzen setzen als andere Therapierichtungen und zum anderen die Frage, welche Verhaltensweisen die befragten Therapeutinnen begrenzen würden (Ginott/ Lebo 1961, 337). Insgesamt werteten sie 227 Fragebögen aus, die Kinderpsychotherapeutinnen zugesendet wurden, wovon sich 100 als psychoanalytisch, 41 als nicht-direktiv orientiert und 68 als einer anderen Richtung zugehörig beschrieben. Die Fragebögen umfassten 54 Kategorien von kindlichen Verhaltensweisen, bei denen nach einer möglichen Grenzsetzung der Therapeutinnen gefragt wurde.

Ein Ergebnis der Studie war, dass, abgesehen von dem Versuch der sexuellen Handlung mit der Therapeutin, nur klare Begrenzungen von Verhaltensweisen beschrieben wurden, die als aggressiv bezeichnet werden können.

Das Ergebnis der Studie war außerdem, dass sich die verschiedenen Schulen der Kinderpsychotherapie nicht signifikant darin unterscheiden, wann und wie häufig Grenzen gesetzt werden. Ginott und Lebo beschreiben jedoch, dass sich die Art der Grenzsetzung in den unterschiedlichen Richtungen voneinander unterscheidet (ebd., 339f.). Im Kapitel „Grenzsetzung“ werden die Ergebnisse von Ginott und Lebo noch einmal genauer betrachtet und mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung hinsichtlich der Frage, auf welches Verhalten Grenzsetzungen beschrieben werden, verglichen.

Auch wenn sich ein Großteil der Kinderanalytikerinnen sich für Grenzsetzungen in der Therapie ausspricht, um sich selbst, das Kind und den Rahmen zu schützen, bleiben trotzdem praktische Fragen, die bisher ungeklärt sind:

„Difficulties arise in defining exactly when and how to set limits, both inside and outside of therapy. Stepping in either too early or too late, or too strongly or too softly, can be detrimental. However, guidelines in this regard remain sparse“ (Zilberstein/Abel 2012, 24).

Es existiert demnach noch immer ein großer Forschungsbedarf zum therapeutischen Setzen von Grenzen und dessen Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess.

Inwiefern Falldarstellungen als Forschungsmaterial verwendet werden können, um sich solchen oder anderen Fragen nähern zu können, wird im folgenden Kapitel kritisch betrachtet.

2.5 Bedeutung von Falldarstellungen

Falldarstellungen bzw. Fallgeschichten als Darstellung von therapeutischen Prozessen sind bis heute die verbreitetste Form von Kommunikation des klinischen Erfahrungswissens innerhalb der psychoanalytischen Community (Leuzinger-Bohleber 2000, 184). Besonders in psychoanalytisch-therapeutischen Büchern und Zeitschriften werden auch heute noch häufig solche Darstellungen von Therapieprozessen veröffentlicht (Datler u.a. 2004, 7). Dennoch wird die wissenschaftliche Relevanz, die diesen Falldarstellungen zukommt, im Fachdiskurs sehr kontrovers diskutiert (Datler 2004, 13).

In der Fachliteratur wird zwischen Fallgeschichten, Fallvignetten und Falldarstellungen unterschieden. Während Fallgeschichten einen größeren Umfang haben und literarisch ausgedrückt sind, umfassen Fallvignetten eher kurze Beschreibungen von Behandlungssequenzen. Falldarstellungen sind hingegen in einer wissenschaftlicheren Sprache verfasst und werden oft in psychoanalytischen Zeitschriften publiziert (Leuzinger-Bohleber 2000, 185).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird diesen Unterscheidungsformen jedoch keine weitere Beachtung geschenkt und es werden fortan alle Veröffentlichungen als Falldarstellungen bezeichnet, die von einem Therapieprozess aus der Sicht der Therapeutin berichten.

Seit den Anfängen der Psychoanalyse ist die Veröffentlichung von Fallmaterial ein wichtiger Aspekt der Darstellung psychoanalytischer Überlegungen (Datler 2004, 13). Falldarstellungen sind somit eng verbunden mit den ersten Erkenntnissen der Psychoanalyse von Sigmund Freud und deren Veröffentlichung bzw. Verbreitung. Er

war der erste, der diese Form der Veröffentlichung wählte, um seine Erkenntnisse darzustellen: „Freud hat in der großen psychoanalytischen Krankengeschichte eine neue Kategorie wissenschaftlicher Literatur geschaffen, die ohne Vorbild war“ (Bittner 2004, 46).

Gerade die literarische Qualität der Falldarstellungen von Freud hat dazu beigetragen, die Theorien der Psychoanalyse der Öffentlichkeit bekannt zu machen (Leuzinger-Bohleber 2000, 185).

Freud betrachtete Falldarstellungen von Therapieprozessen als Dokumentationen von Einzelfällen, deren Relevanz jedoch über den Einzelfall hinaus reicht (Datler 2004, 27f.). Als erste psychoanalytische Falldarstellungen kann man jene betrachten, welche Sigmund Freud zusammen mit Breuer 1895 in den „Studien über Hysterie“ veröffentlichte (Datler 2004, 26). Freuds Art der Veröffentlichung von Falldarstellungen kann daher innerhalb der Psychoanalyse als vorbildhaft beschrieben werden (Datler 2004, 33).

Ein wichtiger Aspekt der Falldarstellungen ist, dass Freud einen Weg finden musste, psychotherapeutische Prozesse, die im Normalfall in einem privaten Rahmen stattfinden, für die Öffentlichkeit darzustellen. Die menschlichen Aktivitäten während der Analyse, wie Assoziationen, Traum inhalte oder Fehlleistungen finden häufig auch nur einmalig in diesem privaten Rahmen statt und lassen sich nicht vor der Öffentlichkeit wiederholen. Nur durch eine kasuistische Darstellung wird es möglich, diese nach außen zu vermitteln (Datler 2004, 29ff.). Kurz formuliert: „Die Falldarstellung erzählt von Geschehnissen und Zuständen, die öffentlich *nicht* beobachtet und demonstriert werden können“ (Datler 2004, 29; Herv. im. O.).

Dieser Aspekt spielt auch heute noch eine große Rolle, da Therapieprozesse in der Psychoanalyse nach wie vor in diesem privaten Rahmen stattfinden, der keine Zuschauer und Zuschauerinnen erlaubt. Bis heute stellen Falldarstellungen daher ein adäquates Mittel dar, diese persönlichen Prozesse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, indem eine Anonymisierung der Patienten und Patientinnen erfolgt.

Ein weiterer Aspekt der Falldarstellung ist, dass diese per se subjektiv verfasst ist. Dies liegt zum einen in der theoretischen Verknüpfung jeder Falldarstellung mit

eigenen Konzepten der Verfassenden, die über einen einfachen Beobachtungsbericht weit hinaus reicht:

„Jeder dieser Einzelfallgeschichten ist immer auch von theoretischen Vorannahmen und Konzepten durchdrungen, welche jedoch auch offengelegt werden sollten“ (Ahlheim 2008, 17).

Aber auch abgesehen von den theoretischen Verbindungen sind Falldarstellungen subjektiv verfasste Geschichten, nämlich „nachträgliche Überarbeitungen von Aufzeichnungen und Erinnerungen, die ihrerseits auch schon die subjektive Verarbeitung einer lebendigen Begegnung darstellen“, so wie sie schon subjektiv wahrgenommen wurde (Ahlheim 2008, 18). Nicht nur die Wahrnehmung des Therapieprozesses ist subjektiv sondern auch die Antwort auf die Frage, welche Aspekte und Ausschnitte des subjektiv erlebten Therapieprozesses erzählt werden:

„Neben den Fixpunkten, die Ausgangslage des Patienten (der Grund für sein Kommen) und der vorläufige Endpunkt (Erfolg oder Mißerfolg bzw. die dynamische Mischung beider), ist es dem Autor der Fallgeschichte freigestellt zu erzählen, was sich in der Therapie zwischen Therapeut und Patient ereignet. Freud selber hat bestimmte, ihm persönlich als relevant erscheinende Phänomene seiner Theorie herausgestellt, z. B. Träume, die Bedeutung der frühkindlichen Sexualität oder die Übertragungsbeziehung. Sein strategisches Interesse dabei war, Hypothesen der Psychoanalyse zu erhärten“ (Stuhr 2007, 955).

Diesen Aspekt muss man sich beim Rezipieren von Falldarstellungen immer vor Augen halten.

Gerade der Aspekt der Subjektivität kann jedoch auch als Stärke der Falldarstellung betrachtet werden:

„In dieser Offenheit für subjektive Aneignung und Weiterverwendung liegt eine Stärke der Fallgeschichte. Jeder Leser, dem sie etwas sagt, wird versuchen, für sich im Besonderen das Allgemeine zu finden, die mitgeteilte Erfahrung exemplarisch für sich zu nutzen“ (Ahlheim 2008, 18).

In vielen Fällen kann sich durch die subjektive Aneignung der Fallgeschichte auch ein Identifizierungsprozess einstellen:

„Der Vorteil der erzählten Fallgeschichte liegt zusammenfassend darin, daß sie einen intimen, aber differenzierten Zugang zum interagierenden Geschehen zwischen Therapeut und Patient garantiert, der beim Leser Phantasien anregt bzw. freisetzt und derart Gegenübertragungsreaktionen ermöglicht; so vermag die Fallgeschichte Bedeutung, Sinn, ja Subjektivität zu transportieren“ (Stuhr 2007, 958).

Auch in Freuds Falldarstellungen, die novellenartig verfasst waren, wurden die Leser und Leserinnen dazu verleitet, sich in die Hauptfigur der Erzählungen, also in Freud selbst, hineinzusetzen und so die Stimmungen und Vorstellungen in sich selbst zu erleben, die Gegenstand von Freuds Forschung darstellten (Datler 2004, 31f.).

Neben diesen Stärken der Veröffentlichung psychoanalytischen Wissens mit Hilfe von Falldarstellungen, werden diese aber auch stark kritisiert.

So heißt es, dass nur die wenigsten bisher veröffentlichten psychoanalytischen Falldarstellungen die Kriterien erfüllen, die an ein wissenschaftliches Forschungsinstrument anzulegen sind (Ermann/ Waldvogel 2000, 674). Auch die Beweiskraft von Falldarstellungen steht unter Kritik:

„Die in psychoanalytischen Veröffentlichungen üblichen Vignetten vermögen in der Regel die postulierte Theorie allenfalls zu illustrieren, die allzuhäufig mitbeanspruchte Beweiskraft besitzen sie zumeist nicht“ (ebd.).

Ermann und Waldvogel zufolge sei es daher wichtig zu fordern, dass „wissenschaftlich aussagekräftige Kasuistiken bestimmte Kriterien erfüllen“ (ebd.).

Bei den in dieser Arbeit verwendeten Falldarstellungen spielt deren Beweiskraft jedoch keine große Rolle, da sie hier als subjektiv verfasste Erfahrungsberichte von Therapieprozessen betrachtet werden, die durchaus Auskunft darüber geben können, welche Interventionen Therapeutinnen auf aggressives Verhalten in therapeutischen Situationen setzen.

Es muss jedoch gleichzeitig klar sein, dass es lediglich Beschreibungen dieser Interventionen sind und nicht etwa Beobachtungen oder Aufzeichnungen. Das bedeutet auch, dass es die Gefahr der Selbstidealisierung der Therapeutin beim Lesen der Falldarstellungen mitzudenken gilt (Leuzinger-Bohleber 1995 zit. nach Datler 2004, 38). So könnten die Interventionen, die in den ausgewählten Falldarstellungen beschrieben werden, nur ein kleiner, als ideal angesehener Ausschnitt sein, der nicht immer die Realität der psychotherapeutischen Praxis widerspiegelt. Wie genau mit den Falldarstellungen im Kontext der Masterarbeit methodisch gearbeitet wurde, wird im folgenden Kapitel genauer ausgeführt.

3. Eigene Untersuchung von Falldarstellungen

In diesem Teil der Arbeit soll die eigene Untersuchung von Falldarstellungen aus der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie beschrieben werden. Nachdem die Methode genauer beschrieben wird, werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring präsentiert.

Um die beiden Forschungsfragen beantworten zu können, welche Typen von Interventionen als Reaktion auf aggressives Verhalten beschrieben werden und ob sich die Beschreibungen dieser Interventionen je nach Geschlecht des Therapeuten oder der Therapeutin unterscheiden, wurden publizierte Falldarstellungen herangezogen.

3.1 Forschungsmaterial

Als Grundlage der Analyse im Rahmen dieser Masterarbeit wurden publizierte Falldarstellungen verwendet, deren besondere Relevanz für die Psychoanalyse im vorigen Kapitel genauer ausgearbeitet wurde. Die Artikel, denen die Falldarstellungen entnommen sind, mussten nicht zwangsläufig „Aggressionen“ im Titel enthalten, daher sind sie teilweise in ganz anderen Kontexten entstanden.

Die Falldarstellungen, die für diese Arbeit in Betracht gezogen wurden, mussten folgende Aspekte umfassen:

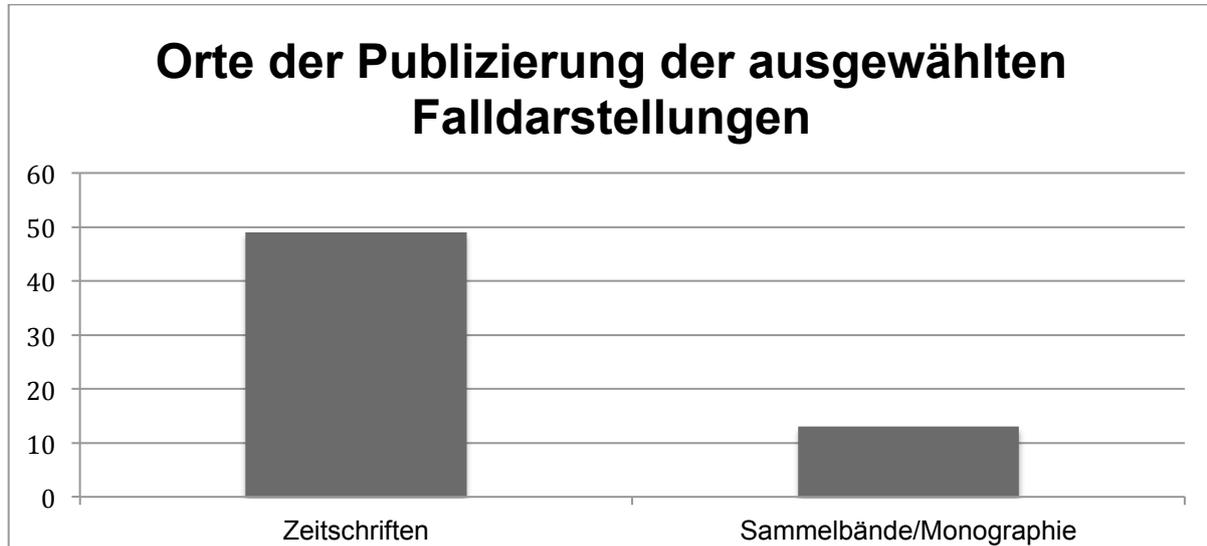
- Sie mussten eine psychoanalytisch orientierte Kinderpsychotherapie darstellen.
- Sie mussten publiziert worden sein.
- Sie mussten mindestens einen therapeutischen Moment beschreiben, in dem das Kind aggressive Verhaltensweisen zeigt und außerdem mindestens eine Intervention der Therapeutin auf dieses Verhalten verdeutlichen.
- Der/die beschriebene Patient/in darf nicht älter als zwölf Jahre alt sein.
- Die Autorin der Falldarstellung musste auch die behandelnde Therapeutin sein.

- Die Falldarstellungen mussten im Zeitraum von 1999-2014 veröffentlicht worden sein.

Deutschsprachige Übersetzungen von Artikeln wurden miteinbezogen. Die große Zeitspanne, in der die Falldarstellungen veröffentlicht sein dürfen, ermöglicht es, eine große Bandbreite an verschiedenen Falldarstellungen zu untersuchen.

Insgesamt wurden 62 Falldarstellungen gefunden, die diesen Kriterien entsprachen. Davon wurden insgesamt 13 Artikel aus dem Sammelband „Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern“ von Anne Hurry (2002), dem Sammelband „Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen“ von Hans Hopf (1999) und der Monographie „Aggressionen verstehen“ von Jochen Raue (2008) entnommen.

49 Artikel stammen insgesamt aus der „Zeitschrift für Kinderanalyse“ und der „arbeitshefte kinderpsychoanalyse“. Diese Verteilung wird in der Grafik 1 noch einmal übersichtlich dargestellt:



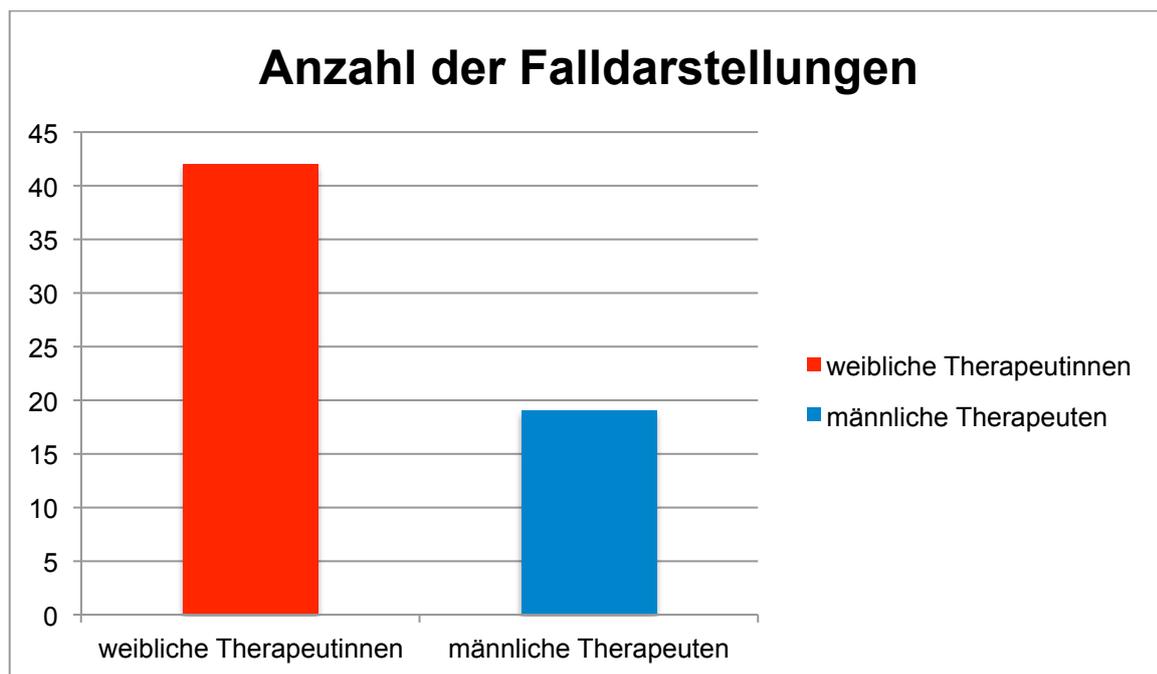
Grafik 1: Orte der Publizierung der ausgewählten Falldarstellungen

Mindestens eine Autorin des Artikels ist zugleich handelnde Therapeutin, die in der Falldarstellung beschrieben wird, Berichte über Supervisionen wurden nicht in die Untersuchung miteinbezogen.

Betrachtet man die Geschlechterverteilung, zeigt sich eine deutliche Mehrheit von weiblichen Autorinnen beziehungsweise Psychotherapeutinnen:

In den 61 Falldarstellungen werden 42 Fälle von Therapeutinnen und nur 19 von männlichen Therapeuten beschrieben.

Das bedeutet, dass rund 69 Prozent der Falldarstellungen von weiblichen Therapeutinnen geschrieben wurden, ein deutlicher Überhang zu den 31 Prozent der von männlichen Therapeuten verfassten Falldarstellungen.



Grafik 2: Verhältnis von weiblichen Therapeutinnen und männlichen Therapeuten in den ausgewählten Falldarstellungen

Leider konnte keine offizielle Erhebung für ganz Österreich oder Deutschland gefunden werden, die Auskunft darüber gibt, wie groß der Anteil der praktizierenden weiblichen beziehungsweise männlichen Psychotherapeutinnen ist, um das Geschlechterverhältnis in den Falldarstellungen mit diesem Verhältnis in Bezug zu setzen.

Eine repräsentative Erhebung (insgesamt wurden 586 Fragebögen ausgewertet) der psychotherapeutischen Angebote für Kinder und Jugendliche, die sich auf das deutsche Bundesland Bayern bezieht, zeigt jedoch, dass der Anteil der männlichen Therapeuten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei 26 Prozent liegt. Der Anteil der weiblichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen liegt hingegen bei 74 Prozent (PTK Bayern 2007).

Diese Zahlen, die sich zwar nur auf den bayerischen Raum beziehen, ähneln jedoch den Anteilen von männlichen und weiblichen Psychotherapeutinnen in den untersuchten Falldarstellungen.

Das Verhältnis des Frauen und Männeranteils in der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie in Bayern deckt sich somit mit dem Verhältnis der Therapeuten und Therapeutinnen in den Falldarstellungen.

Die gefundenen Falldarstellungen wurden anhand der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring analysiert, welche im Folgenden genauer beschrieben wird.

3.2 Methode der qualitativen Inhaltsanalyse

Zur Analyse der nach den eben beschriebenen Kriterien ausgewählten Falldarstellungen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip A.E. Mayring als Forschungsmethode gewählt. Die qualitative Inhaltsanalyse hat das Ziel, Kommunikationsmaterial systematisch bearbeiten zu können (Mayring 2005, 468). Die psychotherapeutischen Falldarstellungen sind, wie bereits im Kapitel „Bedeutung von Falldarstellungen“ ausgeführt, keine „objektiven“ Beobachtungsprotokolle, sondern Kommunikationsmaterial über die Therapieprozesse.

Die qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht, die Aussagen über die beschriebenen Interventionen in den Falldarstellungen zu systematisieren und auch quantitativ zu betrachten. Mit der Inhaltsanalyse wurde eine Methode gewählt, deren Ergebnisse nachvollziehbar sind (Hildebrandt u.a. 2015, 303). Der Vorteil der Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse als Methode für die Bearbeitung der Falldarstellungen ist, dass alle Falldarstellungen systematisch und reduziert bearbeitet werden können. Durch die Reduktion des Textes können jene Textstellen herausgefiltert werden, die für die Untersuchung der beiden Fragestellungen relevant sind.

Durch die Zuordnung von Textabschnitten zu Kategorien wird es außerdem möglich, diese quantitativ betrachten zu können, um beantworten zu können, welche Formen von Interventionen besonders häufig in den Falldarstellungen genannt werden und ob es quantitative Unterschiede in Hinblick auf das Geschlecht des Therapeuten oder der Therapeutin gibt.

Das Kernstück der qualitativen Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem, welches sich auf die ursprüngliche Fragestellung bezieht. Der erste Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Festlegung des Materials bzw. die Identifizierung der Ausschnitte des Materials, die sich auf den Gegenstand der Forschungsfrage beziehen (Lamnek 1988, 518).

Die Vorgehensweise, die diesen Arbeitsschritt betrifft, wird im folgenden Kapitel anhand des Materials dargestellt.

3.2.1 Identifizierung relevanter Textstellen

Um die Falldarstellungen nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse systematisch bearbeiten zu können, muss zunächst festgelegt werden, welche Textausschnitte für die Analyse verwendet werden und wie deren Relevanz festgelegt wird.

Um die Forschungsfrage bearbeiten zu können, ergibt sich die Relevanz einer Textstelle aus zwei Bedingungen: Zum einen muss in der Falldarstellung das aggressive Verhalten eines Kindes beschrieben werden. Zum anderen muss aber auch eine Intervention der Therapeutin auf das beschriebene aggressive Verhalten formuliert werden.

Als *aggressives Verhalten* wird bei der Identifizierung der Textstellen jede Verhaltensform verstanden, die zumindest symbolisch (d.h. im Spiel) gegen einen Menschen oder einen Gegenstand gerichtet ist und diesem Schaden zufügen soll. Auf symbolischer Ebene kann sich das aggressive Verhalten innerhalb eines Spiels, einer Zeichnung oder in einer erzählten Geschichte zeigen, wenn einer (symbolischen) Figur Schaden zugefügt werden soll. Auf realer Ebene kann sich das aggressive Verhalten des Kindes durch einen verbalen oder körperlichen Angriff auf die Psychotherapeutin, auf sich selbst oder aber auf Gegenstände im Raum bzw. den Raum an sich zeigen.

Eine relevante Textstelle besteht daher aus zwei Bestandteilen, welche nicht zwangsläufig unmittelbar hintereinander stehen. Es kann also sein, dass ein aggressives Verhalten beschrieben wird, dann eine Beschreibung folgt, die für die Untersuchung in dieser Masterarbeit nicht relevant ist, und erst dann die Beschreibung einer zu dem Verhalten zugehörigen Intervention folgt. Die tatsächlich relevante

Textstelle, die einer Kategorie zugeordnet wird, ist die Beschreibung der Intervention. Die Textstelle, in der das aggressive Verhalten beschrieben wird, bedingt daher eine relevante Textstelle, wird aber nicht selbst kodiert. Eine Ausnahme gibt es im Kapitel „Grenzsetzung“, in dem auch die Beschreibungen des Verhalten des Kindes kategorisiert werden.

Die Falldarstellungen wurden genau gelesen und Szenen, in denen Verhalten beschrieben wurde, das unter die Begriffsbestimmung „aggressives Verhalten“ fiel, wurden farbig markiert. Dann wurde die Intervention der Therapeutin, sofern diese beschrieben wurde, andersfarbig markiert. Auf diese Weise wurden alle Falldarstellungen systematisch durchgearbeitet. Am Ende wurde ersichtlich, an welchen Textstellen aggressives Verhalten und darauffolgende Interventionen beschrieben wurden.

Wurde nur aggressives Verhalten markiert, so wurden diese Textstellen im weiteren Verlauf der Inhaltsanalyse nicht mehr beachtet.

3.2.2. Kodiereinheit

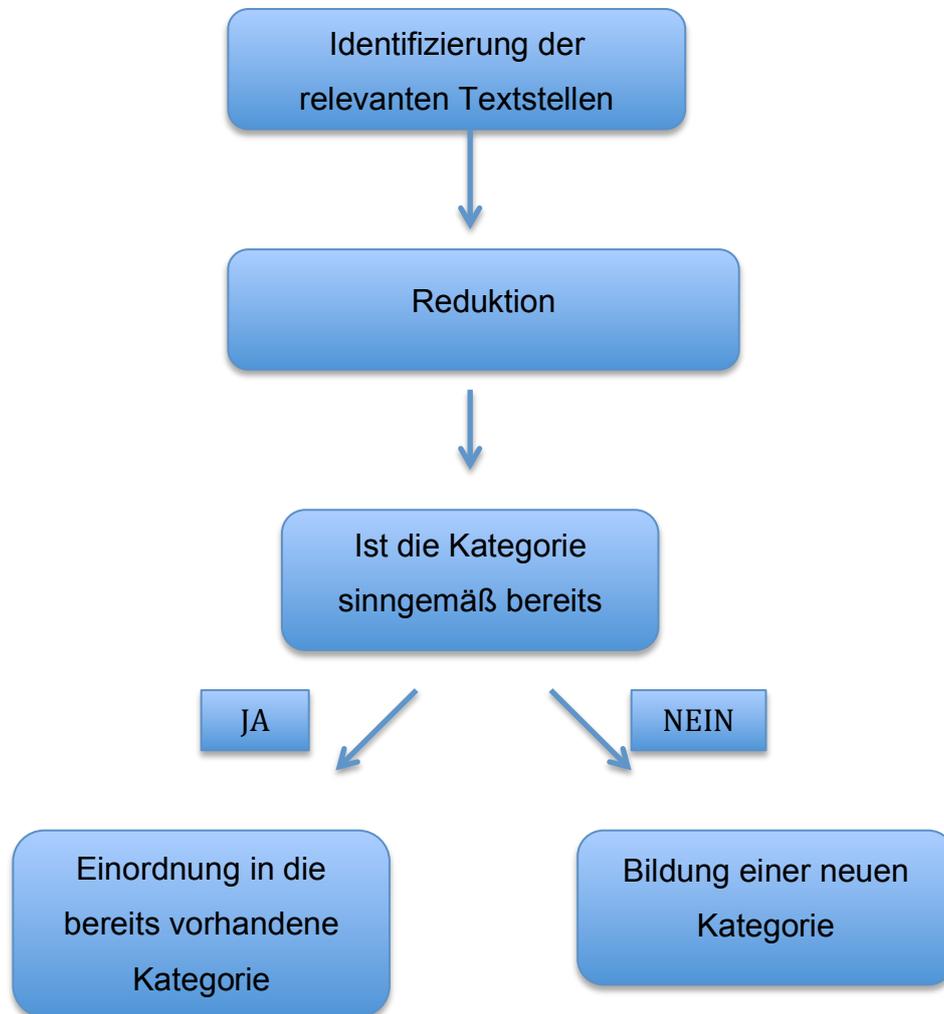
Die Kodiereinheit kann einen Satzteil, meistens jedoch einen ganzen Satz oder sogar mehrere Sätze umfassen. Wurden in einem Satz eine Intervention, aber auch andere Aspekte beschrieben, so wurde nur die Beschreibung der Intervention (bzw. gemäß den Darstellungen im Kapitel zur Grenzsetzung zusätzlich auch die Beschreibung des aggressiven Verhaltens des Kindes) kodiert. Wurde eine Aussage über eine Intervention sinngemäß wiederholt, so wurde diese Aussage nur einmal erfasst.

3.2.3. Kategorienbildung- und einordnung

Die Kategorienbildung erfolgte induktiv, das heißt, dass die Kategorien aus dem Textmaterial heraus entwickelt wurden (Mayring 2000, 10).

Dabei wurden allgemeinere Begriffe (Kategorien) für die Inhalte der relevanten Textstellen gefunden, die sich danach orientierten, welche Intervention von der Therapeutin beschrieben wurden. Ließ sich die Beschreibung einer Intervention nicht in eine bis dahin gefundene Kategorie einordnen, so wurde eine neue Kategorie

gebildet. Dieser Schritt geschah manuell an den kopierten Texten. In der Grafik (3) wird dieser Vorgang veranschaulicht:



Grafik 3: Abbildung des Kodierprozesses (vgl. Jokinen 2014, 17).

Für jede gefundene Kategorie wurde ein eigenes Dokument angelegt. Dann wurden alle Falldarstellungen noch einmal durchgearbeitet und die einzelnen Textstellen in die jeweiligen Word-Dokumente eingetragen.

Wenn auf eine aggressive Handlung zwei verschiedene Interventionen erfolgten, so wurden beide Interventionen den jeweiligen Kategorien erfasst. Wurde in einer Falldarstellung beispielsweise an zwei Textstellen gedeutet, an einer mitgespielt, so erfolgten zwei Einträge in dem Dokument „Deutung“ und einer in dem Dokument „Mitspielen“.

Die Einträge umfassen das Zitat der direkten Textstelle, die Quelle der Fallanalyse, das Geschlecht des Therapeuten bzw. der Therapeutin und eine kurze Anmerkung zum aggressiven Verhalten des Kindes.

Die Bildung der Kategorien erfolgte demnach induktiv im Zuge der Analyse der untersuchten Falldarstellungen, ohne dass diese an dieser Stelle des Vorgehens weiter differenziert wurden. Auf diese Weise wurden vier Kategorien gefunden, denen die Interventionen zugeordnet wurden:

1. Analysieren
2. Grenzsetzung
3. Mitspielen
4. Kommentar

3.2.4 Unterkategorisierung

Anhand der erfassten Textstellen, die bereits den Kategorien zugeordnet wurden, wurden in weiterer Folge Unterkategorien gebildet. Dies soll eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse ermöglichen.

Für die Textstellen der Kategorien „Mitspielen“ und „Grenzsetzung“ wurde versucht, induktiv passende Unterkategorien zu finden, die alle beschriebenen Interventionen der jeweiligen Kategorie umfassen. Es wurde dabei ähnlich verfahren wie bei der Kategorienbildung, indem Unterkategorien erstellt wurden, in die alle Textstellen einer Kategorie eingeordnet werden konnten. Sobald eine Textstelle nicht mehr den bisherigen Unterkategorien zugeordnet werden konnte, wurde eine weitere Unterkategorie gebildet (siehe Grafik 3 der Kategorienbildung).

Gab es Textstellen, die zwar einer Hauptkategorie der Intervention zugeordnet werden konnten, an denen die Interventionsform jedoch nicht weiter ausgeführt wurde, so wurde für diese Textstellen die Unterkategorie „keine genauen Beschreibungen“ gebildet.

Bei der Kategorie „Analysieren“ wurden die Unterkategorien hingegen nicht anhand der gefundenen Textstellen gebildet, sondern es wurde die Einteilung von Ralph R. Greenson (2007) zur Analyse herangezogen.

Bei der Kategorie „Kommentar“ wurden keine Unterkategorien erstellt, da dieser Kategorie insgesamt nur sieben Textstellen zugeordnet werden konnten.

Die erstellten Unterkategorien der anderen Kategorien werden im Folgenden vorgestellt:

Analysieren: (1) Konfrontation, (2) Klärung, (3) Deutung

Grenzsetzung: (1) Körperliches Festhalten, (2) Entzug des Gegenstandes, der Teil des aggressiven Verhaltens ist, (3) Kurze verbale Grenzsetzung, (4) Androhung einer Konsequenz, (5) Anbieten einer alternativen Handlung, (6) Schützendes Davorstellen, (7) verbale Grenzsetzung mit Begründung, (8) Grenze in der Spielhandlung, (9) Keine genauen Beschreibungen

Mitspielen: (1) Einnehmen der Rolle, gegen die aggressiv gehandelt wird, (2) Einnehmen der Rolle des Gegenspielers, (3) Einnehmen einer rettenden Rolle, (4) Einnehmen einer aggressiven Rolle gemeinsam mit dem Kind

Kommentar: Aufgrund der geringen Anzahl der Textstellen keine Unterkategorisierung

Diese Kategorien und Unterkategorien werden im nächsten Kapitel genauer betrachtet. Ankerbeispiele sollen die jeweiligen Unterkategorien verdeutlichen.

3.3 Kategorien der Interventionen

Die vier Kategorien von Interventionen auf aggressives Verhalten, die anhand der qualitativen Inhaltsanalyse aus den Beschreibungen in den Falldarstellungen gebildet wurden, werden nun einzeln und anhand ihrer Unterkategorien vorgestellt.

3.3.1 Analysieren als Intervention

Das Analysieren ist charakteristisch für analytische psychotherapeutische Richtungen und umfasst alle einsichtsfördernden Techniken (Greenson 2000, 50f.). Es ist eine klassische Intervention im Psychotherapieprozess:

„Analysieren bedeutet, Verhalten und Erleben in Hinblick auf unbewusste Hintergründe und Motive zu untersuchen und schließlich zu deuten“ (Ermann 1995, 406).

Durch den besonderen Stellenwert des Analysierens innerhalb der Psychoanalyse ist es wenig verwunderlich, dass das Analysieren des aggressiven Verhaltens des Kindes die häufigste Form der Intervention ist, die in den untersuchten Falldarstellungen auf aggressives Verhalten beschrieben wurde. Insgesamt wurden in den untersuchten Falldarstellungen 171 Beschreibungen von Interventionen gefunden, die der Kategorie „Analysieren“ zugeordnet werden konnten.

3.3.1.1 Die Unterkategorien der Kategorie „Analysieren“

Die gefundenen Interventionen der Kategorie „Analysieren“ werden nach Ralph R. Greenson unterkategorisiert, der die Aufeinanderfolge der Schritte der Analyse zusammengefasst hat als Konfrontation, Klärung, Deutung und Durcharbeiten. Diese Schritte der klassischen Deutungsstrategie bezeichnet er als unterscheidbare Verfahren der Analyse, wobei die Deutung als „das wichtigste analytische Verfahren“ gilt, das allen anderen Schritten „theoretisch als auch praktisch übergeordnet“ ist (Greenson 2000, 51).

Bei der Unterkategorisierung der Interventionen der Kategorie „Analysieren“, die in den untersuchten Falldarstellungen gefunden wurden, wurde Greensons Unterscheidung übernommen.

Der vierte Schritt, der von Greenson als „Durcharbeiten“ bezeichnet wird und eine wiederholende analytische Arbeit bezeichnet, nachdem eine Einsicht vermittelt worden ist, findet hier jedoch keine Verwendung, da eine solche langfristige Form

des Analysierens durch die Kürze der Falldarstellungen nicht identifiziert werden konnte.

Die Unterkategorien werden nun in der Reihenfolge aufgeführt, in der die Schritte nach Greenson im Therapieprozess aufeinander folgen. Für jede Unterkategorie wird erstens eine kurze Beschreibung angeführt, zweitens ein Ankerbeispiel, welches die Unterkategorie anhand von Textstellen erläutern soll, und drittens eine Tabelle, aus der hervorgeht, in welchem Artikel bzw. in welcher Monographie von welcher Autorin die einzelnen Textstellen gefunden wurden sowie die Anzahl der relevanten Textstellen. Werden in dem Artikel bzw. in der Monographie mehrere Falldarstellungen dargestellt, so steht der Name des relevanten Kindes kursiv hervorgehoben neben der Autorin und dem Erscheinungsjahr des Artikels/Werks. Auch bei den weiteren Kapiteln wird diese Vorgehensweise beibehalten, die Reihenfolge wird jedoch bei den anderen Kapiteln von der Häufigkeit der Unterkategorien bestimmt.

A Konfrontation

Die Konfrontation ist nach Greenson der erste Schritt des Analysierens. Ein in Frage stehendes Phänomen wird mit dieser Intervention von der Psychotherapeutin deutlich gemacht (ebd., 51). Die Psychotherapeutin macht ihre Patientin oder ihren Patienten „auf taktvolle und einfühlsame Weise auf ein bestimmtes, näher zu untersuchendes Phänomen aufmerksam, z.B. auf ein bestimmtes Verhalten (besonders rasches Reden, Schweigen usw.) in der Behandlungsstunde“ (Ermann 1995, 406). Eine Konfrontation kann auch schlicht darin bestehen, dass die Therapeutin etwas aus der Erzählung des Patienten oder der Patientin aufgreift und damit signalisiert, dass hier etwas, ihrer Meinung nach, eine besondere Bedeutung hat (König 2002, 50).

Alle Textstellen in den untersuchten Falldarstellungen, die als Intervention auf aggressives Verhalten beschrieben werden, mit der das Kind auf ein besonderes Verhalten oder ein Gefühl aufmerksam gemacht wird, werden somit als „Konfrontieren“ kategorisiert. Mit diesem Kriterium konnten 43 Interventionen gefunden werden, die der Unterkategorie „Konfrontieren“ zugeordnet werden können.

Ein Ankerbeispiel:

„Er zeichnet einen Drachen (...), der sich von rechts zurück ins Bild wendet. Auf einem Felsvorsprung greifen ihn schwarze Ritter mit roten Federn auf dem Kopf an, von denen einer unverkennbar eine Frau darstellt. Sie ist von einem Schwert durchbohrt, das von dem Drachen zu stammen scheint, und die anderen weichen vor ihm zurück, zwei scheinen schon zu fliehen. Als ich die Wut des Drachen auf die Ritter ausspreche, ergänzt Thomas, daß der Drache noch wütender werde, weil er merkt, daß die Verfolger mit ihm mitgehen wollen zu einem neuen Land“ (Lehmann 1999, 370).

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Analysierens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Günther, Charlotte (2010)	2
Barth, Daniel B. (2001)	3
Lerner, Marianne (2005)	1
de Folch, Terttu Eskelinen (2007)	2
Vasilyeva, Nina (2010)	3
Schumacher, Beate (2011)	1
Göttgen, Tanja/ von Klitzing, Kai (2011)	2
Pfleiderer, Barbara (2002)	2
Smolen, Ann G. (2010)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Christoph</i>	1
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	4
Thaler, Anna-Luise (1999)	1
Green, Viviane (2002)	1
Miller, Jill. M. (2002)	4
Badoni, Marta (2003)	1
Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (2001)	1

Miró, Maite/ Grimalt, Antonia (2002)	1
Staehele, Angelika (2007)	2
Lehmann, Nora (1999)	1
Döser, Johannes (2009)	1
Seiler, Klaus (1998)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Tony</i>	3
Harrisson, Martha (2002)	1
Baradon, Tessa (2002)	1
Zahphiriou, Marie/ Gedulter-Trieman, Anat (2002)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Felix</i>	1

B Klärung

Die Klärung ist nach Greenson der zweite Schritt der Analyse. Die Klärung umfasst „Handlungen, die zum Ziel haben, das analysierte psychische Phänomen scharf herauszustellen. Die wichtigen Einzelheiten müssen ausgegraben und sorgfältig von allem getrennt werden, was nicht dazu gehört“ (Greenson 2000, 51). Dieser Schritt wird vor allem durch (Nach)-Fragen gestaltet.

Zur Klärung gehören, vereinfacht ausgedrückt, alle Interventionen, die der Therapeutin helfen, ein besonderes Verhalten zu verstehen (Ermann 1995, 406). Daher ist das Fragen bzw. Nachfragen eine häufige Form der Intervention der Klärung. Interventionen der Klärung können sich dabei leicht mit Interventionen der Konfrontation überschneiden (Greenson 2000, 51).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden alle Interventionen vereinfacht als „Klärung“ kategorisiert, die entweder eine direkte Frage an das Kind beinhalten, oder aber die Aufforderung an das Kind, ein bestimmtes Verhalten zu erklären. Insgesamt konnten in den untersuchten Falldarstellungen 19 solcher Textstellen gefunden werden.

Ein Ankerbeispiel:

„*Th: Die Menschen werden von den Haien gefressen, diese wiederum von den Dinos, diese wiederum von dem Kugelfisch. Was passiert denn mit Dir?*“
(Barth 2001, 27).

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Analysierens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Günther, Charlotte (2010)	1
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	1
Anderson, Robin (2001)	1
Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (Jahr)	3
Barth, Daniel B. (2001)	1
Staehle, Angelika (2007)	1
Staehle, Angelika (2009)	1
Girard-Frésard, Jacqueline (2013):	1
Smolen, Ann G. (2010)	2
Früh, Friedl (2011)	1
Hinz, Barbara (1999)	1
Hopf, Hans (1999), <i>Nadine</i>	1
Sami-Ali, Mahmoud (1998)	1
Stork, Jochen (1999)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Felix</i>	1
von Susani, Christa (2011)	1

C Deutung

Der dritte und wichtigste Schritt der Analyse ist bei Greenson die Deutung. Diese beschreibt er als das „entscheidende Werkzeug“ der Psychoanalyse, wodurch diese sich auch von anderen Therapieformen unterscheidet (Greenson 2000, 52f.).

Die Intervention des Deutens charakterisiert Ermann (1995, 406) zufolge überhaupt erst die klassische Psychoanalyse.

Jeder andere Schritt der Analyse bereitet die Deutung lediglich vor beziehungsweise weitet diese aus (Greenson 2000, 52f.). Die Deutung ist eng mit dem Unbewussten verwoben:

„Deuten heißt, ein unbewußtes Phänomen bewußtmachen. Genauer heißt es, den unbewußten Sinn, die unbewußte Quelle, Vorgeschichte, Art und Weise oder Ursache eines bestimmten psychischen Ereignisses bewußtmachen. Dies erfordert gewöhnlich mehr als eine Intervention. Der Analytiker benützt sein eigenes Unbewußtes, seine Empathie und Intuition wie auch sein theoretisches Wissen, um zu einer Deutung zu gelangen. Indem wir deuten, gehen wir über das hinaus, was leicht zu beobachten ist, und wir schreiben einem psychischen Phänomen Bedeutung und Kausalität zu“ (ebd.).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wird jede Intervention der Therapeutin als „Deutung“ kategorisiert, die eine Vermutung darüber ausdrückt, welche unbewussten Phantasien das Verhalten des Kindes steuern und welche Wünsche bzw. Beziehungsvorstellungen damit verbunden sind. Sie ist daher eine hypothetische Erklärung (Machleidt u.a. 1973, 160f.).

Es wurden 109 Textstellen in den untersuchten Falldarstellungen gefunden, die nach diesem Kriterium eine Deutung beschreiben. Damit ist die Unterkategorie der Deutung auch die am häufigsten beschriebene Form einer Intervention im Vergleich zu allen anderen Kategorien.

Das Ankerbeispiel:

„Konsequent deutete ich daher Marinas Verhalten als Angst vor Unterwerfung und vor Manipulation, die sie umzukehren suche, vielleicht ja auch, damit ich sie erleben und nachvollziehen könne“ (Günther 2010, 339).

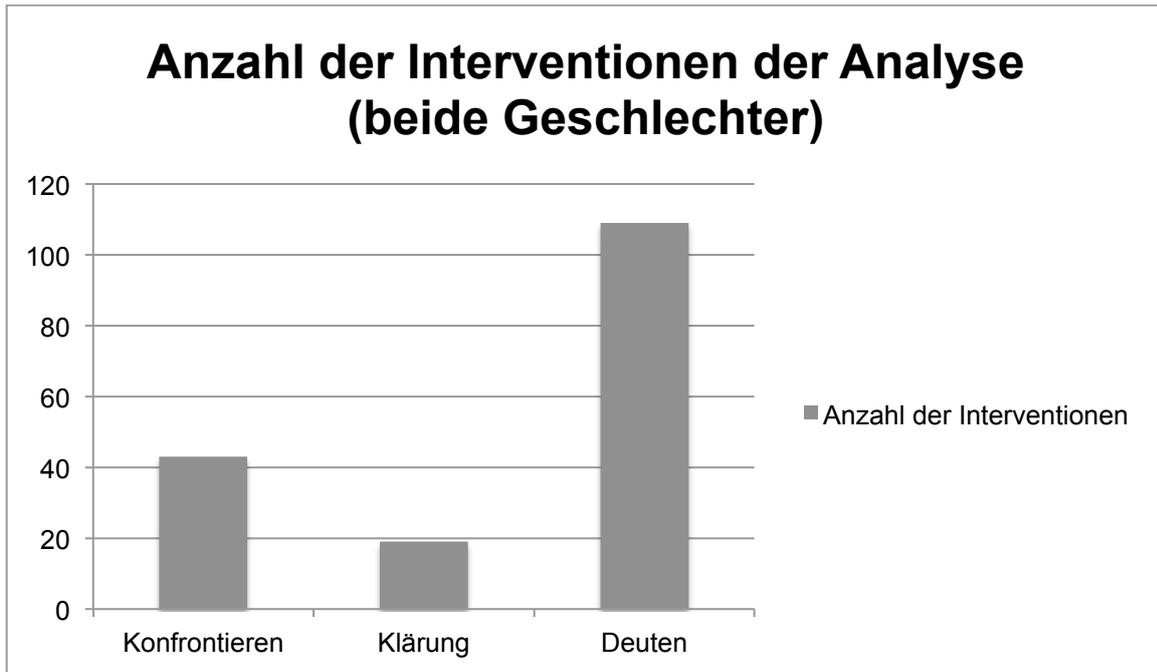
In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Analysierens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Miller, Jill. M. (2002)	5
Günther, Charlotte (2010)	2
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	8
Baruch, Geoffrey (2000)	11
Anderson, Robin (2001)	2
Diatkine, René/ Simon, Janine (2001)	2
Barth, Daniel B. (2001)	1
Maiello, Suzanne (2003)	1
Bertolini, Mario (2003)	1
Rustad, Anne Kristin (2007)	6
Staehele, Angelika (2007)	1
de Folch, Terttu Eskelinen (2007)	3
Wolf, Reinhold (2009)	1
Staehele, Angelika (2009)	3
Wyler von Ballmoos, Anna (2009)	2
Vasilyeva, Nina (2010)	1
Göttken, Tanja/ von Klitzing, Kai (2011)	1
Girard-Frésard, Jacqueline (2013)	1
Kreft, Irmgard/ Köpp, Werner/ Kernberg, Otto Friedmann (2014)	1
Pfleiderer, Barbara (2002)	2

Susani, Christa (1999)	1
Lehmann, Nora (1999)	3
Hinz, Barbara (1999)	5
Barrows, Paul (2005)	2
Barrows, Paul (2005)	1
Hopf, Hans (1999), <i>Sebastian</i>	4
Hopf, Hans (1999), <i>Susi</i>	2
Wincenty, Nannette (2003)	1
Döser, Johannes (2009)	3
Raue, Jochen (2008), <i>Christoph</i>	2
Rhode, Maria (1999)	1
Schulz, Ursula (1998)	5
Stork, Jochen (1999)	3
Hopf, Hans (1998), <i>Achim</i>	2
Raue, Jochen (2008), <i>Tony</i>	3
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	3
Thaler, Anna-Luisa (1999)	1
Harrisson, Anne (2002)	2
Green, Viviane (2002)	8
Zahphiriou, Marie/ Gedulter-Trieman, Anat (2002)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Felix</i>	1

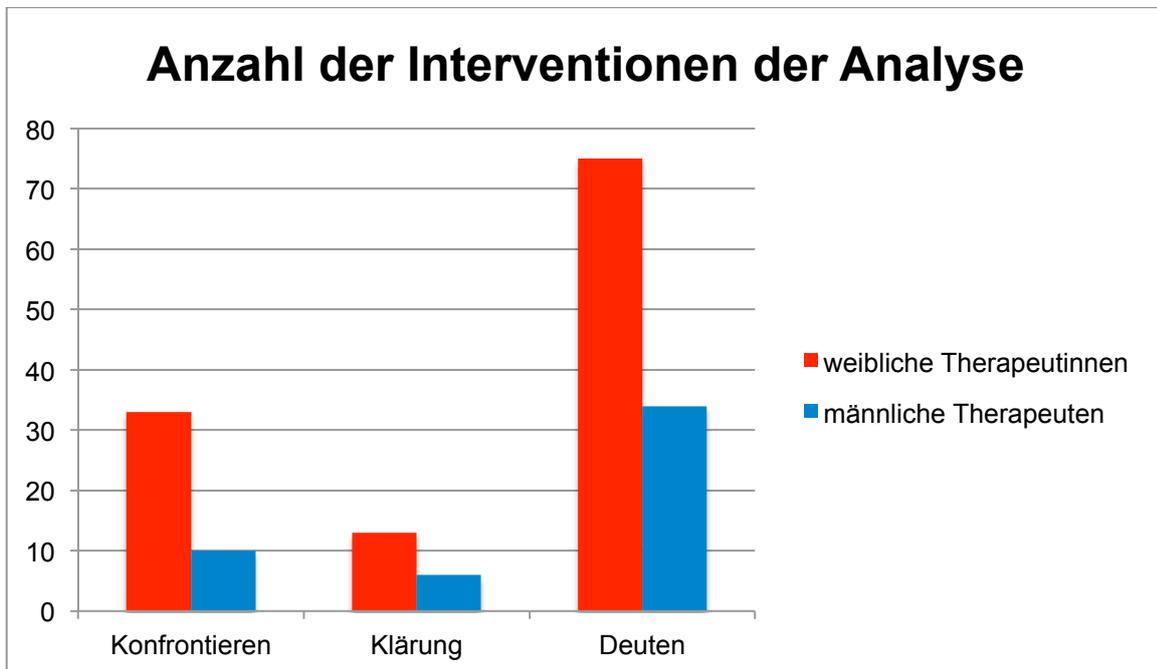
3.3.1.2 Zusammenfassung der Analyse der Textstellen, die der Kategorie „Analysieren“ zugeordnet werden konnten

Wie aus der Grafik (4) ersichtlich, ist die Deutung mit 109 Beschreibungen die am häufigsten in den untersuchten Falldarstellungen beschriebene Intervention des Analysierens auf aggressives Verhalten der Kinder, sie ist aber auch die häufigste Form der Interventionsform überhaupt. Auch das Konfrontieren wurde mit 43-mal im Vergleich zu den anderen Interventionen sehr häufig beschrieben. Die Klärung ist, mit 19 zugeordneten Textstellen, die am seltensten beschriebene Intervention in der Kategorie des Analysierens.



Grafik 4: Anzahl der Interventionen der Kategorie „Analysieren“

Betrachtet man in einem Geschlechtervergleich nur die Interventionen der Kategorie „Analysieren“ der weiblichen Therapeutinnen, zeigt sich ein ähnliches Bild:



Grafik 5: Geschlechtervergleich vom Analysieren

Auch wenn man die in den Falldarstellungen beschriebenen Interventionen der Kategorie „Analysieren“ der männlichen Therapeuten ansieht (Grafik 5), zeigt sich,

dass die Verteilung der Interventionen in den Kategorien Konfrontieren, Klärung und Deuten ebenfalls sehr ähnlich ist.

In der Kategorie „Analysieren“ lässt sich daher kein bedeutender Unterschied in den Beschreibungen der Interventionen der Therapeuten und Therapeutinnen erkennen.

3.3.2 Grenzsetzung als Intervention

Wie im Kapitel „Umgang mit Aggressionen in therapeutischen Situationen“ deutlich wurde, gibt es einen starken Zusammenhang zwischen den theoretischen Überlegungen bezüglich des Umgangs mit Aggressionen und jenen zu Grenzsetzungen in der Therapie. Es macht daher Sinn, die Grenzsetzung als Intervention bei aggressivem Verhalten noch genauer zu untersuchen, als es bei den anderen Interventionsformen in dieser Masterarbeit getan wird.

So erscheint bei der Grenzsetzung beispielsweise besonders relevant, auf welches Verhalten diese erfolgte. Eine ähnliche Untersuchung haben Haim G. Ginott und Dell Lebo (1961) durchgeführt, die durch Befragungen feststellten, auf welche Verhaltensweisen Therapeutinnen aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen Grenzen in der Therapie setzen würden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen sich vergleichen mit den Ergebnissen der Untersuchung der Falldarstellungen bezüglich der Frage, auf welches Verhalten der Kinder Grenzsetzungen erfolgten. Daher wird in diesem Kapitel, wie in den Untersuchungen von Ginott und Lebo (1961), das vorangehende Verhalten des Kindes erfasst und kategorisiert, um einen Vergleich anstellen zu können.

3.3.2.1 Das aggressive Verhalten des Kindes, auf das Begrenzungen beschrieben wurden

In diesem Kapitel soll das aggressive Verhalten des Kindes, das in den Falldarstellungen beschrieben und auf welches eine Grenzsetzung der Therapeutin folgt, kategorisiert werden.

Das vorangehende aggressive Verhalten des Kindes, auf welches sich die Grenzsetzungen in den Falldarstellungen beziehen, wurde acht Kategorien zugeordnet. Es konnten also bei der Betrachtung aller ausgewählter Falldarstellungen insgesamt acht verschiedene Formen aggressiven Verhaltens der Kinder gefunden werden, auf die eine Grenzsetzung folgte.

A Körperlicher Angriff auf die Therapeutin

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Adler-Corman, Petra (2012)	1
Hurry, Anne (2002)	1
Diatkine, Renè/ Simon, Janine (2001)	1
Joseph, Betty (2008)	1
Kreft, Irmgard/ Kernberg, Otto F./ Kernberg u.a. (2014), <i>Nadine</i>	2
Hopf, Hans (1998)	1
Döser, Johannes (2009)	2
Raue, Johannes (2008)	4
Hurry, Anne (2002)	1
Baradon, Tessa (2002)	1
Harrison, Anne (2002)	2

Diese Kategorie beschreibt den Angriff des Kindes auf den Körper bzw. einen Körperteil der Therapeutin. Dazu gehört schlagen, beißen, kratzen etc. Auf eine solche Form des aggressiven Verhaltens wurde in den Falldarstellungen 17-mal eine Grenzsetzung beschrieben. Somit ist der körperliche Angriff auch das Verhalten, auf das am häufigsten eine Grenzsetzung beschrieben wurde. Es folgt ein Ankerbeispiel:

„Plötzlich attackiert er mich wieder, ohne dass ich überhaupt Zeit habe, zu reagieren: In-die-Augen-Stecken, Treten, Hauen, Bespuken und Anrempeln als konkrete Aktionen wechseln in rasender Folge und verlangen erst einmal nach Schutz“ (Raue 2008, 17).

B Angriff auf Praxisraum

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Baruch, Geoffrey (2000)	2
Anderson, Robin (2001)	1
Staehele, Angelika (2007)	1
Rhode, Maria (2009)	1
Hopf, Hans (2009)	4
Vasilyeva, Nina (2010)	1
Hinz, Barbara (1999)	1
Hopf, Hans (1998), <i>Susi</i>	1
Raue, Jochen (2008), <i>Christoph</i>	1
Schulz, Ursula (1998)	1
Harrison, Anne (2002)	1

Der Angriff auf den Praxisraum ist die zweithäufigste Form aggressiven Verhaltens des Kindes, auf das in den Falldarstellungen eine Grenzsetzung beschrieben wurde. Hiermit ist gemeint, dass das Kind den Boden, die Wände oder Möbel beschädigt bzw. versucht, zu beschädigen. Ein Ankerbeispiel:

„Auch in der Realität erprobte er seine Grenzen: In meinem Büro versuchte er mit Wasser oder Wasserfarben Schaden anzurichten, bewarf die Wände mit harten Spielsachen und versuchte, Löcher zu schlagen“ (Vasilyeva 2010, 176)

C Androhung oder Versuch eines körperlichen Angriffs auf die Therapeutin

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	1
Staehele, Angelika (2007)	1
Hopf, Hans (2009)	1
Hopf, Hans (1998), <i>Sebastian</i>	1
Seiler, Klaus (1998)	1

Die Kategorie „Androhung oder Versuch eines körperlichen Angriffs auf die Therapeutin“ wird hier bewusst von der Kategorie „Angriff auf die Therapeutin“ unterschieden. Eine Androhung kann auf verschiedene Arten und Weisen erfolgen (verbal, mit körperlichen Gesten etc.), es muss aber nicht tatsächlich von dem Kind geplant sein, diese Handlung auch durchzuführen. Da die Androhung von der Therapeutin begrenzt wird, kann im Nachhinein nicht mehr gesagt werden, ob das Kind über eine Drohung hinaus gegangen wäre oder nicht. Es folgt ein Ankerbeispiel:

*„Pascal richtete die Armbrust auf mich und drohte, auf mich zu schießen“
(Hopf 2009, 345)*

D Androhung oder Versuch der Zerstörung von Gegenständen

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	1
Hopf, Hans (2009)	1
Hinz, Barbara (1999)	1

Hopf, Hans (1998), <i>Achim</i>	1
Raue, Jochen (2008), <i>Tony</i>	1

Die Kategorie beschreibt die Androhung des Kindes, Spielmaterial oder Ähnliches im Praxisraum zu zerstören, oder aber den tatsächlichen Versuch des Kindes, eine solche Handlung auszuführen, die jedoch von der Therapeutin unterbunden wird. Auf eine solche Verhaltensweise wurde fünfmal eine Grenze gesetzt. Sie ist demnach die dritthäufigste Form aggressiven Verhaltens, auf das in den Falldarstellungen eine Grenzsetzung beschrieben wurde. Diese Kategorie unterscheidet sich von der Kategorie „Angriff auf den Praxisraum“ insofern, als dass es hier um einzelne Gegenstände geht, nicht um Wände, Fußboden etc. Ein Ankerbeispiel:

„Da entdeckt er einige getonte Gegenstände, die auf dem Fensterbrett liegen, die einige Kinder vorher gefertigt haben. Es geht hin und möchte sie zerschlagen. Ich stelle mich schützend davor“ (Hopf 1998, 152).

E Aggressives Spiel

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Günther, Charlotte (2010)	1
Barth, Daniel B. (2001)	1

Die Kategorie „Aggressives Spiel“ beschreibt Situationen, in denen das Kind innerhalb eines Spiels aggressiv handelt, ohne die Therapeutin dabei anzugreifen. Es wurden zwei Situationen gefunden, die dieser Kategorie zugeordnet wurden. Ein Ankerbeispiel ist:

„Die Sitzung darauf inszeniert sie Krieg und Vergewaltigung. Es ist eine für uns beide enorm belastende Stunde. Nur ein dezidiertes Nein von mir schützt vor Retraumatisierung“ (Günther 2010, 345).

F Selbstverletzendes Verhalten

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	2

Selbstverletzendes Verhalten ist eine besondere Form der Aggression, bei der das Kind die aggressive Handlung gegen sich selbst richtet, in dem es sich absichtlich selbst wehtut oder sogar Verletzungen zufügt. Auf diese Form der Aggression wurde in den Falldarstellungen zweimal eine Grenzsetzung beschrieben. Ein Ankerbeispiel:

„Schoß ich ein Tor, wälzte er sich vor Wut und Verzweiflung auf dem Boden oder schlug den Kopf gegen die Schreibtischplatte“ (Hurry 2002, 99).

G Keine genaue Beschreibung

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der Textstellen, in der das Verhalten des Kindes beschrieben wird
Raue, Jochen (2008) <i>Christoph</i>	1
Raue, Jochen (2008) <i>Tony</i>	1

Bei zwei Textstellen, die ein Verhalten beschreiben, auf welches eine Grenzsetzung erfolgte, ist die genaue Handlung des Kindes unklar. Beide Textstellen werden hier zitiert:

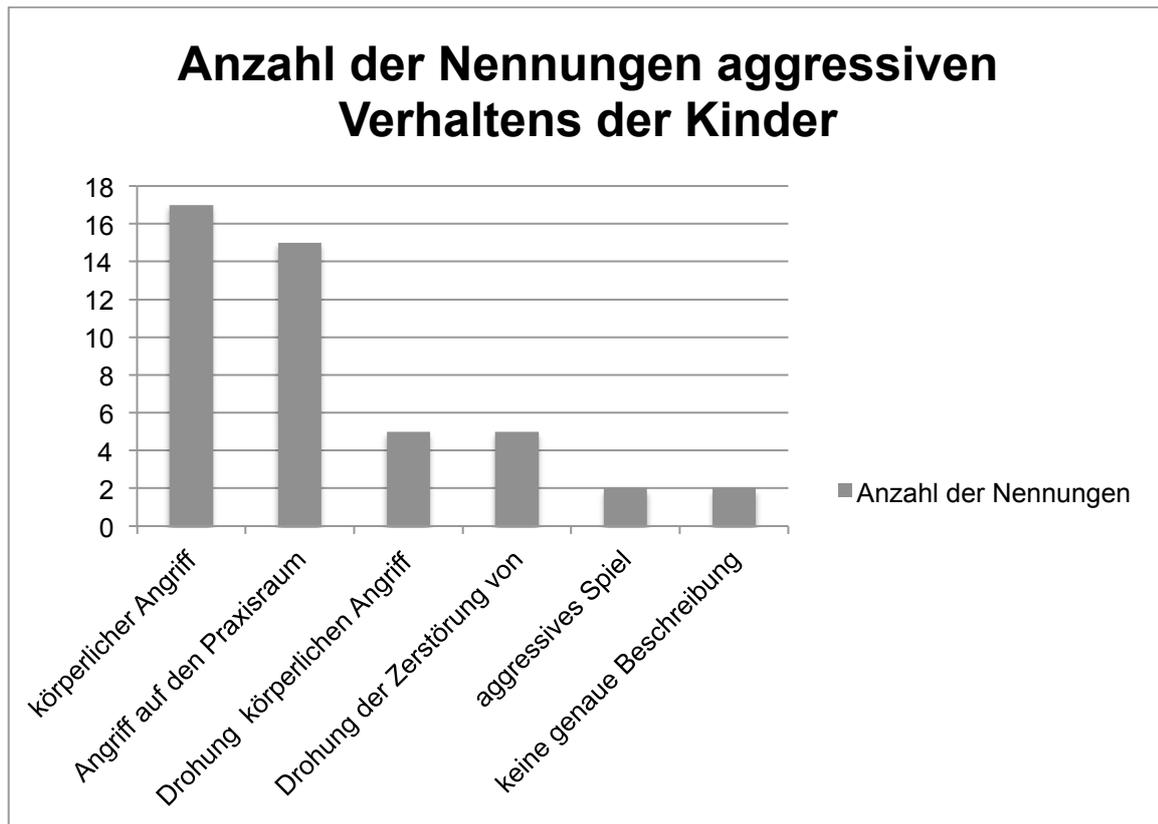
„In der 32. Stunde fordert er mich aus seinem Agieren heraus auf, ihn doch zu schlagen, und provoziert mit seinen Aktionen so, dass ich ihn festhalten muss, wobei er geschlagen und gekitzelt werden will, was mich große Mühe kostet, es zu unterlassen“ (Raue 2008, 18).

Durch die Beschreibung des kindlichen Verhaltens als Agieren und Provokation kann man das Handeln als aggressives Handeln begreifen. Dieses wird jedoch nicht genauer ausgeführt. Ähnlich ist es bei dieser Textstelle:

„Tony agiert noch wilder als im Erstgespräch und setzt mich immer wieder destruktiven Aktionen aus, deren ich anfangs nur Herr werde, indem ich ihn fast die ganze Stunde festhalte“ (Raue 2008, 84).

Auch hier wird, vom gleichen Autor wie bei der ersten Textstelle, nur von destruktiven Aktionen gesprochen, die ein aggressives Verhalten nahe legen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Grenzsetzungen vor allem als Reaktionen auf Angriffe auf den Praxisraum sowie auf körperlichen Angriffe auf die Therapeutin in den Falldarstellungen beschrieben werden.



Grafik 6: Das aggressive Verhalten der Kinder, auf das eine Grenzsetzung folgte

Die Studie von Ginott und Lebo (1961), die bereits im Kapitel „Umgang mit Aggressionen in kindertherapeutischen Situationen“ angeführt wurde, wird nun noch einmal genauer betrachtet. Wie schon beschrieben, war ein Ergebnis der Studie, dass die Therapeutinnen aussagten, dass sie vor allem aggressives Verhalten der Kinder in therapeutischen Situationen begrenzen würden.

Bei 7 der 54 aufgelisteten Kategorien überwog die Antwort „Ja“ gegenüber der Antwort „Nein“ auf die Frage, ob dieses Verhalten in therapeutischen Situationen begrenzt werde. Diese Verhaltensweisen sind die folgenden (ebd., 338):

1. Das Urinieren oder Defäkieren
2. Das Zerstören von teurem Spielmaterial
3. Das Schießen auf die Therapeutin
4. Sexuelle Handlung mit der Therapeutin
5. Das Anmalen von teurem Spielmaterial
6. Fesseln der Therapeutin
7. Leichtes Schlagen der Therapeutin

Obwohl Ginott und Lebo andere Kategorien für die Erforschung der einzelnen Verhaltensweisen verwendeten, als es bei der Untersuchung der Falldarstellungen im Rahmen dieser Masterarbeit getan wurde, lassen sich klare Überschneidungen erkennen. Abgesehen von den beiden Kategorien, die eine Drohung beschreiben, und der Kategorie des aggressiven Spiels, lassen sich alle in den Falldarstellungen genauer beschriebenen aggressiven und begrenzten Verhaltensweisen in den Kategorien von Ginott und Lebo wiederfinden.

Die Ergebnisse von Ginott und Lebo sowie die Ergebnisse der Untersuchung der Falldarstellungen decken sich außerdem mit der Fachliteratur, in der sich die meisten Analytikerinnen einig sind, dass der Angriff auf die Therapeutin oder den Praxisraum begrenzt werden sollte (Bixler 1949, Lerner 1987, Kugele 1995, Hurry 2002, Zilberstein/Abel 2012, u.a.).

Untersuchungen zu der Frage, welche Formen von Grenzsetzungen in der Kindertherapie verwendet werden, konnten im Rahmen der Recherche für diese Masterarbeit jedoch nicht gefunden werden. Die in den Falldarstellungen beschriebenen Grenzsetzungen werden im folgenden Kapitel anhand der oben genannten Unterkategorien beschrieben und in Bezug auf ihre Häufigkeit verglichen.

3.3.2.2 Die Unterkategorien der Kategorie „Grenzsetzung“

In diesem Kapitel soll betrachtet werden, welche Formen von Grenzsetzungen auf aggressives Verhalten von Kindern in therapeutischen Situationen von den Psychotherapeutinnen in den Falldarstellungen mit welcher Häufigkeit genannt werden.

Als Grenzsetzung wird hier jede Intervention verstanden, die eindeutig darauf abzielt, das aggressive Verhalten des Kindes zu unterbrechen. Eine solche Form der Intervention konnte in den Falldarstellungen insgesamt an 48 Textstellen gefunden werden. Die 48 Grenzsetzungen wurden elf Unterkategorien zugeteilt.

Die Unterkategorien für die Kategorie „Grenzsetzung“ werden nun beschrieben.

A Körperliches Festhalten

Die in den Falldarstellungen am häufigsten, insgesamt elfmal, beschriebene Form der Grenzsetzung auf aggressives Verhalten ist das körperliche Festhalten des Kindes. Dieser Kategorie wurden alle Interventionen zugeordnet, die ein Festhalten einzelner Körperteile des Kindes, wie der Hände oder Arme, oder aber das Festhalten des ganzen Kindes beschreiben.

Das Ankerbeispiel:

*„Ich musste seine Fäuste festhalten, um ihn daran zu hindern, mich zu boxen“
(Baradon 2002, 179).*

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form der Grenzsetzung gefunden:

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	1
Staehele, Angelika (2007)	1
Joseph, Betty (2007)	1
Rhode, Maria (2008)	1
Hopf, Hans (2009)	1
Kreft, Irmgard/ Köpp, Werner u.a. (2014), <i>Nadine</i>	1
Hinz, Barbara (1999)	1
Jochen, Raue (2008), <i>Christoph</i>	2
Jochen, Raue (2008), <i>Tony</i>	2
Baradon, Tessa (2002)	1

B Entzug des Gegenstandes, der Teil des aggressiven Verhaltens ist

Mit „Entzug des Gegenstandes, der Teil des aggressiven Verhaltens ist“, ist eine Intervention gemeint, die darin besteht, dass die Therapeutin den Gegenstand wegnimmt, welcher Teil der aggressiven Handlung ist. Bedroht das Kind beispielsweise die Therapeutin mit einem Gegenstand, so wird dieser Gegenstand entzogen. Diese Form der Grenzsetzung wird in den Falldarstellungen am zweithäufigsten, insgesamt achtmal, beschrieben.

Das Ankerbeispiel:

„Sofort geht er mit seinem Taschenmesser auf mich los, das er sich aber leicht abnehmen lässt“ (Raue 2008, 22).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der betreffenden Textstellen
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	1
Baruch, Geoffrey (2000)	2
Anderson, Robin (2001)	1
Rhode, Maria (2009)	1
Hopf, Hans (2009)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Christoph</i>	2

C Kurze verbale Grenzsetzung

Die Kategorie „Kurze verbale Grenzsetzung“ umfasst alle beschriebenen Interventionen, die eine kurze sprachliche Grenze darstellen. Es ist die dritthäufigste Form der Grenzsetzung, die in den Falldarstellungen auf aggressives Verhalten beschrieben wird. Sie wird insgesamt sechsmal beschrieben. Die Therapeutin drückt in diesem Fall kurz verbal aus, dass die Handlung des Kindes begrenzt werden muss, ohne dass sie dafür eine Begründung formuliert oder eine Konsequenz androht. Auch

wenn in der Falldarstellung von einem Verbot gesprochen wird, welches ausgesprochen wurde, zählt diese Form der Grenzsetzung zu dieser Kategorie.

Das Ankerbeispiel:

„Es ist eine für uns beide enorm belastende Stunde. Nur ein dezidiertes Nein von mir schützt vor Retraumatisierung“ (Günther 2010, 345).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Günther, Charlotte (2010)	1
Staehele, Angelika (2007)	1
Hinz, Barbara (1999)	1
Hopf, Hans (1998), <i>Sebastian</i>	1
Seiler, Klaus (1998)	1
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	1

D Androhung einer Konsequenz

Eine ebenfalls verbale Grenzsetzung beschreibt die Kategorie „Androhung einer Konsequenz“. Bei dieser Intervention gibt die Therapeutin dem Kind zu verstehen, dass auf das Fortführen der aggressiven Handlung eine für das Kind unangenehme Konsequenz folgen wird, die dem Kind beschrieben wird. Diese Form der Grenzsetzung auf aggressives Verhalten konnte fünfmal identifiziert werden.

Das Ankerbeispiel:

„Solange die Therapeutin noch verbalisieren konnte, sagte sie auch: ‚Nadine, du weißt, wie das weitergeht. Wenn du mich angreifst, muss ich dich festhalten, muss ich die Notbremse ziehen, und dann bin ich die starke Mächtige und du fühlst dich hilflos‘“ (Kreft u.a. 2014, 17).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	1
Hurry, Anne (2002), <i>Paul</i>	1
Kreft, Irmgard/ Köpp, Werner u.a. (2014), <i>Nadine</i>	1
Harrisson, Anne (2002)	2

E Anbieten einer alternativen Handlung

Bei der Unterkategorie „Anbieten einer alternativen Handlung“ handelt es sich insofern um eine Grenzsetzung, als dass die aktuelle Handlung des Kindes begrenzt wird, indem eine andere Handlung vorgeschlagen wird. Diese Kategorie wurde sechsmal genannt.

Das Ankerbeispiel:

„Und er gesteht mir, er habe eine ‚Mordswut‘. Er wolle am liebsten für immer aus der Therapie abhauen und er müsse mich hauen. Mit diesen Worten geht er auf mich los. Ich versuche in meiner Not, seine körperliche Attacke recht unbeholfen umzulenken, in irgendeine Form zu bringen, und es fiel mir dazu ein Spiel aus der Kindheit ein, in dem man die Fäuste zu einem Turm aufeinander schlägt, bis er im Durcheinander zusammenstürzt. Er findet das einigermaßen witzig und nicht schlecht, so dass er sich fürs Erste beruhigt“ (Döser 2009, 56).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Hopf, Hans (2009)	1
Döser, Johannes (2009)	2

Seiler, Klaus (1998)	1
Harrisson, Anne (2002)	1
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	1

F Schützendes Davorstellen

Eine weitere Form der Grenzsetzung, die jedoch nur zweimal in derselben Falldarstellung als Intervention auf aggressives Verhalten gefunden wurde, ist das Sich-vor-das-Kind-stellen der Therapeutin, um dessen (geplante) Handlung zu unterbinden.

Das Ankerbeispiel:

„Da entdeckt er einige getonte Gegenstände, die auf dem Fensterbrett liegen, die einige Kinder vorher gefertigt haben. Es geht hin und möchte sie zerschlagen. Ich stelle mich schützend davor“ (Hopf 1998, 152).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Hopf, Hans (1998), <i>Achim</i>	2

G Verbale Grenzsetzung mit Begründung

Eine weitere verbale Grenzsetzung ist die sprachliche Grenzsetzung, die jedoch auch eine, von der Therapeutin formulierte, Begründung für die Grenze beinhaltet. Diese Form der Intervention konnte jedoch nur zweimal in den Falldarstellungen gefunden werden.

Das Ankerbeispiel:

„Ich weise ihn verstärkt darauf hin, warum ich immer wieder Grenzen setzen muß und er manches nicht kaputt machen kann. Meine Aufgabe sei es, unter anderem dafür zu sorgen, daß er, aber auch andere Kinder hier einen guten Platz haben, einen unbeschädigten Platz. Und ich will nicht, daß er immerzu Angst haben muß. Wenn ich ihn etwas kaputt machen lassen, dann erlaube ich in seiner Vorstellung auch den anderen Kindern, hier etwas kaputtzumachen. Und ihn quälte dann ständig die Angst, daß er einen zerstörten Raum vorfindet“ (Schulz 1998, 88).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Hopf, Hans (1998), <i>Susi</i>	1
Schulz, Ursula (1998)	1

H Grenze in der Spielhandlung

Eine weitere Form der Grenzsetzung, die jedoch nur ein einziges Mal in den Falldarstellungen gefunden wurde, ist die Begrenzung der Spielhandlung. Diese Intervention begrenzt die geplante Spielhandlung des Kindes, nicht aber das Spiel an sich. Die Therapeutin begrenzt die geplante Entwicklung des Spiels.

Das Ankerbeispiel:

„Lukas hat eine Plastikfigur mitgebracht, welche Godzilla darstellt.

Lu: (Baut eine Stadt aus Bauklötzen – was Lukas erstmals seit der Beginn der Therapie tut.)

So, jetzt macht der Godzilla alles kaputt und tötet auch die vier Stofftiere.

Th: (Ich lasse ihn gewähren, bewundere die Stärke des Godzilla. Godzilla wundert sich nicht über meine Bewunderung und ist unbeirrt zerstörerisch – wie es seine Aufgabe ja ist. Ich merke, daß in mir eine Bestimmtheit auftritt:

Godzilla darf nicht alle Stofftiere töten. Ich bestehe darauf, daß das letzte unverwundbar sei“ (Barth 2001, 30).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Barth, Daniel B. (2001)	1

I Keine genauen Beschreibungen

In insgesamt acht aufgefundenen Textstellen wurde zwar deutlich gemacht, dass eine Grenzsetzung seitens der Therapeutin erfolgte, deren Form wird jedoch innerhalb der Falldarstellung nicht explizit gemacht.

Das Ankerbeispiel:

„Meine klaren Grenzsetzungen hinsichtlich seiner destruktiven Attacken konnte er während der ersten Begegnung noch gut akzeptieren“ (Hopf 2009, 345).

Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Kapitels	Anzahl der relevanten Textstellen
Adler-Corman, Petra (2012)	1
Diatkine, René/ Simon, Janine (2001)	1
Hopf, Hans (2009)	2
Vasilyeva, Nina (2010)	1
Hopf, Hans (1998), <i>Susi</i>	1
Raue, Jochen (2008), <i>Tony</i>	1

3.3.2.3 Untersuchung von verbalen und nonverbalen Grenzsetzungen

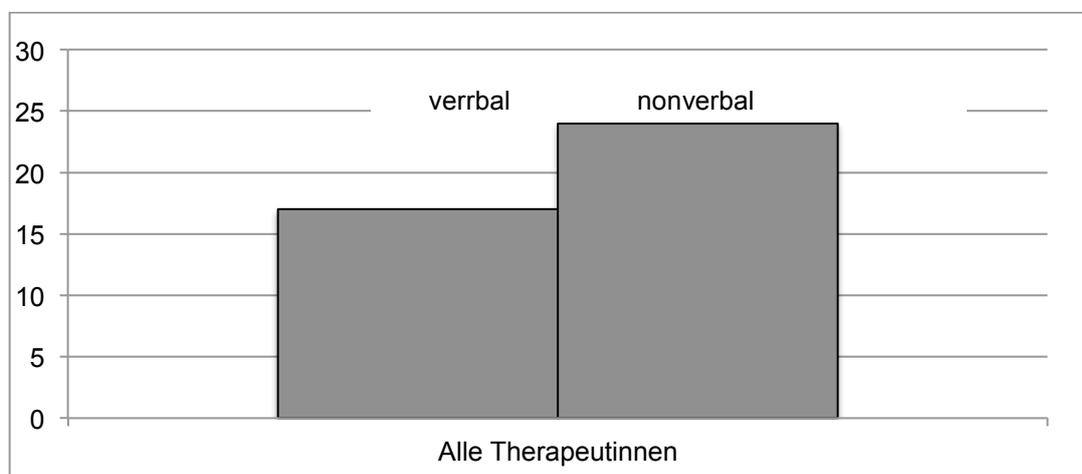
In diesem Kapitel soll untersucht werden, wie sich das Verhältnis von Beschreibungen verbaler und nonverbaler Grenzsetzungen darstellt. Diese sollen außerdem unter geschlechterspezifischen Gesichtspunkten miteinander verglichen werden.

Als nonverbale Grenzsetzungen werden hier alle Interventionen verstanden, die ohne Sprache dem aggressiven Verhalten des Kindes eine Grenze setzen, z.B. durch körperliches Festhalten oder den Entzug eines Gegenstands.

Als verbale Grenzsetzungen werden hier alle Interventionen verstanden, die sprachlich dem aggressiven Verhalten des Kindes eine Grenze setzen, z.B. durch Androhung einer Konsequenz.

Von den insgesamt 48 Beschreibungen von Grenzsetzungen lassen 41 Beschreibungen zu, einzuschätzen, ob die jeweilige Grenzsetzung verbal oder nonverbal erfolgte.

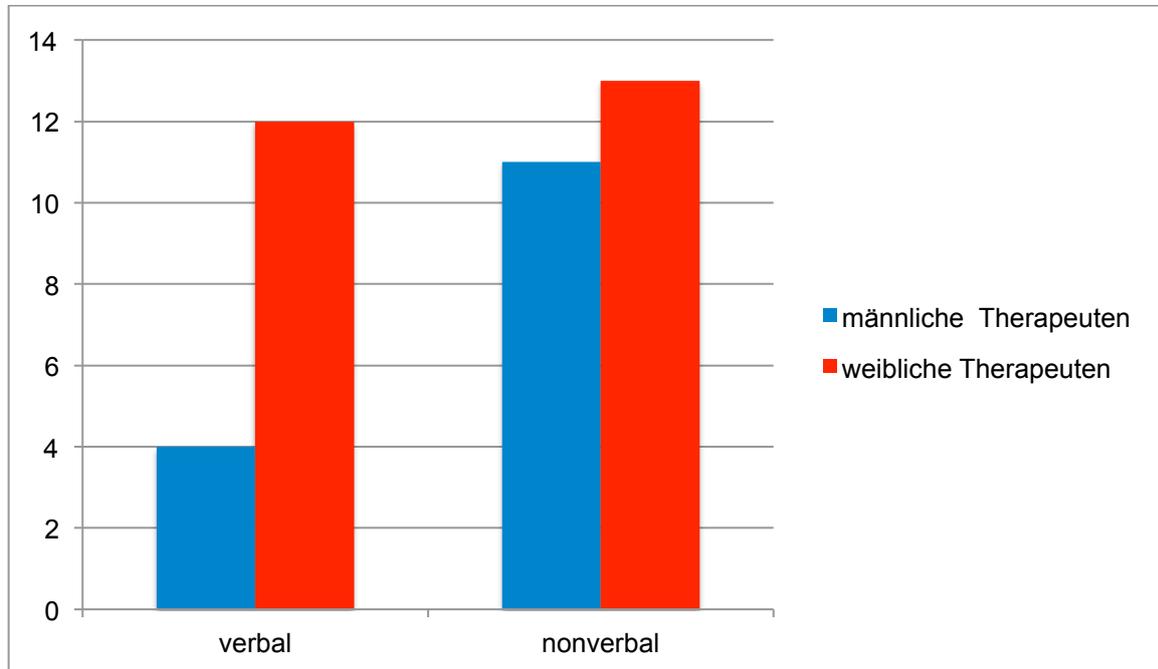
Das Ergebnis ist in der Grafik (7) zu sehen:



Grafik 7: Anzahl der Nennungen der verbalen und nonverbalen Grenzsetzungen aller Therapeutinnen im Vergleich

Während 17 Beschreibungen verbaler Grenzsetzungen gefunden werden konnten, waren es 24 Beschreibungen nonverbaler Grenzsetzungen. Es überwiegen demnach die nonverbalen Grenzsetzungen als Interventionen auf aggressives Verhalten in den untersuchten Falldarstellungen.

Um die Frage zu beantworten, ob männliche und weibliche Therapeuten und Therapeutinnen eher zu Beschreibungen von verbalen oder nonverbalen Grenzsetzungen neigen, kann ein Geschlechtervergleich aufgestellt werden:



Grafik 8: Anzahl der Nennungen von verbalen und nonverbalen Grenzsetzungen von weiblichen Therapeutinnen und männlichen Therapeuten

Betrachtet man das Geschlechterverhältnis in Bezug auf den Vergleich verbale/nonverbale Grenzsetzungen, so zeigt sich, dass bei der alleinigen Betrachtung der Grenzsetzungen der weiblichen Therapeutinnen das Verhältnis von verbal und nonverbal ausgeglichen ist, da 12 verbale und 13 nonverbale Grenzsetzungen gefunden werden konnten. Bei den männlichen Therapeuten wird der Unterschied jedoch deutlich: Neben den 5 verbalen Grenzsetzungen konnten 11, also mehr als doppelt so viele, nonverbale Grenzsetzungen in den Falldarstellungen gefunden werden.

Dies zeigt eine mögliche Tendenz von geschlechterabhängigem Verhalten von männlichen und weiblichen Therapeuten und Therapeutinnen. Das Ergebnis deutet an, dass männliche Therapeuten im Unterschied zu weiblichen Therapeutinnen eher nonverbale Interventionen als Begrenzung setzen. Durch das kleine Sample von Grenzsetzungen ist dies jedoch nicht verallgemeinerbar und müsste mit Untersuchungen, die eine größere Anzahl von Falldarstellungen, die Grenzsetzungen beschreiben, umfassen, weiter untersucht werden. Ebenfalls wäre eine interessante

Fragestellung, ob männliche Therapeuten im Therapieprozess nicht nur auf die Begrenzung bezogen zu eher nonverbale Interventionen greifen, während weibliche Therapeutinnen eher zu verbalen Interventionen neigen.

3.3.2.4 Begründungen von Grenzsetzungen

Wie im Kapitel „2.4 Umgang mit Aggressionen in kindertherapeutischen Situationen“ bereits beschrieben wurde, ist die Grenzsetzung in der Psychotherapie ein besonderer Fall der Intervention, die in der Fachliteratur breit diskutiert wurde. Wie schon beschrieben gab es bereits seit den Anfängen der Kinderanalyse zwei entgegengesetzte Meinungen, ob Therapeutinnen die Aggressionen der Kinder ausleben lassen oder begrenzen sollten.

Dennoch gibt es trotz diesen Schwierigkeiten, auf welche Weise und wann eine Grenze gesetzt werden sollten, kaum Richtlinien, wie sich Therapeutinnen auf diesem Feld verhalten sollten.

Umso verwunderlicher ist es, dass in den untersuchten Falldarstellungen zwar Grenzsetzungen beschrieben wurden, dafür aber in den Texten oftmals keine Begründungen gegeben wurden. Eine qualitative Untersuchung dieser Begründungen innerhalb dieser Masterarbeit scheiterte an dem Mangel an Begründungen von Grenzsetzungen in den Falldarstellungen. In nur insgesamt acht Falldarstellungen konnten für acht beschriebene Grenzsetzungen elf von den Psychotherapeutinnen formulierte Begründungen gefunden werden, weshalb in der therapeutischen Situation mit einer Grenzsetzung interveniert wurde als sich das Kind aggressiv verhielt. So wurden in diesen beispielsweise der Schutz vor einer Retraumatisierung des Kindes durch das aggressive Verhalten (Günther 2010, 345), der Schutz des Raumes und der Therapeutin (Rustard 2007, 86) und das Schaffen eines sicheren Settings (Schulz 1998, 88) genannt.

Von insgesamt 48 beschriebenen Grenzsetzungen wurden demnach in den Falldarstellungen nur für acht derartiger Interventionen eine Begründungen gesetzt, wie in der Grafik (9) ersichtlich wird.



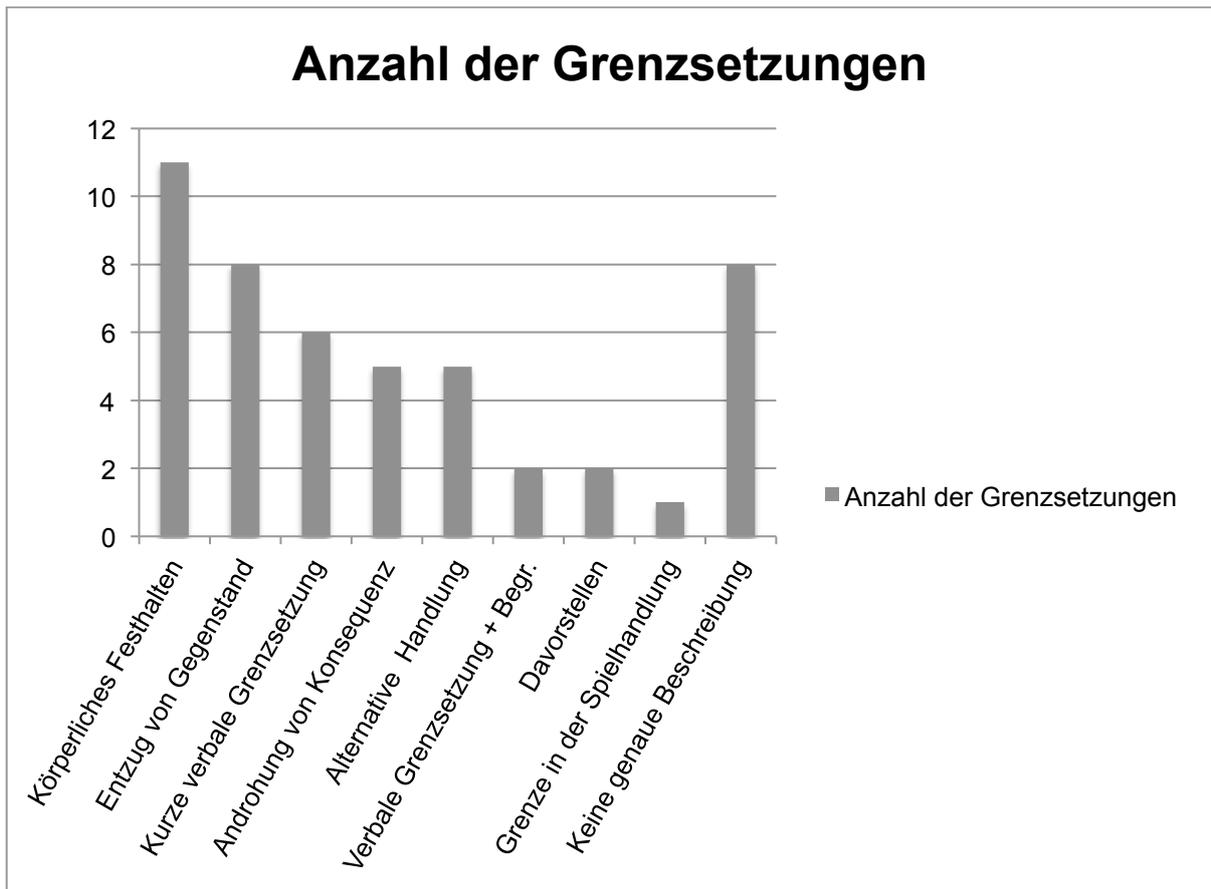
Grafik 9: Anteil begründeter Grenzsetzungen

Außerdem konnten sechs Textstellen in den Falldarstellungen gefunden werden, in denen die Therapeutin das aggressive Verhalten des Kindes explizit nicht begrenzt. Solche Begründungen waren zum Beispiel dem Kind das Gefühl zu geben, akzeptiert zu werden (Hurry 2002, 93f.), die Ermöglichung der Identifizierung mit einer starken und wohlwollenden Person (Joseph 2008, 61) und der dadurch ermöglichte Zugang zu den traumatischen Erlebnissen des Kindes für die Therapeutin (Pfleiderer 2002, 267).

Solche Begründungen für Grenzsetzungen bzw. das explizite nicht-begrenzen in Falldarstellungen könnten Material liefern, die Frage, wann und wie Grenzen im Therapieprozess sinnvoll sind, zu beantworten.

3.3.2.5 Zusammenfassung der Analyse der Textstellen, die der Kategorie „Grenzsetzung“ zugeordnet werden konnten

In diesem Kapitel konnte gezeigt werden, welche Formen von Grenzsetzungen auf aggressives Verhalten in den ausgewählten Falldarstellungen beschrieben werden und welche Häufigkeit diesen Beschreibungen zukommt.



Grafik 10: Häufigkeit der Nennungen der Kategorien der Grenzsetzungen

Wie in der zusammenfassenden Grafik (10) ersichtlich, sind die häufigsten Grenzsetzungen auf aggressives Verhalten, die in den untersuchten Falldarstellungen beschrieben wurden, das körperliche Festhalten und der Entzug des Gegenstands, der Teil der aggressiven Handlung war.

Dabei zeigte sich, dass nonverbale Grenzsetzungen, wie das körperliche Festhalten des Kindes oder der Entzug eines Gegenstands, häufiger genannt werden als verbale Grenzsetzungen wie die Androhung einer Konsequenz.

Im Geschlechtervergleich der Therapeutinnen zeigte sich, dass männliche Therapeuten mehr nonverbale Grenzsetzungen als verbale Grenzsetzungen beschrieben haben. Bei den weiblichen Therapeutinnen ist das Verhältnis von Beschreibungen verbaler und nonverbaler Grenzsetzungen hingegen ausgeglichen.

3.3.3 Mitspielen als Intervention

Wie bereits im Kapitel 2.2 dieser Masterarbeit ausführlich beschrieben, hat das Spiel schon seit den Anfängen der Kinderanalyse eine große Bedeutung.

Als „spielerische Handlung“ bzw. „Spiel“ wird hier jede Handlung verstanden, mit der eine andere Realität konstruiert wird (Oerter 1999, 9). Das bedeutet, dass auch das Zeichnen oder Erfinden von Geschichten in diesem Kontext als spielerische Handlung aufgefasst wird.

In den 61 untersuchten Falldarstellungen konnten insgesamt 48 Textstellen gefunden werden, in denen das Kind im Rahmen eines Spiels aggressiv handelt und die Psychotherapeutin als Reaktion darauf eine bestimmte Rolle in diesem Spiel einnimmt.

3.3.3.1 Die Unterkategorien der Kategorie „Mitspielen“

Die Unterkategorisierung dieser Intervention richtet sich nach der Frage, welche Rolle von der Therapeutin im Verlauf des Spiels eingenommen wird. Dabei konnten vier Unterkategorien gebildet werden, die im Folgenden genauer beschrieben werden.

A Einnehmen der Rolle, gegen die aggressiv gehandelt wird

Die häufigste Intervention, die in den untersuchten Falldarstellungen als Reaktion auf ein aggressives Spiel genannt wurde, ist das Einnehmen der Rolle, gegen die das Kind aggressiv handelt. Diese Form der Intervention wurde 23-mal genannt. Das Kind übernimmt den aggressiven und dominanten Part der spielerischen Handlung, während die Therapeutin sich nicht wehrt bzw. sogar eine offenbar leidende Rolle spielt.

Ein Ankerbeispiel:

„*Er bleibt stehen, nimmt ein Gewehr, das Pingpong-Bälle schießt, und schießt spielerisch auf die Therapeutin, die vorgibt, getroffen zu sein*“ (Kernberg 2006, 381).

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Mitspielens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Miller, Jill M. (2002)	2
Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (2001)	3
Bertolini, Mario (2003)	1
Parada Franch, Nilde J. (2004)	1
Linderholm, Grazia Monzardo (2005)	1
Kernberg, Paulina F. (2006)	2
Staehele, Angelika (2007)	1
Hopf, Hans (2009)	1
Vasilyeva, Nina (2010)	3
Göttken, Tanja/ von Klitzing, Kai (2011)	2
Irmgard, Werner Köpp, Otto Friedmann Kernberg (2014), <i>Victor</i>	1
Pfleiderer, Barbara (2002)	2
Smolen, Ann G. (2010)	1
von Susani, Christa (1999)	1
Frederking-Goder, Kristina/ Holder, Alex (Jahr)	1

B Einnehmen der Rolle des Gegenspielers

Die am zweithäufigsten genannte Intervention bei aggressivem Spiel des Kindes ist das Einnehmen der Rolle des Gegenspielers. Diese Form der Intervention konnte in den untersuchten Falldarstellungen insgesamt 13-mal gefunden werden. Die Therapeutin spielt mit dem Kind das aggressive Spiel, nimmt dabei aber keine passive Rolle ein, sondern wird zum Gegenspieler des Kindes. Auf diese Weise kommt es zu einer spielerischen Auseinandersetzung zwischen Therapeutin und Kind. Besonders ist hierbei, dass die Therapeutin sich auf die aggressive Handlung einlässt. Die Rolle des Gegenspielers kann von der Therapeutin selbst gewählt sein, oder aber vom Kind zugeordnet.

Ein Ankerbeispiel:

„Die Straßenkämpfe werden realistischer: Carlos liegt mit ins Gesicht gezogener Baseballmütze auf der Straße und ich muß vorbeischlendern und ihm diesen Schlafplatz streitig machen. Erneut staune ich nebenbei, welch vulgären Wortschatz aus meiner Kindheit ich hier wieder zu Verfügung habe. Aus dem Streit um den Schlafplatz entwickeln sich Stuntman-artige Schlägereien“ (Pfleiderer 2002, 267).

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Mitspielens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Kurts, Nora (2001)	1
Staehe, Angelika (2007)	1
de Folch, Terttu Eskelinen (2007)	1
Wolf, Reinhold (2009)	1
Van Loh, Jan (2013)	2
Pfleiderer, Barbara (2002)	2

Döser, Johannes (2006)	1
Barrows, Paul (2005)	1
Schulz, Ursula (1998)	1
Sami-Ali, Mahmoud (1998)	1
Raue, Jochen (2008), <i>Tony</i>	1

C Einnehmen einer rettenden Rolle

Eine weitere gefundene Intervention beim aggressiven Spiel des Kindes ist das Einnehmen einer rettenden Rolle im Spiel. Diese Intervention wurde in den untersuchten Falldarstellungen achtmal gefunden. Die Kategorie beschreibt das Mitspielen der Therapeutin, die jedoch nicht auf das Kind passiv reagiert, sondern aktiv eine mögliche Lösung im Spiel anbietet. Der spielerische Rettungsversuch der Therapeutin muss nicht erfolgreich sein, um als Intervention dieser Kategorie gelten zu können.

Ein Ankerbeispiel:

„Bei einem gespielten Schiffsuntergang ist die Therapeutin die Retterin. Ein anderes Mal aber sinkt wieder ein Schiff, und sie hilft, das Wasser auszuschöpfen, während Leandro das Leck noch vergrößert. Der Rettungsversuch wird zur Sisyphusarbeit, und das Schiff sinkt schließlich“ (Bürgin/Steck/Schwald 2001, 415).

In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form des Mitspielens gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Hurry, Anne (2002), <i>Tom</i>	2
Klaniczay, Sara (2001)	1
Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (2001)	2

Pfleiderer, Barbara (2002)	1
Zahphiriou, Marie/ Gedulter-Trieman, Anat (2002)	1
Miller, Jill M. (2002)	1

D Einnehmen einer aggressiven Rolle gemeinsam mit dem Kind

Diese Kategorie beschreibt eine Intervention, bei der die Therapeutin an dem aggressiven Spiel des Kindes teilnimmt, indem sie mit dem Kind zusammen aggressiv gegen jemand dritten handelt. Kind und Therapeutin bilden so eine Einheit gegen einen gemeinsamen Feind. Diese Form der Intervention konnte in insgesamt vier Textstellen in den untersuchten Falldarstellungen erkannt werden.

Ein Ankerbeispiel:

„Um diese Gefühle zu kontrollieren, mußten wir zusammenhalten und uns gegen das Baby wenden, gemein zu ihm sein, es auslachen und ihm sagen, es soll den Mund halten“ (Miller 2002, 130).

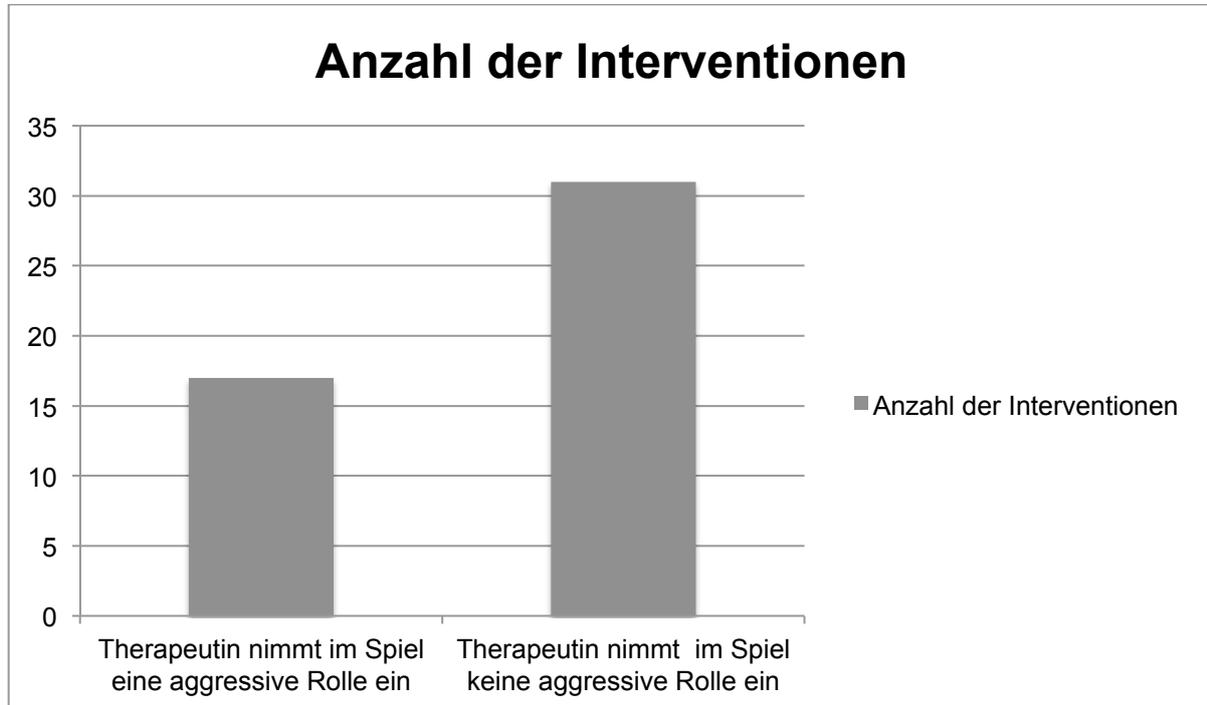
In den folgenden Artikeln/Kapiteln wurden Beschreibungen dieser Form der Intervention gefunden:

Therapeutin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Miller, Jill M. (2002)	1
Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (2001)	1
Pfleiderer, Barbara (2002)	1
Stork, Jochen (1999)	1

3.3.3.2 Untersuchung der Einnahme des Therapeuten von aggressiven und nicht aggressiven Rollen

Die vier Formen der Intervention des Mitspielens lassen sich noch einmal in zwei Gruppen unterteilen. So gibt es zwei Formen, bei denen die Therapeutin selbst eine aggressive Rolle im Spiel einnimmt, indem sie beispielsweise mit dem Kind gegen eine Spielfigur kämpft oder sich auf einen spielerischen Kampf mit dem Kind einlässt (*Einnehmen einer aggressiven Rolle gemeinsam mit dem Kind* und *Einnehmen der Rolle der Gegenspielerin*). Die anderen beiden Formen beschreiben Interventionen, bei denen die Therapeutin selbst keine aggressive Rolle einnimmt, sondern eine Opferrolle beziehungsweise eine rettende Rolle (*Einnehmen der Rolle, gegen die aggressiv gehandelt wird* und *Einnehmen einer rettenden Rolle*).

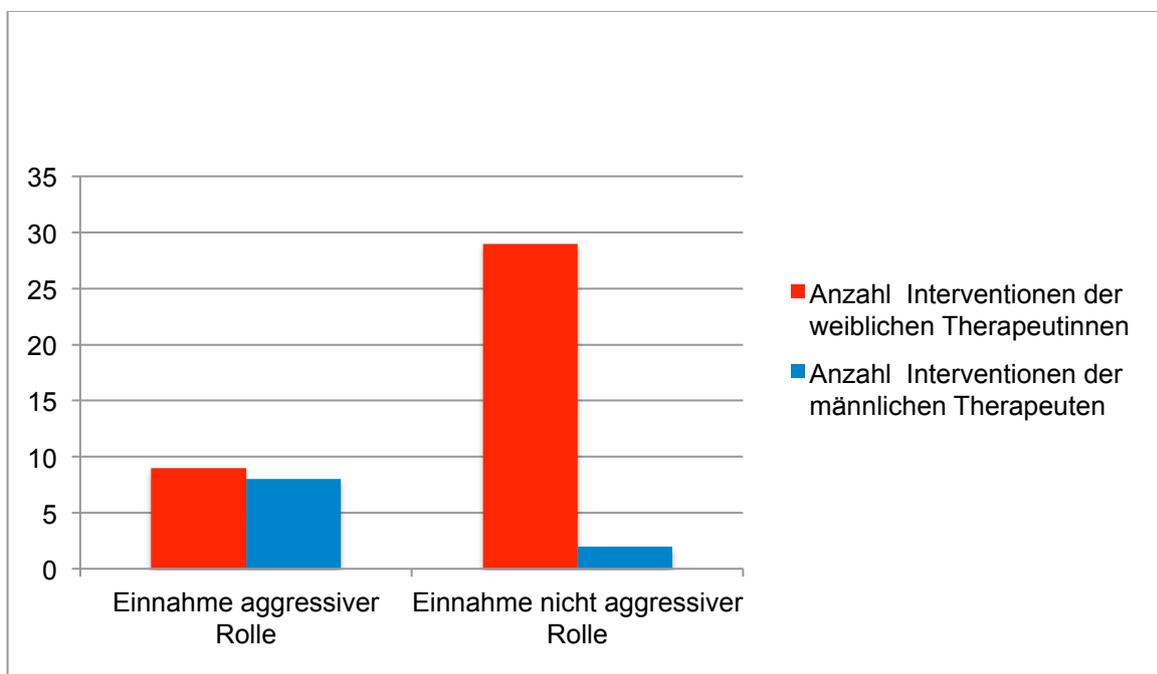
Betrachtet man diese beiden Gruppen (die Therapeutin handelt selbst aggressiv/die Therapeutin handelt nicht aggressiv), so zeigt sich, dass die Therapeutinnen in den Falldarstellungen häufiger beschreiben, dass sie selbst keine aggressive Rolle einnehmen (siehe Grafik 11).



Grafik 11: Anzahl der Interventionen, bei denen eine aggressive bzw. nicht aggressive Rolle eingenommen wird

Um die zweite Forschungsfrage zu beantworten, ob männliche Therapeuten und weibliche Therapeutinnen tendenziell andere Interventionen beim Umgang mit aggressiven Kindern in therapeutischen Situationen beschreiben, kann hier ein Geschlechtervergleich angestellt werden. So wird die Frage beantwortet, ob das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den Beschreibungen der Einnahme von aggressiven Rollen und nicht aggressiven Rollen ähnlich ist wie bei der Betrachtung beider Geschlechter, oder ob es hier Unterschiede gibt.

Vergleicht man die Anzahl der genannten Interventionen der weiblichen Therapeutinnen und der männlichen Therapeuten, zeigt sich ein großer Unterschied:

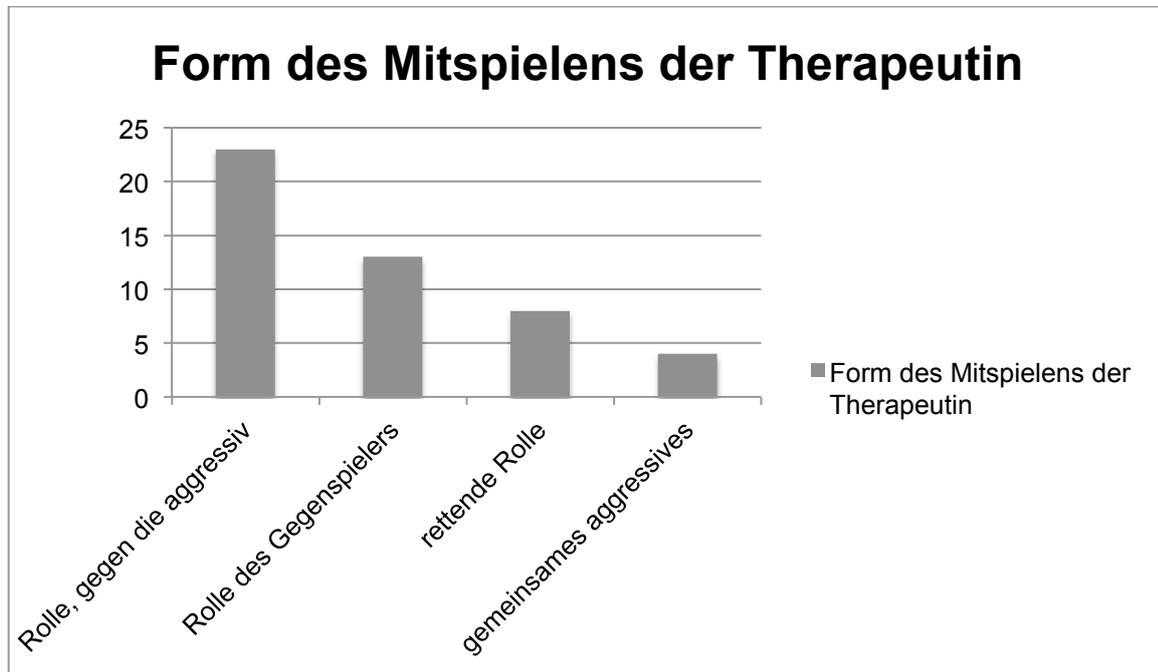


Grafik 12: Anzahl der Interventionen der weiblichen Therapeutinnen und männlichen Therapeuten, bei denen eine aggressive bzw. nicht aggressive Rolle eingenommen wird

Während bei den weiblichen Therapeutinnen eher die Einnahme von nicht aggressiven Rollen als Intervention auf aggressives Spiel des Kindes beschrieben wird, ist bei den männlichen Therapeuten das Gegenteil der Fall. Diese beschreiben in den Falldarstellungen viel häufiger eine Einnahme aggressiver Rollen im Vergleich zu der Einnahme nicht aggressiver Rollen.

Dies erinnert an den klassischen Männer- und Frauenstereotyp. Während von Männern durch ihre Sozialisierung eher erwartet wird, mit aggressiven Gefühlen vertraut zu sein, wird von Frauen eher erwartet, lieb und nett zu sein (König 1997, 183)

3.3.3.3. Zusammenfassung der Analyse der Textstellen, die der Kategorie „Mitspielen“ zugeordnet werden konnten



Grafik 13: Häufigkeit der Nennungen der Kategorien der Grenzsetzungen

In diesem Kapitel konnte gezeigt werden, dass in den untersuchten Falldarstellungen vier unterschiedliche Formen von Interventionen erkannt werden konnten, die als Reaktionen auf aggressives Spiel des Kindes beschrieben wurden. Besonders häufig wurde dabei die Intervention „Einnahme einer Rolle, gegen die aggressiv gehandelt wird“, genannt, wie in der Grafik (13) ersichtlich wird.

Betrachtet man die Beschreibungen der Einnahme aggressiver Rollen und nicht aggressiver Rollen, zeigt sich eine deutliche Tendenz: Es werden in den Falldarstellungen beinahe doppelt so viele Interventionen beschrieben, in denen nicht aggressive Rollen eingenommen werden, als Interventionen, in denen die Therapeutin selbst eine aggressive Rolle einnimmt. Im Geschlechtervergleich ändert sich dieses Verhältnis jedoch: Therapeuten neigen offenbar eher dazu, die Einnahme von aggressiven Rollen zu beschreiben, wohingegen Therapeutinnen eher die Einnahme von nicht aggressiven Rollen im therapeutischen Prozess beschreiben.

3.3.4 Kommentar als Intervention

Als Kommentar wird hier jede Intervention bezeichnet, bei der die Therapeutin zwar etwas verbalisiert, dabei aber weder analysiert, noch eine spielerische Handlung vollzieht, noch eine Grenze setzt.

Es konnten sieben solcher verbalen Äußerungen gefunden werden, die beispielsweise Erklärungen eines Sachverhaltes oder Zuspruch umfassen. Es ist anzunehmen, dass diese Form der Intervention in therapeutischen Situationen häufiger vorkommt, dass sie aber seltener in Falldarstellungen beschrieben werden, da sie weniger relevant erscheinen als Deutungen bzw. Interventionen, die eine Deutung vorbereiten. Würde man anstelle von publizierten Falldarstellungen Therapieprotokolle als Material verwenden, so wären Kommentare als Interventionen demnach vermutlich häufiger zu finden. Es ist jedoch auch problematisch zu beurteilen, inwiefern ein Kommentar trotzdem einen analysierenden Aspekt hat, der in der Textstelle allerdings nicht explizit gemacht wird.

Dennoch wurde der Kommentar als eigenständige Kategorie formuliert, um solche Formen der Interventionen ebenfalls einordnen zu können.

Das Ankerbeispiel:

„Mir wird sehr bewusst, dass ich es eigentlich schwer aushalten kann, dass die schönen Konstruktionen so heftig zerstört werden. Am Ende bleibt mir nur zu sagen: ‚So, morgen wollen wir sehen, wie das Spiel weitergeht‘“ (Staehele 2009, 38).

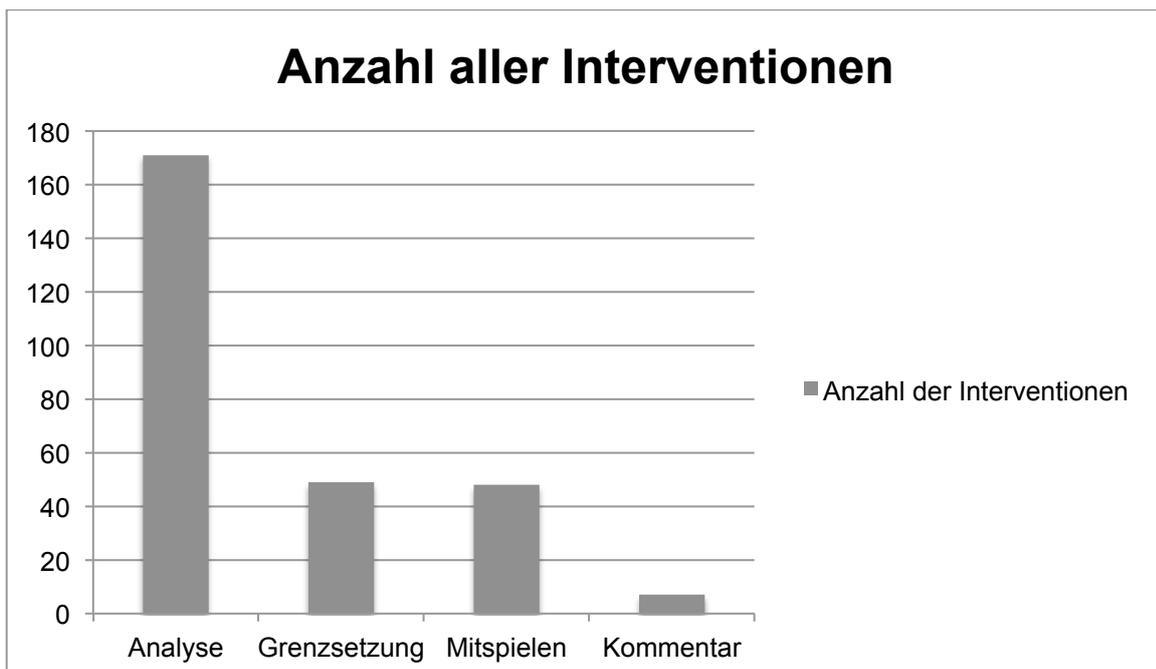
Autorin und Erscheinungsjahr des Artikels/Werks	Anzahl der relevanten Textstellen
Klaniczay, Sara (2001)	1
Bürgin, Dieter u.a. (2001)	1
Staehele, Angelika (2009)	1
Hopf, Hans (2009)	1
Pfleiderer, Barbara (2002)	1
Stork, Jochen (1999)	1
Hopf, Hans (1998)	1

Aufgrund der geringen Anzahl der gefundenen Interventionen wird kein Geschlechtervergleich bei dieser Form der Intervention angeführt.

3.3.5 Gesamtbetrachtung der Kategorien

Insgesamt wurden in den untersuchten Falldarstellungen 275 Beschreibungen von Interventionen auf aggressives Verhalten der Kinder in therapeutischen Situationen gefunden.

Bei der Kategorisierung dieser Interventionen zeigte sich, dass die Interventionen, die der Kategorie „Analysieren“ zugeordnet wurden, mit 62 Prozent eindeutig überwiegen. Da es charakteristisch für alle analytisch orientierten Psychotherapie-Verfahren ist, dass analytische Interventionen besonders wichtig sind, ist der große Überhang dieser Form der Intervention kaum überraschend. Man kann diesen Aspekt zum einen darauf beziehen, dass das Analysieren in psychoanalytisch orientierten Verfahren tatsächlich häufig verwendet wird, aber auch deren durch den theoretischen Hintergrund bevorzugte Versprachlichung in Falldarstellungen spielt möglicherweise eine Rolle. Das Analysieren ist auch unabhängig vom Geschlecht des Therapeuten bzw. der Therapeutin die meistgenannte Intervention.

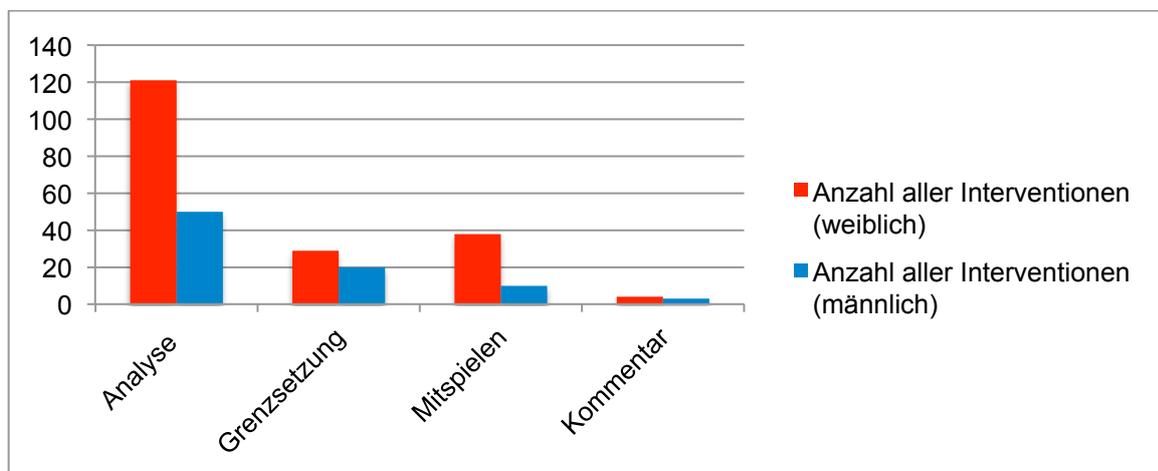


Grafik 14: Gesamtbetrachtung aller Interventionen

Bei der Betrachtung beider Geschlechter der Therapeuten und Therapeutinnen sind Interventionen, die der Kategorie der Grenzsetzung zugeordnet wurden und Interventionen, die der Kategorie des Mitspielens zugeordnet wurden, ungefähr gleich oft beschrieben. Die Interventionen der Grenzsetzung nehmen rund 18 Prozent aller Interventionen ein, die des Mitspielens rund 17 Prozent.

Betrachtet man nur die Interventionen der weiblichen Therapeutinnen überwiegen die Interventionen des Mitspielens leicht mit 20 Prozent (im Vergleich: 12 Prozent bei den männlichen Therapeuten), während bei der Betrachtung der männlichen Therapeuten etwas häufiger Interventionen der Grenzsetzung genannt wurden, nämlich rund 24 Prozent aller Interventionen (im Vergleich: 15 Prozent bei den weiblichen Therapeutinnen). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass männliche Therapeuten eher dazu neigen, Grenzsetzungen als Intervention auf aggressives Verhalten in Falldarstellungen zu beschreiben bzw. auch tatsächlich in der Therapiepraxis häufiger Grenzen setzen als ihre weiblichen Kolleginnen

Die Intervention des Kommentars wurde mit vier Prozent hingegen am wenigsten genannt. Auch bei der alleinigen Betrachtung der männlichen Therapeuten bzw. weibliche Therapeutinnen nimmt der Kommentar einen verschwindend geringen Anteil der beschriebenen Interventionen ein. Wie bereits im Kapitel zu den Kommentaren formuliert, kann angenommen werden, dass die tatsächliche Anzahl der Kommentare in den Therapieprozessen häufiger ist, diese aber in den Falldarstellungen sehr selten erwähnt werden, da sie an sich keinen therapeutischen Wert besitzen.



Grafik 15: Anzahl der Interventionen der weiblichen Therapeutinnen und männlichen Therapeuten

4 Resümee

In diesem Kapitel wird noch einmal Bezug auf die Forschungsfragen genommen und Antworten auf diese formuliert. Im Zuge dessen werden auch die auffälligsten Ergebnisse der Untersuchung der Falldarstellungen noch einmal fokussiert dargestellt.

Abschließend werden Überlegungen angestellt, welche weiteren Untersuchungen zu diesem Thema möglich bzw. sogar angebracht wären und an die vorliegende Untersuchung angeschlossen werden könnten.

Die erste Forschungsfrage, die in dieser Masterarbeit bearbeitet wurde, lautete:

Welche Typen von Interventionen lassen sich im Umgang von psychoanalytischen Kinderpsychotherapeutinnen mit Kindern mit aggressivem Verhalten in therapeutischen Situationen in Falldarstellungen erkennen?

Um diese erste Forschungsfrage beantworten zu können, war es nötig, die in den Falldarstellungen beschriebenen Interventionen in Kategorien bzw. Typen zusammenzufassen. Durch die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte qualitative Inhalt konnten vier Typen von Interventionen auf aggressives Verhalten erkannt werden: Das Analysieren, die Grenzsetzung, das Mitspielen und der Kommentar. Es wurde außerdem deutlich, dass das Analysieren die am häufigsten formulierte Intervention auf das aggressive Verhalten der Kinder war, während Kommentare nur selten beschrieben wurden. Die Kategorien der Interventionen des Mitspielens und der Grenzsetzung wurden in etwa gleich häufig beschrieben.

Die zweite Forschungsfrage fokussierte die möglichen Unterschiede in der Beschreibung von Interventionen von männlichen Therapeuten und weiblichen Therapeutinnen:

Beschreiben weibliche und männliche psychoanalytische Kinderpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Falldarstellungen tendenziell andere Interventionen beim Umgang mit Kindern mit aggressivem Verhalten in therapeutischen Situationen?

Um die zweite Forschungsfrage zu beantworten, wurde zusätzlich zu der qualitativen Inhaltsanalyse auch quantitativ vorgegangen.

Betrachtet man nur die vier gefundenen Kategorien von Interventionen, so zeigt sich bei den männlichen Therapeuten und den weiblichen Therapeutinnen ein sehr ähnliches Bild: Alle vier Kategorien waren bei beiden Geschlechtern verhältnismäßig etwa gleich häufig vertreten.

Lediglich die Intervention des Mitspielens wurde bei den Frauen im Verhältnis zu den anderen Kategorien häufiger beschrieben, während bei den Männern die Grenzsetzung häufiger beschrieben wurde.

Größere Unterschiede bei der Betrachtung der Falldarstellungen im Geschlechtervergleich zeigen sich jedoch, wenn man die genaue Art der Ausführung der Interventionen betrachtet. Dabei konnte aufgrund der geringen Anzahl der einzelnen Interventionen nicht jede Unterkategorie einem sinnvollen Geschlechtervergleich unterzogen werden. Betrachtete man aber allgemeinere Aspekte einer Form der Intervention, konnten Vergleiche angestellt werden.

Am auffälligsten waren hierbei die Ergebnisse bei der Betrachtung der Grenzsetzungen. Betrachtet man den Aspekt der Grenzsetzungen hinsichtlich der Frage, ob diese verbal oder nonverbal ausgeführt werden, zeigt sich, dass es hier einen deutlichen Unterschied zwischen den Beschreibungen der männlichen Therapeuten und der weiblichen Therapeutinnen gibt.

Betrachtet man die Interventionen beider Geschlechter, so überwiegen die nonverbalen Grenzsetzungen leicht mit 58 Prozent. Betrachtet man jedoch nur die Grenzsetzungen der weiblichen Therapeutinnen, dann ist das Verhältnis von verbalen und nonverbalen Grenzsetzungen beinahe ausgewogen (48 Prozent verbale und 52 Prozent nonverbale Grenzsetzungen).

Bei der alleinigen Betrachtung der Interventionen, die von den männlichen Therapeuten beschrieben wurden, zeigt sich hingegen mit rund 73 Prozent ein deutlicher Überhang der nonverbalen Interventionen.

Es ist also deutlich, dass die männlichen Therapeuten in den untersuchten Falldarstellungen viel häufiger nonverbale Grenzsetzungen als verbale Grenzsetzungen beschreiben. Es lässt sich durch dieses eindeutige Ergebnis auch die Vermutung anstellen, dass in der Praxis männliche Therapeuten tatsächlich auch

häufiger zu nonverbalen Interventionen, wie das körperliche Festhalten, als Intervention auf aggressives Verhalten, neigen, während weibliche Therapeutinnen eher auf verbale Grenzsetzungen, zurückgreifen.

Dies müsste jedoch anhand von weitaus mehr Falldarstellungen untersucht werden.

Ein weiteres, sehr auffälliges Ergebnis, lässt sich bei der Untersuchung der beschriebenen Interventionen des Mitspielens finden. Die Unterkategorisierung dieser Kategorie bezog sich auf die Rolle, welche die Therapeutin als Reaktion auf das aggressive Spiel des Kindes einnahm. Diese Rollen, für die vier verschiedene Formen gefunden werden konnten, ließen sich auch in zwei Gruppen teilen: in die „Einnahme aggressiver Rollen im Spiel“ und die „Einnahme nicht aggressiver Rollen im Spiel“.

Bei der Betrachtung der Interventionen dieser beiden Gruppen zeigte sich, dass die weiblichen Therapeutinnen mit rund 76 Prozent der Interventionen des Mitspielens die Einnahme nicht aggressiver Rollen beschrieben.

Die männlichen Therapeuten hingegen beschrieben mit 80 Prozent die Einnahme aggressiver Rollen als Reaktion auf das aggressive Spiel der Kinder.

Doch auch bei diesem Ergebnis ist die Anzahl der Interventionen zu gering, als dass von einem verallgemeinerbaren Ergebnis gesprochen werden könnte. Tatsache ist nur, dass in den untersuchten Falldarstellungen die männlichen Therapeuten eindeutig öfter Interventionen auf das aggressive kindliche Spiel beschreiben, in denen sie selbst eine aggressive Rolle einnehmen, während die weiblichen Therapeutinnen in vergleichbaren Situationen nicht aggressive Rollen einnehmen.

Anhand der Untersuchung zeigt sich eine Tendenz, dessen nähere Untersuchung lohnenswert erscheint, da sie nahe legt, dass männliche Therapeuten und weibliche Therapeutinnen tatsächlich auch in der Therapiepraxis gemäß den stereotypen Geschlechterrollen intervenieren.

Durch die besondere Problematik von Falldarstellungen, die bereits im Kapitel „2.5 Bedeutung von Falldarstellungen“ ausführlicher beschrieben wurde, wäre es unzulässig, aus den Ergebnissen darauf zu schließen, dass die Falldarstellungen wirklich die Praxis abbilden und männliche Therapeuten beispielsweise in der Reaktion auf das kindliche aggressive Spiel eher aggressive Rollen einnehmen als weibliche Therapeutinnen. Dass dies in den Falldarstellungen deshalb so beschrie-

ben wurde, da es tatsächlich die allgemeine Praxis abbildet, ist zwar eine mögliche Erklärung, aber nicht die einzig Mögliche. So wäre es auch denkbar, dass männliche Therapeuten im Sinne einer Selbstidealisierung stereotypisch eher als männlich betrachtete Interventionen in den Falldarstellungen beschreiben, um von der Leserschaft als besonders männlich wahrgenommen zu werden. Das Gleiche könnte auf die weiblichen Therapeutinnen zutreffen, die bei der Leserschaft möglicherweise eher als sanft wahrgenommen werden wollen, obwohl dies ihrer therapeutischen Praxis nicht unbedingt entspricht. Welcher Ausschnitt einer Therapie berichtet wird und somit auch die Entscheidung, welche eigenen Interventionen eine Therapeutin innerhalb einer Falldarstellung veröffentlicht, bleibt der Therapeutin überlassen und macht die Darstellung daher sehr subjektiv.

Daher wäre es durchaus sinnvoll, weitere Forschungen an diese Untersuchung anzuschließen, um die aufgefundenen Tendenzen zu überprüfen. Es wäre beispielsweise möglich, als Material nicht Falldarstellungen zu verwenden, sondern Beobachtungsprotokolle, die eine höhere Objektivität aufweisen. Außerdem wäre es sinnvoll, eine größere Anzahl von Therapeuten und Therapeutinnen in die Untersuchung einzubeziehen.

Eine wichtige Frage, die in dieser Master-Arbeit vernachlässigt wurde ist auch, welche Auswirkungen die Interventionen der Psychotherapeutinnen auf die kindlichen Aggressionen und auf den Therapieprozess haben. Dieser Aspekt wurde in den Falldarstellungen ebenfalls nicht hinlänglich dargestellt, sodass weiteres Forschungsmaterial hier nötig wäre. Diese Arbeit kann dennoch eine Grundlage bieten, sich der normativen Frage danach zu nähern, wie Therapeutinnen in der Psychotherapie intervenieren sollten, wenn das Kind aggressiv handelt. Die in der vorliegenden Masterarbeit herausgearbeitete Systematisierung von therapeutischen Handlungsmöglichkeiten könnten bei einer weiteren Erforschung dieses Feldes eine Grundlage sein.

5 Literaturverzeichnis A

- Ahlheim, Rose (2008): Gitter vor den Augen. Innere und äußere Realität in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag
- Axelman, Michael (2006): Making "Use" of Aggression in Child Psychotherapy. In: Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 5 (Heft 2), 196-205
- Bellinson, Jill (2009): You Can't Do That – Or Can You? Historical and Clinical Perspectives on Limit Setting in Child Psychotherapy. In: Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy 8, 87 - 95
- Berger, Jonas (2006): Spielt der Vater eine Rolle? Eine Untersuchung von Bedeutung und Stellenwert, die Vätern in publizierten Falldarstellungen von Eltern-Kleinkind-Beratungen und -Therapien zukommen. Diplomarbeit der Universität Wien.
- Berna, Jacques (1955): Kinderanalyse eines Aggressiven. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse 9, 127 - 189
- Biermann, Gerd (1969): Zur Geschichte der analytischen Kinderpsychotherapie. In: Biermann, Gerd (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd 1. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Bittner, Günther (2004): Was kann man „aus Geschichten lernen“? In: Datler, Wilfried/ Müller, Burkhard/ Finger-Trescher, Urte (Hrsg.): Sie sind wie Novellen zu lesen... . Zur Bedeutung von Falldarstellungen in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 42-53
- Bixler, Ray H. (1949): Limits are Therapy. In: Journal of Consulting Psychology. 13 (Heft 1), 1 - 11
- Bogyi, Getrude (2000): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Stumm, Gerhard/ Protz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien, New York: Springer Verlag, 2009, 2. Aufl., 344 - 345
- Datler, Wilfried/ Müller, Burkhard/ Finger-Trescher, Urte (2004) (Hrsg.): Sie sind wie Novellen zu lesen... . Zur Bedeutung von Falldarstellungen in der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Einstein, Albert/ Freud, Sigmund (1996): Warum Krieg? Ein Briefwechsel. Zürich: Diogenes Verlag
- Ermann, Michael/ Waldvogel, Bruno (2000): Psychodynamische Psychotherapie –

- Grundlagen und klinische Anwendungen. In: Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Kapfhammer, Hans-Peter (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2005, 2. Aufl., 641 - 680
- Ermann, Michael (1995): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2007, 5. Aufl.
- Fahring, Hermann (1999): Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (Heft 9), 694 - 710
- Franke, Ulrike (1988): Aggressive und Hyperaktive Kinder in der Therapie. Heidelberg: Springer Verlag
- Freud, Anna (1927): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Leipzig; Wien; Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag
- Freud, Sigmund (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. In: Gesammelte Werke VII, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag, 1993, 7. Aufl., 241-377
- Freud, Sigmund (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: Gesammelte Werke XIII, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag, 1998, 10. Aufl., 1-69
- Freud, Sigmund (1923): Das Ich und das Es. Online-Zugriff auf www.psychanalyse.lu/Freud/FreudIchEs.pdf (letzter Zugriff am 10. Juni 2015)
- Fuchs, Gudrun (2000): Kinderanalyse. In: Wolfgang Mertens/ Bruno Waldvogel (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 370 - 382
- Ginott, Haim G./ Lebo, Dell (1961): Play Therapy Limits and Theoretical Orientation. In: Journal of Consulting Psychology. 25 (Heft 4), 337 - 340
- Grave, Egon (1981): Übertragung, Deutung und Gegenübertragung in der Kindertherapie. In: Biermann, Gerd (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. München: Ernst Reinhard Verlag, 158-169
- Greenson, Ralph R. (2000): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2007, 9.Aufl.
- Gumz, Antje/ Horstkotte, Julia Katharina u.a. (2014): Das Werkzeug des psychodynamischen Psychotherapeuten – verbale Interventionstypen aus theoretischer und aus der Praxis abgeleiteter Perspektive. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 60, 219-237
- Hartmann, Heinz (1972): Ich-Psychologie: Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 1997, 2. Aufl.

- Heinemann, Evelyn/ Hopf, Hans (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik - Fallbeispiele - psychoanalytische Therapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Hildebrandt, Achim/ Jäckle, Sebastian/ Wolf, Frieder u.a. (2015): Methodologie, Methoden, Forschungsdesign. Ein Lehrbuch für fortgeschrittene Studierende der Politikwissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Hopf, Hans (1998): Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag
- Hug-Hellmuth, Hermine (1921): Zur Technik der Kinderanalyse. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 7, 179 - 197
- Hurry, Anne (2002): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag
- Jokinen, Johanna (2014): Prozessqualität von Mutter-Kind-Maßnahmen aus Sicht der Mütter - eine qualitative Inhaltsanalyse von Erfahrungsberichten aus dem Internet. Dissertation der Julius-Maximilian-Universität Würzburg
- Joseph, Betty (2008): Nachdenken über das Spielzimmer als Setting: Die grundlegende Gemeinsamkeit von Kinder- und Erwachsenenanalyse. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. 16 (Heft 1), 58 - 69
- Keppler, Lene (1988): Aggression in der Kindertherapie.. In: Biermann, Gerd (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. München: Ernst Reinhard Verlag, 209-219
- Klein, Melanie (1959): Die psychoanalytische Spieltechnik: Ihre Geschichte und Bedeutung. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und Anwendungen. 12, 687-705
- Klein, Melanie (1960): Über das Seelenleben des Kleinkindes. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und Anwendungen. 14, 284 – 316
- Klein, Melanie (1962): Das Seelenleben des Kindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2006, 8. Aufl.
- König, Karl (1997): Praxis der psychoanalytischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag
- König, Karl (2002): Einführung in die psychoanalytische Interventionstechnik. Stuttgart: Klett Cotta Verlag

- Kugele, Dorette (1995): Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkontrolliertem Verhalten. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (Heft 4), 119-124
- Lamnek, Siegfried (1988): Qualitative Sozialforschung. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz Verlag, 2005, 4. Aufl.
- Lazar, Ross A. (1993): "Container-Contained" und die helfende Beziehung. In: Ermann, Michael (Hrsg.): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, 69-91
- Lerner, Joyce A. (1987): Limit Setting and the Analyst's Working Through. In: American Journal of Psychoanalysis. 47, 243 – 349
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2000): Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. In: Kaiser, Erwin (Hrsg.): Psychoanalytisches Wissen: Beiträge zur Forschungsmethodik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2000): Fallgeschichte. In: Wolfgang Mertens/ Bruno Waldvogel (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 184-190
- Makenthun, Gerald (2012): Einführung in die Tiefenpsychologie. Giessen: Psychosozial-Verlag
- Machleidt, Wielant/ Bauer, Manfred/ Lamprecht, Friedhelm/ Rose u.a. (1973): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2004, 7. Aufl.
- Mayring, Phillip (2013): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe/ von Kardorff, Ernst/ Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Verlag, 468-475.
- Merkens, Luise (1993): Aggressivität im Kindes- und Jugendalter. München; Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Milch, Wolfgang E./ Hartmann, Hans-Peter (1999): Die Deutung im therapeutischen Prozess. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Oerter, Rolf (1999): Psychologie des Spiels. Weinheim: Beltz Verlag
- Orlinsky, David/ Willutzki, Ulrike/ Meyerberg, Jan u.a. (1996): Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 46, 102-110
- Pinschewer-Häfliger, Lucia (1996): Vom Umgang mit der Aggression in der

- Kinderpsychotherapie. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 4 (Heft 4), 410 – 419
- PTK Bayern (2007): Repräsentative Erhebung der psychotherapeutischen Angebote Kinder und Jugendliche in Bayern. Bericht 12. Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Online Zugriff: [https://www.ptk-ayern.de/ptk/web.nsf/gfx/C17992FBC761170EC12576C00037CEAC/\\$file/KJP.pdf](https://www.ptk-ayern.de/ptk/web.nsf/gfx/C17992FBC761170EC12576C00037CEAC/$file/KJP.pdf) (letzter Zugriff am 11. Juni 2015)
- Rauchfleisch, Udo (2000): Aggression. In: Wolfgang Mertens/ Bruno Waldvogel (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 39 - 43
- Raue, Jochen (2008): Aggressionen verstehen. Psychoanalytische Fallstudien von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag
- Sandler, Joseph/ Kennedy, Hansi/ Tyson, Robert L. (1982): Kinderanalyse. Gespräche mit Anna Freud. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag
- Sellshop, Allmuth/ Buchheim, Peter (1997): Das Weibliche und das Männliche in der Psychotherapie. In: Janssen, Paul L./ Cierpka, Manfred/ Buchheim, Peter (Hrsg.): Psychotherapie als Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag
- Sonnenmoser, Marion (2007): Psychotherapie und Geschlechtsspezifische Aspekte: Theoretisches Desinteresse. In: Deutsches Ärzteblatt, 10.05.2007. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/55561/Psychotherapie-und-Geschlechtsspezifische-Aspekte-Theoretisches-Desinteresse> (letzter Zugriff am 09. Juni 2015)
- Stuhr, Ulrich (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlußfolgerungen. In: Psyche, 61, 943 - 965
- Unterholzer, Caren (2002): Wer ist der beste Therapeut? Weibliche Psychotherapeuten unterscheiden sich von männlichen. Die Frage ist bloss wie. In: Neue Zürcher Zeitung, 01.09.2002. URL: <http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/article8AOK9-1.420378> (letzter Zugriff am 09. Juni 2015)
- Winnicott, Donald W. (1988): Aggression: Versagen der Umwelt und antisoziale Tendenz. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2003, 4. Aufl.
- Winnicott, Donald W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2010, 12. Aufl.
- Wolffheim, Nelly (1951): Von den Anfängen der Kinderanalyse und der psychoanaly-

- tischen Pädagogik. In: Psyche, 5, 310-315
- Zilberstein, Karen/ Abel, Sarah (2012): Holding the Line: Limits in Child Psychotherapy. In: Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 11 (1), 21-31
- Zulliger, Hans (1952): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1971, 31. Aufl.

6 Literaturverzeichnis B (verwendete Artikel für die Analyse)

- Adler-Corman, Petra (2012): «Ich dachte, ich bleibe bei dir, bis ich groß bin.» Die analytische Behandlung einer kindlichen Depression und eine Wiederbegegnung nach zwölf Jahren. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 20 (Heft 4), 305-318
- Anderson, Robin (2001): Die Psychoanalyse des Kindes: Kleinianische Perspektiven und technische Aspekte. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 2), 111-122
- Badoni, Marta (2003): Reflexionen über die Analyse eines Kindes im Latenzalter. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 11 (Heft 4), 437-459
- Baradon, Tessa (2002): Michael. Die Entwicklung vom physischem zum mentalen Bereich. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 176-191
- Barrows, Paul (2001): Ödipale Regungen im Alter von 4 und 44 Jahren. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 30, 60-67
- Barrows, Paul (2005): Gesprächig werden. Autismus, Trauma und Spielfreudigkeit. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 34, 119-145
- Barth, Daniel B. (2001): Psychoanalyse, Entwicklungstherapie und Erziehung in der psychoanalytischen Therapie mit Kindern. Oder: Warum Dinosaurier und Haie eine Kinderstube brauchen. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 1), 22-40
- Baruch, Geoffrey (2000): Die Wirkung elterlicher Eingriffe auf die Analyse eines fünfjährigen Jungen. Ein klinischer Bericht. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 8 (Heft 1), 61-82
- Bertolini, Mario (2003): Der Abdruck und sein Schicksal. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 11 (Heft 4), 378-394
- Bürgin, Dieter/ Steck, Barbara/ Schwald, Alexandra (2001): Verstehen und Deuten im

- Trauerprozeß eines 5¾jährigen traumatisierten Knaben. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 4), 395-421
- de Folch, Terttu Eskelinen (2007): Der Beginn des autonomen Denkens. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 15 (Heft 3), 228-249
- Diatkine, René/ Simon, Janine (2001): Lebensgeschichte und Protokoll der ersten bis sechsten Sitzung des Falles Carine. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 4), 422-424
- Diatkine, René/ Simon, Janine (2001): Überlegungen zur Deutung in der Kinderpsychoanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 4), 358-379
- Döser, Johannes (2009): „Jetzt ist es zu spät.“ Ein Beitrag zur Depression im Kindesalter, dargestellt am Intitialraum und seiner Verarbeitung. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 42, 54-72
- Frederking-Goder, Kristina/ Holder, Alex (1998): Spiel als Medium der inneren psychischen Welt. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 6 (Heft 2), 171-179
- Früh, Friedl (2011): Infantile Sexualtheorien und ihr Stellenwert für die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 19 (Heft 1), 62-76
- Girard-Frésard, Jacqueline (2013): Von der Hyperaktivität zur Narrativität Wie lässt sich potentiell Symbolisierendes in körperlicher Unruhe lesen?. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 21 (Heft 4), 256-273
- Göttken, Tanja/ Klitzing, Kai von (2011): «Ich hasse den Kindergarten, weil da bin ich nicht alleine!». Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT). In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 19 (Heft 3), 189-214

- Green, Viviane (2002): Donald. Die Behandlung eines fünfjährigen mit einer frühen Verlusterfahrung. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 157-175
- Günter, Michael (2012): Überall Krokodile. Identifikation, Projektion, Verleugnung. Hass und Ohnmacht in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 20 (Heft 4), 282-304
- Günther, Charlotte (2010): «Die soll man nicht stören; die ficken, dass sie sich wieder sehen». Das Sicherheitsbedürfnis schlägt das sexuelle Begehren Aus der Analyse einer Zehnjährigen. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 18 (Heft 4), 335-348
- Harrison, Martha (2002): Martha. Die Anfangsphase in der analytischen Behandlung eines vierjährigen Mädchens. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 144-156
- Hinz, Barbara (1999): «Zuviel Milch?». Kasuistischer Vortrag über eine analytische Kindertherapie, gehalten anlässlich der 5. Konferenz der VAKJP-Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftlichen Austausch am 13.2.1999 in Frankfurt. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 7 (Heft 3), 267-278
- Hopf, Hans (1998): Abschiednehmen ist immer ein Stückchen Tod- Trennungsangst und Aggression. In: Hopf Hans (Hrsg.): Aggression in der analytischen Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 122-232
- Hopf, Hans (1998): Ein Fall von grenzenloser Wut- Auslöser für Aggression in der direkten Beziehung. In: Hopf Hans (Hrsg.): Aggression in der analytischen Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 148-158
- Hopf, Hans (1998): Nadine (niedriges Strukturniveau). In: Hopf Hans (Hrsg.): Aggression in der analytischen Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 48-50

- Hopf, Hans (2009): «Ich fühlte mich nicht allein in der schweren Situation ...». Supervision der psychoanalytischen Behandlung eines neunjährigen Jungen mit der fachärztlichen Diagnose ADHS. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 17 (Heft 4), 335-365
- Hurry, Anne (2002): Paul. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 116-143
- Hurry, Anne (2002): Tom. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 89-115
- Joseph, Betty (2008): Nachdenken über das Spielzimmer als Setting: Die grundlegende Gemeinsamkeit von Kinder- und Erwachsenenanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 16 (Heft 1), 58-69
- Kernberg, Paulina F. (2006): Formen des Spiels. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 14 (Heft 4), 366-386
- Klaniczay, Sara (2001): Über kindliches Stottern und die Theorie der «Anklammerung». In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 1), 60-80
- Kreft, Irmgard/ Köpp, Werner/ Kernberg, Otto Friedmann (2014): «Der Schwache bist du.» – Spiele von Borderline-Kindern als Umgang mit dem Unerträglichen. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 22 (Heft 1), 1-25
- Kurts, Nora (2001): Die Problematik der Deutung in der Kinderanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 9 (Heft 4), 387-394
- Lehmann, Nora (1999): Der „Abschit fällt schwer“: - nach 4 1/2 Jahren analytischer Arbeit. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 7 (Heft4), 353-377
- Lerner, Marianne (2005): Körper und Psychoanalyse. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 13 (Heft 4), 408-420
- Linderholm, Grazia Monzardo (2005): Das Entdecken des Kritzelspiels («squiggle»). Die Verwendung des Kritzelspiels in der Analyse eines 9-jährigen Jungen. In:

- Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 13 (Heft 4), 395-407
- Maiello, Suzanne (2003): Zerstörte Verbindungen: Angriff oder Zusammenbruch? Über die Ursprünge von Gewalt. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 11 (Heft 4), 306-329
- Miller, Jill M. (2002): Wissen und Nicht-Wissen. Überlegungen zum Begriff der Einsicht. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 10 (Heft 2), 120-142
- Miró, Maite; Grimalt, Antonia (2002): Frühe Erfahrungen und Containing in der Kinderanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 10 (Heft 4), 405-426
- Parada Franch, Nilde J. (2004): Die Grundlage der Kommunikation im Spiel des Kindes. . In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 12 (Heft 3), 231-248
- Pfleiderer, Barbara (2002): «Ich habe schon viele Tot(d)e miterlebt» - vier Jahre Therapie mit einem Adoptivkind aus Südamerika. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 15 (Heft 3), 263-279
- Raue, Jochen (2008): Christoph. Aggression als Beziehungsmöglichkeit. In: Aggressionen verstehen. Psychoanalytische Fallstudien von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 13-33
- Raue, Jochen (2008): Felix. Reinszenierung traumatischer Aggression. Psychoanalytische Fallstudien von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 93-105
- Raue, Jochen (2008): Tony. In: Aggressionen verstehen. Psychoanalytische Fallstudien von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag, 80-88
- Rhode, Maria (1999): Einige technische Fragen der psychoanalytischen Behandlung von autistischen Kindern. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 27, 11-34
- Rhode, Maria (2009): Was ist mit der Übertragung?. Technische Fragen bei Kindern, die nicht symbolisieren können. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 17

(Heft 2), 212-138

- Rustard, Anne Kristin (2007): Von der Krokodilschlucht zur Brückenbildung. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 15 (Heft 2), 77-99
- Sami-Ali, Mahmoud (1998): Körper und Wort. Genese des Wortes bei einem psychotischem Kind. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 20, 157-172
- Schulz, Ursula (1998): Gefangen in Neid und Gier. Melanie Klein und ihre Schule in der Weiterentwicklung durch Wilfred R. Bion. In: Hopf, Hans (Hrsg.): Aggression in der analytischen Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 78-91
- Schumacher, Beate (2011): «Wie merkt man sich den Namen des Vaters?» Zur ödipalen Entwicklung eines allein erzogenen Mädchens. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 19 (Heft 4), 267-290
- Seiler, Klaus (1998): Aggression aus der Perspektive der psychoanalytischen Selbstpsychologie. In: Hopf, Hans (Hrsg.): Aggression in der analytischen Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 78-91
- Smolen, Ann G. (2010): Analytiker bei der Arbeit. Nur für Jungs! Kein Zutritt für Mütter. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 18 (Heft 3), 191-206
- Stahle, Angelika (2007): Zwischen Kuseln und Beißen - Anfang einer Analyse mit einem elektiv mutistischen Kind. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 15 (Heft 1), 20-40
- Stahle, Angelika (2009): «Lillifée denkt, sie ist ein Arschloch». Erkenntnis und Behandlungstechnik in der Kinderanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 17 (Heft 1), 14-47
- Stork, Jochen (1999): Gedanken über Beginn und Abbruch einer Kinderanalyse. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 7 (Heft 4), 378-410

- Susani, Christa von (1999): Eine Kinderanalyse mit und ohne Ende. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 7 (Heft 4), 336-351
- Susani, Christa von (2011): «Der kleine Hans»: Die infantile Sexualität aus dem Blickwinkel der heutigen psychoanalytischen Praxis. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 19 (Heft 1), 1-20
- Thaler, Anna-Luise (1999): Fallstudie über eine abgebrochene Therapie mit einem psychotischen Mädchen. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 7 (Heft 4), 411-424
- Van Loh, Jan (2013): Zur Psychodynamik des Schriftspracherwerbs. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 21 (Heft 2), 85-107
- Vasilyeva, Nina (2010): Die lange Reise zu sich selbst. Die psychoanalytische Behandlung eines fünfjährigen Jungen mit Asthma. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 18 (Heft 2), 154-176
- Wincenty, Nannette (2003): Der kleine Professor. Die Last des psychischen Erbes. In: Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 32, 78-92
- Wolf, Reinhold (2009): «Versuche, die Zeit einzuholen». Vom Konkretismus zur symbolischen Funktion im Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess mit einem 7-jährigen autistisch-psychotischen Jungen. In: Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 17 (Heft 2), 139-155
- Wylter von Ballmoos, Anna (2009): Ich brauche noch eine Million Minuten. Aus der Analyse eines 5-jährigen emotional deprivierten Mädchens. In: Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 17 (Heft 2), 156-175
- Zahphiriou, Marie/ Gedulter-Trieman, Anat (2002): Maya. Die Wiederaufnahme einer normalen Entwicklung auf der Grundlage der Kooperation von Kindergartenerziehung und Psychoanalyse. In: Hurry, Anne (Hrsg.): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag, 189-211