

Hilarion Petzold, Gabriele Ramin (Hrsg.)

Schulen der Kinderpsychotherapie

Sonderdruck

Analytische Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie in der Individualpsychologie
Alfred Adlers

Anne-Els Stadler und Karl-Heinz Witte



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN 1987

Analytische Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie in der Individualpsychologie Alfred Adlers

Anne-Els Stadler und Karl Heinz Witte, München

1. Analytische oder kognitive Individualpsychologie?

Darstellungen der individualpsychologischen Kurztherapie und Beratung sind zahlreich erschienen (Literatur bei *Brunner et al. 1985; Schmidt 1982; Titze 1984*). Gelegentlich scheint es, als seien diese die kennzeichnenden Methoden der Individualpsychologie. Noch 1976 auf dem internationalen Kongreß in München fand eine Podiumsdiskussion statt: Ist die Individualpsychologie eine Tiefenpsychologie? (*Kausen et al. 1978, S. 223-236*) Diese Frage wird seither eindeutig mit Ja beantwortet. Das Problem der analytischen Methoden in der individualpsychologischen Psychotherapie beherrscht zur Zeit die Diskussionen und Studien in der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie.

Das heißt nicht, daß eine Veränderung in den Grundlagen der Theorie eingetreten ist. Wir hoffen zeigen zu können, daß die Prinzipien des Menschenbilds, der Neurosenlehre und des Therapiekonzepts von *Alfred Adler* in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besonders wirksam sind. Daß sich bei der Ausgestaltung dieser Therapieform Annäherungen an andere Schulen der Kindertherapie ergeben, liegt vor allem in der Natur der Sache. Die Kinder — und die Dynamik der Neurose — sind ja dieselben, gleich von welchem Schulstandpunkt aus sie betrachtet werden. Konvergenzen mit der Individualpsychologie finden wir besonders in der modernen Psychoanalyse, und zwar in den Konzepten der frühkindlichen Entwicklung und der daraus abgeleiteten Ich- bzw. Selbstpsychologie sowie in den damit einhergehenden theoretischen und behandlingstechnischen Veränderungen (*Blanck 1978, 1980; Kohut 1979; Mentzos 1984*). Die Betonung des Ganzheitsaspekts und der Selbstheilungstendenzen sowie der transpersonalen Dimension in den neueren Psychotherapiebewegungen, die sich unter dem Namen „humanistische Psychologie“ sammeln, sind individualpsychologischem Denken besonders verwandt, und viele Individualpsychologen integrieren gern die in diesen Schulen

entwickelten Techniken in ihre Therapie (*Heisterkamp 1985a; Seidel 1985*). Es sei daran erinnert, daß die Psychosomatik und die damit einhergehenden körperbezogenen Psychotherapieformen auf dem Ursprungsfeld der Neurosenlehre *Alfred Adlers* arbeiten (*Adler 1907, 1910, 1912a*).

Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß die anderen Schulen der Psychotherapie in manchen dieser alten Arbeitsfelder der Individualpsychologie lange Jahre mehr geforscht haben als die Individualpsychologie selbst. Das ist vor allem auf die Emigration *Adlers* und vieler seiner Schüler im Dritten Reich zurückzuführen. Diese konnten damals vorwiegend im expandierenden pädagogischen und sozialpsychologischen Beratungsfeld Fuß fassen. Besonders durch *Dreikurs (1976)* und seine Schule, durch *Ackerknecht (1982)*, *P. Rom (1981)* und die systematischen Forschungen von *Ansbacher (1982)* wurden die Theorie und Methodik der pädagogischen und psychologischen Beratung sowie der mehr kognitiv und pragmatisch orientierten Kurztherapie auf einen hohen Stand gebracht. In Deutschland ist *Kurt Seelmann (1968)* der bedeutendste Anreger und Förderer individualpsychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Auch die verdienstvollen Arbeiten von *Manés Sperber (1972, 1978)* betonen mehr den kognitiven Zugang als die unbewußte Dynamik der Neurose. In den frühen Jahren seiner Forschungen hatte *Adler (1912b)* den analytischen Aspekten seiner Praxis und Theorie sowie den verborgenen unbewußten Tendenzen der psychischen Dynamik mehr Beachtung geschenkt. Nach dem 1. Weltkrieg ging es ihm zunehmend darum, seinen Entdeckungen im Bereich der Neurosenprophylaxe breitere Wirksamkeit zu verschaffen, in Schulen und Volkshochschulen, in der Lehrerbildung und in Beratungsstellen.

Die Fragen „Analytische oder kognitive Psychotherapie in der Individualpsychologie?“ bzw. „Spieltherapie oder Elternberatung in der Kindertherapie?“ stellen sich für die individualpsychologische Therapie heute nicht mehr als Entweder-Oder. Eine solche Sicht verschiebt die Problematik. Individualpsychologie ist nicht das eine *oder* das andere. Die Alternative stellt sich dem Psychotherapeuten vielmehr in der Praxis bei der Wahl seines Vorgehens je nach der Problemlage der Ratsuchenden und dem institutionellen Rahmen seiner Arbeit.

Die Frage der Indikation zur Kurz- bzw. zur analytischen Psychotherapie soll hier nicht im einzelnen entfaltet werden. Grundlegend dazu sind *Spiel (1967)* und die Aufsätze von *Schmidt-Hollmann (1982, 1985)* und *Hackenberg (1982)*. Wir widmen unseren Beitrag ausschließlich der *analytischen* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Allgemein gelten auch für die Arbeit der individualpsychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 27. 1. 1976, die folgende Indikationen umfassen: psychoreaktive Störungen, Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen; psychosomatische Erkrankungen, Konversions- und Organneurosen; vegetativfunktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie; seelische Behinderungen und Entwicklungsstörungen im Zusammenhang mit

frühkindlichen emotionalen Mangelzuständen, chronischen Erkrankungen, schicksalhaften psychischen Traumen usw.

2. Allgemeine individualpsychologische Entwicklungslehre

Der einzelne Mensch entwickelt sich wie die Menschheit in einem ständigen Dialog mit seiner natürlichen und sozialen Umwelt. Zwei angeborene Bereitschaften haben in diesem wechselwirkenden Prozeß der Gestaltung und Anpassung an die Umwelt eine leitende Aufgabe inne. *Adler* nannte sie anfangs „Zärtlichkeitsbedürfnis“ und „Aggressionstrieb“ (1908a, b). Später sah er darin zwei anthropologische Wirkkräfte: die kosmische und soziale Verbundenheit („Gemeinschaftsgefühl“) und die „schöpferische Kraft“, welche sowohl den individuell starren Lebensstil eines Menschen hervorbringt („Ichfindung“) als auch die Evolution des Einzelnen wie der Menschheit zu einem humanen und wahrhaft vernünftigen Zustand hinführen *kann*, freilich nur in einer realitätsgerechten sozialen und kosmischen Verbundenheit (*Adler* 1933a, b).

Adler hat besonders auf die Bewegung der Psyche Wert gelegt. Er ist der Ansicht, daß die individuelle Lebenskraft ein Teil der allgemeinemenschlichen evolutiven Kraft ist. Der Säugling ist auf Gemeinschaft angelegt. Ihm ist von der ersten Stunde an eine Fähigkeit mitgegeben, die Antwort der Mutter hervorzurufen und sie dazu zu bringen, seinem Zärtlichkeitsbedürfnis zu entsprechen. Im Dialog zwischen Mutter und Kind entwickelt sich die allgemeine Lebensfähigkeit und die Gemeinschaftsfähigkeit eines Menschen. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist die ursprüngliche Quelle des Lebensmuts. Das angeborene Gemeinschaftsgefühl jedes Menschen wird durch die Mutter geweckt. *Adler* sah in Übereinstimmung „mit allen Seelenforschern“ die Prägung des Menschen durch seine frühkindliche Entwicklung für das Schicksal des Erwachsenen; aber er betonte besonders die Bedeutung der Mutter, und zwar für die Entfaltung und Pflege des „Gemeinschaftsgefühls“. „Und dies deshalb, weil sie (die Mutter) dem Kinde das Bewußtsein der unbedingten Verlässlichkeit eines Menschen vermittelt. Fehlt die Mutter oder verfehlt sie ihre Rolle, so wird es in unseren Zeitläufen schwer sein, einen vollgültigen Ersatz zu schaffen.“ (1925, S. 77; Hervorhebung von *Adler*)

Trotz dieser programmatischen und zukunftssträchtigen Devise wurde die Entwicklung des Kindes im ersten Lebensabschnitt von der individualpsychologischen Forschung leider nur allgemein skizziert. Die neueren Erkenntnisse z. B. von *Bowlby* (1972), *Spitz* (1968, 1973), *Jacobson* (1973), *Winnicott* (1974), *Mahler* (1978, 1979) und besonders das Konzept vom Ich als Organisationsprozeß (*Blanck* 1978, 1980) fügen sich nahtlos in die

individualpsychologische Entwicklungslehre ein, sofern die den Phänomenen beige-mischten theoretischen Verfärbungen abgestrichen werden.

Adler wies mit besonderem Nachdruck auf die Entstehung des Ichs hin. Er nennt diesen Prozeß bzw. diese Situation die „Geburtsstätte der Persönlichkeit“ oder die „Ichfindung“ (1926b, S. 159 f.). Dieses Ereignis korrespondiert dem, was Mahler (1978) die „Geburt der Psyche“ genannt hat. Das wesentlichste Kennzeichen dieser psychischen Geburt ist für Adler die Zentrierung der Psyche in einer Einheit. Die Metapher „Geburt“ für die „Ichfindung“ ist keineswegs zufällig; sie hat interpretierenden Sinn. Die vorangegangene Entwicklung des Individuums wird verstanden als ein Suchen, ein Ausprobieren der Möglichkeiten. Die angeborenen und gelernten Fähigkeiten der Psyche, z. B. Intelligenz, Gedächtnis, Partialtriebe, sensomotorische Fertigkeiten, primäre Persönlichkeitskonstanten usw., erscheinen noch in einem ungebundenen, keimhaften Zustand. Das Kind sucht nach einem Modell seines zukünftigen Verhaltens, das ihm größtmögliche Sicherheit, Anerkennung, Geltung, seinen Platz im Leben usw. garantiert. Dieses Modell entwickelt es aus den Identifikationsangeboten seiner Kindheit, vorab nach dem Vorbild von Mutter und Vater; aber auch nach anderen Leitfiguren, die Vorbildcharakter haben könnten, nicht zuletzt Märchenfiguren und religiösen Gestalten (1912b; besonders 1926a, S. 137).

Das Modell des Kindes von seiner werdenden Persönlichkeit nennt Adler den „Prototyp“ (1930, S. 40). Das ist ein Begriff aus der Literaturwissenschaft, der Figuren bezeichnet, die durch eine bestimmte Handlung oder Lebenslinie überindividuellen, modellhaften Rang gewinnen (David und Goliath, Sokrates). Mit der Wahl dieses Begriffs deutet Adler an, daß es sich bei der Ausprägung des kindlichen Charakters und Lebensstils, der „Ichfindung“, nicht um die Übernahme oder Einverleibung von Imagines der realen Elternfiguren handelt, sondern um ein schöpferisches, autonomes Verarbeiten der Eindrücke durch das Kind, um eine echte, aus der Vergangenheit in die Zukunft sich erstreckende Aneignung. Ähnliche Phänomene werden in anderen Schulen unter den Konstrukten der Introjektbildung, Identifizierung, der Delegation, der Rolle, des Auftrags, des Skripts mit jeweils anderen theoretischen Erklärungen beschrieben.

Mit dem Konzept der „Ichfindung“ hängt das Prinzip zusammen, das der Individualpsychologie den Namen gibt (individuum = unteilbar): die Einheit der Persönlichkeit. Sie wird durch die Ichbildung gestiftet, und zwar durch die Ausrichtung aller Kräfte des Individuums auf ein Persönlichkeitsziel. Man könnte Adler interpretieren mit den Worten: Das Kind ist von dem Augenblick an eine psychische Einheit, da es sich *als* etwas versteht und *etwas werden* will. Dieses Persönlichkeitsideal wird natürlich geprägt von familiären und kulturellen Wertvorstellungen. Allgemein ist ihm die Richtung: höher hinaus. Die individuelle Konkretion dieses „Finale“ scheint aber in einem Akt schöpferischer Wahl gefunden zu werden. In unseren Therapien erschließen wir diese Prozesse der Ichbildung rückblickend aus dem Vergleich der

Kindheitserinnerungen, der Lebenslinie und der Bewegungen im Traum, im Spiel und im ganzen Übertragungsverhalten in der Therapie.

In den Rahmen dieser allgemeinen Entwicklungslehre reiht sich auch die individualpsychologische Neurosenlehre ein. Für *Adler* ist die Neurose keine abnorme Geistes- oder Gemütsverfassung. „Es finden sich bei den Nervösen keine vollkommen neuen Charakterzüge, kein einziger Zug, der nicht auch beim Normalen nachzuweisen wäre.“ (1912b, S. 35 f.) Weder durch ihre Erscheinungen noch durch ihre Entstehung oder Wirkweise ist die Neurose von der „normal“ funktionierenden Psyche verschieden. *Adler* betrachtet die in der Neurose wie im „gesunden“ Charakter auftretenden und beharrlichen Züge (Ängste, Gedanken, Zwänge, Stimmungen usw.) als „psychische Organe“ (1912b, S. 195), d. h. in Analogie zur phylogenetischen Organbildung als psychophysische Hilfsmittel zu einer Leistung, die durch die Umwelt gefordert ist. Insofern haben die neurotischen Symptome strukturell den gleichen Charakter wie andere persistierende Gedanken, Gefühle und Einstellungen, z. B. religiöse und politische Dogmen, Kriegsbegeisterung, Kunstbesessenheit, Rituale usw. Das Maß der „Gesundheit“ wird bestimmt durch die Flexibilität und Realitätsgerechtigkeit solcher Stereotype.

3. Die Initialphase der Kinderpsychotherapie

3.1 Das Arbeitsbündnis

Dem ersten Anruf der Ratsuchenden beim Psychotherapeuten oder in der Beratungsstelle ist ein längerer Prozeß vorausgegangen. Die Ratsuchenden haben sich Vorstellungen darüber gebildet, wie die in Aussicht genommene Psychotherapie verlaufen soll und worin sie den Erfolg sehen würden. Diese vorausliegenden Einstellungen beeinflussen die Psychotherapie. Wahrscheinlich sind die Voreinstellungen der Ratsuchenden zur Psychotherapie nicht dieselben, die der Psychotherapeut hat. So liegt schon im Keim der Zusammenarbeit ein Konfliktstoff bereit, der zu Spannungen führen kann, wenn sich der Psychotherapeut über seine Haltung nicht klar ist bzw. sich nicht in geeigneter Weise den Ratsuchenden gegenüber äußert. Die Errichtung eines Arbeitsbündnisses, in dem sich die Erwartungen der Ratsuchenden und die Einstellungen des Therapeuten begegnen, ist also die Aufgabe der ersten Gespräche.

Die Aufmerksamkeit der Klienten ist, wenn sie den Rat eines Psychotherapeuten suchen, gefesselt von der Störung bzw. dem Symptom

des Kindes. Im Wort „Störung“ liegt schon eine Wertung dieser Problematik. Bestimmte Verhaltensweisen, Gefühle oder Äußerungen des Kindes stören, sei es den Familienfrieden oder die Vorstellungen von der Gesundheit, dem Glück, dem Erfolg, dem Lebensweg des Kindes. Charakteristisch für die Einstellung der Eltern sind Sätze wie: „Wir wissen nicht mehr weiter. Wir haben es im guten und bösen probiert. Alle unsere Versuche sind bisher gescheitert.“ Aus solchen Äußerungen erkennt man die Intention: 1. ein Problem zu meistern und 2. die Hilfe darin zu suchen, daß man das Symptom beseitigt. Das ist eine durchaus verständliche Erwartung der Eltern. Wenn der Therapeut den Psychotherapieauftrag übernimmt, den ihm die Eltern geben, scheint darin irgendwie ein Heilungsversprechen zu liegen. Aber worin sieht er die „Heilung“, und wie sieht er den Weg dorthin? Ausgesprochen oder nicht, der Satz „Sagen Sie uns, was wir tun sollen, oder tun Sie etwas“ liegt im Erstgespräch in der Luft. Von der ersten Stunde an ist demnach der Psychotherapeut gehalten, sein grundsätzliches Verständnis von psychischer Erkrankung bzw. Gesundung vorzubringen.

Das Symptom ist ein unverstandener scheiternder Heilungsversuch. Es wird darum vom Therapeuten grundsätzlich „positiv bewertet“. Eine erste Erleichterung ist für alle Betroffenen schon gewonnen, wenn sie im Kampf gegen das Symptom „vorläufig“ innehalten können. Das ist oft ein ungewollter, aber willkommener Nebeneffekt, wenn die Ratsuchenden die Suche nach Hilfe an den Therapeuten „abtreten“. Doch können sich die Ratsuchenden bei einer solchen Haltung nicht gründlich und dauerhaft umstellen. Psychotherapeutische „Wunderheilungen“ sind meistens „Übertragungsheilungen“, d. h. sie halten nur so lange vor, wie der „Zauber“ des Beraters wirkt.

Die konkrete Gestaltung des Arbeitsbündnisses leitet sich aus den Grundsätzen *Adlers* über die Beziehung des Beraters bzw. Therapeuten zum Klienten (z. B. 1913, S. 58 ff., 1933a, S. 173 ff.) ab: Die Lösung der Probleme bzw. die „Heilung“ ist ganz allein Aufgabe und Erfolg der Ratsuchenden. Der Therapeut stellt sich als Mitarbeiter zur Verfügung und läßt sich „niemals ohne gründlichen Widerspruch und Aufklärung eine übergeordnete Rolle zuweisen, etwa als Autorität, Lehrer, Vater, Erlöser usw.“. Vielmehr „nimmt die *Aufdeckung des neurotischen Lebensplanes* ihren Fortgang in einem freundschaftlichen, ungewungenen Gespräch, bei dem es durchwegs angezeigt ist, *sich der Führung des Patienten zu überlassen*“ (1913, S. 60; Hervorhebung von *Adler*). Grundsätzlich gilt diese Haltung auch in der Kurztherapie, ja sogar in der Beratung, die ja keine Ratschläge erteilen will, sondern ein gemeinsames Sich-Beraten oder Rat-Halten ist, in dem unter der Mitar-

beit des Beraters den Klienten Lösungswege sichtbar werden. Erst recht gilt diese Haltung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, auch in der damit verbundenen Elternarbeit.

Um diese Grundhaltung den Ratsuchenden verständlich zu machen, brauchen wir aber keine weitschweifigen Erklärungen. Meistens genügt es am Anfang, die Ratsuchenden zu einer wohlwollenden, *forschenden* Haltung dem Symptom bzw. Problem gegenüber zu ermuntern. Aufgeschlossenheit und Bereitschaft zum Mitgehen übertragen sich meistens schnell auf die Klienten, und ihnen werden rasch Zusammenhänge verständlich, die sie bisher zwar gekannt, aber nicht beachtet hatten. Der Therapeut stellt sich vor als Begleiter auf der Suche nach den „Gründen“, aus denen das Kind auffällig bzw. krank geworden ist. Darüber haben die Eltern immer ihre eigenen Ansichten, und sie fühlen sich ermutigt, sie auszusprechen. So enthüllen sich viele Erkenntnisse über die psychische und familiäre Bedeutsamkeit des Symptoms ohne Abfragen wie von selbst.

In den meisten Fällen erhalten wir durch einen Anruf oder die Überweisung eine erste Vorinformation über die Lebenssituation und Problemlage der Ratsuchenden. Bei der ersten Terminvereinbarung teilen wir den Grundsatz mit, es möchten alle zum Erstgespräch kommen, die von dem Problem betroffen sind; aber wir überlassen es der Familie zu entscheiden, wer tatsächlich in die Sprechstunde mitgeht. In dieser Regelung spiegelt sich unsere Grundeinstellung: Schon und gerade in dem Arrangement, das die Ratsuchenden für das Erstgespräch treffen, verbergen sich die familiendynamische Konstellation sowie die spezifische Sicht und Wertung des vorgestellten Problems. Die darin liegenden Fingerzeige sollen nicht durch ein technisches Konzept des Therapeuten verwischt werden.

Wir rechnen von Anfang an mit einem unbewußten Offenbarungswillen und einem gleichstarken Widerstand des Patienten und der Familie. Wir arbeiten nicht gegen den Widerstand, sondern mit Verständnis für dessen Sinn, damit sich der Offenbarungswunsch des Ratsuchenden entfalten kann. Die Ratsuchenden wollen die Situation bestimmen, damit sie sich nicht ausgeliefert fühlen, auch wenn sie sich passiv und erwartungsvoll geben. Daß sie die Oberhand behalten wollen und wie sie das arrangieren, ist für den Therapeuten nicht eine zu meisternde Widrigkeit, sondern Stoff für weiterführende diagnostische Fragen.

Nehmen wir als ein mögliches Beispiel für die Beobachtung in der ersten Stunde die Frage: Wer erscheint und wer bleibt fern? Wir versuchen aus der Stimmung und den offenen oder versteckten Mitteilungen

herauszuhören, was mit dem Erscheinen oder Fortbleiben eines Familienmitgliedes ausgedrückt wird. Hier eine unvollständige Liste von möglichen Beobachtungsfragen, nur beispielsweise auf den Vater bezogen: Fühlt sich der Vater etwa über allem erhaben, so daß er nicht kommt? Fürchtet er, daß im Familiengespräch ein wunder Punkt der Beziehung zu seiner Frau angesprochen werden könnte? Muß die Anmeldung etwa vor ihm verheimlicht werden, weil er sonst polternd über Frau und Kind herzieht? Oder muß er dabei sein, weil er sich nichts entgehen lassen will oder weil er fürchtet, daß etwas über seinen Kopf hinweg entschieden wird? Ist er eine Stütze für ein anderes Familienmitglied oder dessen Sprachrohr? Und so weiter. Ausgewertet werden solche Fragen erst, wenn im Anschluß an die Anamnese und die ersten Spielstunden des Kindes die familien- und psychodynamischen Hypothesen gebildet werden.

Die Individualpsychologie sah von Anfang an die Analyse der Familienkonstellation als einen ihrer originären Beiträge zur Psychotherapie und Beratung an (*Ansbacher* 1982, S. 339 ff.). Die systemische Familientherapie hat weitere Aspekte der Familienkonstellation herausgearbeitet und gezeigt, wie man sie auflösen bzw. beleben kann (*Richter* 1967, 1968; *Selvini Palazzoli* 1977). Wir benützen gern solche Betrachtungsweisen und Techniken (dazu *Heisterkamp* 1985b); aber die analytische individualpsychologische Kindertherapie ist keine Familientherapie im eigentlichen Sinne. Unser Patient ist nicht das System, sondern das psychisch erkrankte oder belastete einzelne Kind. Dieses wird allerdings immer im familiären Zusammenhang gesehen, und die begleitende Therapie der anderen Familienmitglieder spielt eine wichtige Rolle, ja sie kann sogar über Strecken in der Therapie in den Vordergrund rücken. Überlegungen hierzu werden später im Abschnitt über die begleitende Therapie der Familienmitglieder mitgeteilt.

In der Initialphase der Therapie gilt es, ein Arbeitsbündnis mit dem an seinen Symptomen leidenden Kind und mit der Familie zu schließen. Dabei haben wir fast immer das Gefühl, daß der vorgestellte Patient nicht der einzige oder wirklich neurotisierende Herd in der Familie ist. Doch es gilt zu beachten, daß in dieser Verschiebung ein Widerstandsphänomen von seiten der Familie vorliegt, das respektiert werden muß. Wenn, wie wir meinen, sich die Eltern hinter dem Symptom eines Kindes verstecken, wird ihre Angst so groß sein, daß sie dies Vorschieben eines anderen nötig haben. Gegen die Widerstände der Patienten ist der Therapeut machtlos. Aber will er denn die Macht? Muß er sich denn etwas einfallen lassen, um die Widerstände „im Interesse des Patienten“ zu unterlaufen? Auch unsere eigene Tendenz, lie-

ber zunächst die Eltern, einen Bruder oder die Familie behandeln zu wollen, und nicht das vorgestellte Kind; beargwöhnen wir als Widerstand oder Machtwillen im Therapeuten.

3.2 Biographische Anamnese und ihre Auswertung

Der erste Kontakt mit dem Kind und seiner Familie dient dem allgemeinen Kennenlernen, der Übersicht über die Problematik und dem Sammeln erster Eindrücke. Danach treten wir in die diagnostische Arbeit ein. Sie soll uns helfen, die neurotische Entwicklung, die der Symptomatik zugrunde liegt, und die neurotische Bewegungslinie beim Kind aufzudecken. Diese Bewegungslinie erarbeiten wir aus dem, was wir in der Anamnese mit den Beziehungspersonen und in den ersten Sitzungen mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen erfahren. Zur Vertiefung der Eindrücke im Erstgespräch, bei dem wir möglichst viele Familienangehörige sehen möchten, beschäftigen wir uns nun am besten mit den einzelnen Familienmitgliedern getrennt.

Die Anamnese, beim Kind stets eine Fremdanamnese, beim Jugendlichen eine Mischform aus Fremd- und Eigenanamnese, gibt uns eine Reihe von sachlichen Informationen. Diese Daten bilden für uns einen Rahmen, in dem sich nach und nach die Situation der Familie heute und früher zeigt. Wir versuchen, die Welt zu erfassen, in der das Kind lebt und gelebt hat, gesehen durch die Augen des Berichterstatters. Wir lernen dabei die Einstellungen der Eltern zum Kind kennen. Da diese Einstellungen, vor allem die unbewußten, bei Vater und Mutter oft sehr unterschiedlich sind, ist es gut, mit ihnen getrennte Gespräche zu führen, wenn sich das ohne Schwierigkeiten machen läßt.

Ich erfahre etwas über die Wünsche, Erwartungen, Befürchtungen und Ziele, die Vater und Mutter mit dem Kind verbinden. Das ist nötig zur Beantwortung der Frage: Was bedeutet das Kind für die Mutter, für den Vater? Welchen Platz räumen sie ihm in ihrem Leben ein? Welche Rolle gestehen sie ihm zu, welche unbewußten Aufträge geben sie ihm?

Ein Beispiel:

Eine Mutter erzählt uns, daß sie ihre Berufstätigkeit wieder aufgenommen hat, als das Kind drei Monate alt war. Sie begründet diesen Schritt: „Das Kind brauchte mich ja nicht. Es hat ohnehin viel geschlafen. Ich habe es kaum bemerkt.“ Diese Aussage gibt uns die Information: Das Kind wurde im dritten Monat bereits fremder Pflege überlassen. Wir erfahren gleichzeitig, daß die Mutter die Erwartung an das Kind hatte, gebraucht zu werden. Das Kind erfüllte diese Erwartungen zunächst nicht. Erst als es mit vier Jahren immer noch nicht sprach, hörte die Mutter zu arbeiten auf und kümmerte sich aufopferungsvoll um die Behandlung dieses Kindes, das sie nun brauchte.

Hier stoßen wir bereits in den wenigen Sätzen der Mutter am Anfang des Anamnesegesprächs auf eine wahrscheinlich neurotisierende Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind, und bereits an dieser Stelle läßt sich eine erste Hypothese über die Entstehungsgeschichte der kindlichen Neurose aufstellen. Von der Mutter her gesehen, erscheint die Situation etwa so: Ein Kind, das mich nicht so braucht, wie ich es mir vorstelle, als eine sich aufopfernde Mutter, gibt mir nicht das Gefühl, etwas wert zu sein. Diese Beziehung nützt mir nichts. Ich hole mir meine Bestätigung woanders. Für das Kind sieht es möglicherweise so aus: Meine Mutter verläßt mich, weil ich nicht so bin, wie ich sein sollte. Ich muß ihre Erwartungen erfüllen. Ich muß hilfsbedürftig sein, um geliebt zu werden.

Charakteristisch für die Individualpsychologie ist die Beobachtung der Bewegung des Patienten in Schwellensituationen. Das sind Stationen des Übergangs, in denen das Kind als Folge körperlicher und seelischer Reifungsvorgänge bzw. im Gefolge neuer sozialer Anforderungen eine neue Beziehung zu sich und der Welt aufnimmt und damit vor neue Aufgaben gestellt wird, z. B. Laufen- und Sprechenlernen, Sauberkeitsentwicklung, Eintritt in den Kindergarten, in die Schule usw. Diese Schwellensituationen werden vom Kind in individueller Art angegangen („Ad-gression“ in *Adlers* [1908a] ursprünglicher Definition): Wie stellt es sich dieser Herausforderung? Schreitet es mutig voran oder hastig? Oder tritt es von vornherein nur zögernd in die Situation ein? Oder eilt es im äußeren Verhalten zügig voran, während ihm innere Probleme, Zwänge oder Ängste den Weg zu versperren scheinen, als ob es stolperte? Aus dieser spezifischen Bewegungslinie des Kindes können wir besonders gut auf seinen Lebensstil schließen, d. h. auf seine Meinung von sich und der Welt und die Mittel und Wege, sich auf sein individuelles Ziel hin zu bewegen.

Das Ziel des Kindes ist aus den in der Anamnese mitgeteilten Bewegungen meistens nicht eindeutig abzulesen. Es muß errahnt werden. Dazu ist es nötig, daß wir durch die Anamnese Einblick in das Beziehungsgeflecht der Familie des zur Therapie angemeldeten Kindes bekommen. Wir erleben die familiäre Atmosphäre, wie sie von den Berichterstattern dargestellt wird. Das läßt Schlüsse zu auf die Art der Beziehung zum Kind. Es legt Fragen nahe, die die Primärfamilie der Berichterstatter, die Vorerfahrungen der Eltern, Großeltern usw. erhellen können. Wieweit wir unsere Augen und Ohren schweifen lassen, hängt von der jeweiligen Familie ab. Uns leitet die Frage: Wann und wie nahm in diesem familiären und gesellschaftlichen Umfeld die neuroti-

sche Entwicklung des Kindes ihren Anfang, was erhält sie bis heute am Leben, was machte möglicherweise eine Symptombildung nötig?

Weitere Fragen, für die wir eine Antwort suchen, sind: Welches Familienmitglied außer dem Symptomträger ist durch die Problematik besonders betroffen? Welche Entwicklungsmöglichkeiten werden nach Ansicht der verschiedenen Familienmitglieder durch das Symptom verhindert? Was wäre, nach Ansicht der Ratsuchenden, wenn das Symptom verschwände? Welche Ideale, Ziele und Vorbilder bildete das Kind aus? Was sagen uns die Lieblingsmärchen und -spiele, wiederholte Träume oder bevorzugte Phantasien über das innere Erleben des Kindes?

Besondere Aufmerksamkeit widmen wir der Situation, in der das Symptom zum ersten Mal auftrat. Sie wird daraufhin untersucht, ob hier eine Entwicklungslinie unterbrochen wurde oder ob eine Lebensaufgabe bevorstand, zu deren Bewältigung die Kräfte des Patienten nicht ausreichten. Oft finden wir auch schon in früheren Lebenssituationen auffällige Erscheinungen, die dem ähneln, was jetzt als neurotisches Hauptsymptom vorgestellt wird. Vielleicht sind sie in Schwellensituationen erstmals aufgetreten? Zum Beispiel stellt sich heraus, daß ein Mädchen, das jetzt mit zehn Jahren an Schlafwandeln und anderen Schlafstörungen leidet, erstmals im vierten Lebensjahr jede Nacht ins Bett der Eltern kroch. Damals fiel das Verhalten nicht als Störung auf, weil man eine plausible Erklärung dafür hatte: Die Familie war wenige Wochen zuvor in ein neues Haus umgezogen. Die Frage, ob die Situationen, die solch ein Verhalten ausgelöst haben, ähnlich sind, führt uns näher an die zugrunde liegende Herausforderung, der sich das Kind nicht gewachsen fühlte. Auch die Frage, was der Patient bei der Überschreitung dieser Schwelle gefürchtet hat, ist wesentlich. Die Antworten müssen wir grobenteils erschließen.

Alle diese Beobachtungen und Überlegungen stehen unter der *übergeordneten Leitfrage*: Welche der menschlichen *Grundängste* könnte in der Situation, die das Symptom auslöste, wach werden: Angst vor Vernichtung, Verlassenheit, Trennung, Verlust, Versagen? Die Diagnose dieser inneren Ängste enthüllt uns den dynamischen Kern der spezifischen (Symptom-) Neurose. Sie gibt uns erst den Schlüssel zum Verständnis des Lebensstils des Kindes; denn dieser hat die Aufgabe, den Menschen gegen die Bedrohung durch diese Grundängste zu sichern. Das erste Auftreten des Symptoms und die belastenden Situationen der Kindheit zeigen uns die Eigenart der empfundenen Bedrohung. Das Symptom ist eine Notbremse (Adler 1933a).

Aus diesen Überlegungen dürfte deutlich werden, warum wir das Symptom nicht nur als etwas betrachten, das stört oder im Wege steht und darum beseitigt werden soll, sondern daß wir es als Antwort auf einen Mangel betrachten. Aus der Exploration ergibt sich die „Mangel-diagnose“. Diese müssen wir selbst stellen. Patienten und Eltern können uns selten sagen, was dem Kind „wirklich fehlt“. Wir fragen hier nicht: Was hat das Kind nicht bekommen, was hätte es gebraucht? Obgleich das zweifellos wichtige Fragen sind. Wir fragen: Welcher Mangel begründet nach Ansicht der Ratsuchenden die Störung? Und darüber hinaus: Was fehlt den Ratsuchenden „innerpsychisch“, ja existentiell, an Kräften? Wahrscheinlich mangelt gerade das, *worum sich die Grundängste jeweils sorgen*: Urvertrauen, Gemeinschaftsgefühl, Liebe, Eigenständigkeit, schöpferische Leistung.

3.3 Die ersten Spielstunden

Wenn wir im Erstgespräch und in der Anamnese Hypothesen gebildet haben, wenden wir uns dem Kinde zu. Seine ersten Stunden dienen vorrangig der Beobachtung. Wir suchen wieder nach der Bewegungslinie im Leben des Kindes, nach seinem Lebensstil. Dieser stellt sich in der diagnostischen und in der therapeutischen Situation sichtbar dar. Wir versuchen, die bewußten und unbewußten Ziele zu erkennen, die das Kind sich gesetzt hat, denen es zustrebt. Wir versuchen auch, die Mittel zu verstehen, die es benutzt, um zu diesen Zielen zu kommen.

Das Kind muß sich frei bewegen können, wenn wir seine „Bewegungen“ wahrnehmen wollen. Die Situation ist weitgehend offen. Der Therapeut bzw. die Therapeutin stellt sich auf die Sprache des Kindes, auf sein Ausdrucksmedium ein. Ein Angebot von Spielen ist da, die einen kindgemäßen Aufforderungscharakter haben und zu symbolischen Darstellungen anregen. Projektive Testverfahren werden seltener verwendet. Wenn wir sie benützen, versuchen wir sie möglichst weitgehend in das Spiel zu integrieren. Falls standardisierte diagnostische Testverfahren oder ärztliche Untersuchungen notwendig sind, überweisen wir diese Aufgabe einem Kollegen.

Das Kind kann das Medium, mit dem es sich darstellen und mit dem es zu uns in Beziehung treten will, frei wählen. Wir versuchen, das Beziehungsangebot des Kindes anzunehmen, ganz gleich auf welchem Niveau und in welcher Form es erscheint. Damit verlassen wir die Rolle eines neutralen Beobachters. Wir werden Mitspieler bei den Darstellungen des Kindes. Es verwendet uns, wie die Puppen, die Farben, den Therapieraum, um etwas über sich auszusagen. Wir müssen also,

wenn wir etwas über das Kind erfahren wollen, nicht nur seine Bewegungen beobachten, sondern auch uns selbst, unsere Gedanken und Gefühle, unser spontanes Verhalten.

Hier ein Beispiel:

Der achtjährige Christian aus einer Akademikerfamilie wird uns wegen seines völligen Leistungsversagens seit Schuleintritt zur Therapie überwiesen. Er ist in der ersten Stunde unruhig, fast hektisch. Er probiert alle möglichen Spielsachen aus. Sobald sie sich ihm widersetzen, wirft er sie in die Ecke. Auffallend ist die Tendenz, nach Spielen zu greifen, die für sein Alter zu schwierig sind, und dann bei der geringsten Andeutung einer Niederlage auszuweichen. Die Therapeutin, die ihm eine Weile zugeschaut hat, ohne sich einzubringen, setzt sich plötzlich, ohne lange nachzudenken, auf den Boden. Der Junge zögert, setzt sich dann zu ihr. Sie nimmt einen Ball und rollt ihn zu ihm hin. Er rollt ihn zurück. So geht es eine Weile hin und her. Der Junge entspannt sich. Er beginnt zu sprechen, schaut die Therapeutin an und nimmt nun zum ersten Mal Kontakt mit ihr auf.

Die Therapeutin spürte beim Beobachten die Anstrengungen des Jungen, denen ihr eigener Impuls folgte, sich hinzusetzen. Der Junge nahm das Angebot auf, und indem er auf dieses kleinkindliche Spiel einging, zeigte er der Therapeutin, auf welchem Niveau und in welcher Form er ansprechbar ist, auf welcher emotionalen Entwicklungsstufe er sich befindet, wo er er selbst sein kann, sich nicht überfordern muß. Die Therapeutin hatte das zermürbende Leistenmüssen, das hoffnungslose Erfolgsstreben des Jungen als Ermüdung in sich selbst wahrgenommen. Sie hatte es richtig gedeutet, als eine vom Kind ausgehende Befindlichkeit, und durch ihr Vorbildverhalten dem Kind ermöglicht, dieses Gefühl zu erleben. Es konnte regredieren auf eine Entwicklungsstufe, in der, so unsere Hypothese, das Kind mit sich und der Welt noch in Frieden lebte.

Aus der Anamnese wissen wir, daß der erstgeborene Junge sich unter den kritischen Augen der Eltern und der gesamten Großfamilie sehr schnell entwickelte. Bei der Geburt der Schwester war Christian zweieinhalb Jahre alt. Während er zu immer mehr Leistung angestachelt wurde, bekam die Schwester, die ja jünger und schwächer war, freundliche Zuwendung. Er war ehrgeizig und erfüllte alle Erwartungen der Familie, bis er in die Schule kam. Die Familie und auch er selber waren davon ausgegangen, daß er unter allen Umständen der Erste sein werde. Es war schon bald klar, daß ihm das nicht gelingen konnte. Die Folge war, daß er nicht mehr in die Schule gehen wollte. Er brachte es trotz intensiver Unterstützung durch die Mutter nur zu geringen Leistungen, so daß ihm nach dem zweiten Schuljahr die Einweisung in die Sonderschule drohte. Damit erschütterte er die gesamte Familie, die sich ihm zunächst voller Zorn, dann auch voller Sorge zuwandte. Christian hatte erreicht, daß er die Aufmerksamkeit der Familie durch sein Versagen bekam in dem Moment, als er sie durch seine Leistungen nicht mehr bekommen zu können glaubte.

Die Leistung (Erfolg und Versagen) ist das Mittel, mit dem das Kind gelernt hatte, Ziele zu erreichen in einer stark auf Erfolg ausgerichteten familiären Umwelt. Sein Ziel ist aber, so schließen wir aus der Beob-

achtung, nur vordergründig das, Aufmerksamkeit zu erregen. Wir nehmen an, daß der Junge geliebt werden und sich in Ruhe seinen Möglichkeiten entsprechend entwickeln möchte. Er hat erlebt, daß er, um geliebt zu werden, Bedingungen erfüllen mußte. Er mußte den überhöhten Erwartungen der Familie auf eine schnelle Entwicklung hin zu einem Erfolgsmenschen entsprechen. Er entwickelte einen Lebensstil, in dem das Streben nach Erfolg und Bewundertwerden in den Vordergrund trat. Erfolg haben wurde zur Bedingung des Beifalls der Eltern. Deren Anerkennung mußte ihm die lebensnotwendige Erfahrung des liebenden Angenommenseins ersetzen. Sie wurde ihm zur Bedingung für das Gefühl des eigenen Wertes. Jede Niederlage stellt diesen Wert in Frage, löst Gefühle von Minderwertigkeit aus, die so quälend sind, daß sie mit erhöhtem Streben nach Erfolg beantwortet werden. Kann er nicht erfolgreich in seinen Leistungen und der Erste in der Schule sein, so richtet er, seiner privaten Logik entsprechend, seine Aufmerksamkeit auf „Glanzeleistungen“ im Versagen, die seine Familie in helle Aufregung versetzen. Er lernt nicht, er entwickelt sich nicht weiter.

Das Selbstzerstörerische in dieser Entwicklung ist der Preis, sind die „Kriegskosten“, die er dafür zahlt, daß er der Konfrontation mit seinen Minderwertigkeitsgefühlen, seiner Unvollkommenheit ausweicht. Er glaubt, ausweichen zu müssen, weil er keine Hoffnung hat, so unvollkommen, wie er ist, geliebt zu werden. Das Ausweichen vor der von ihm geforderten Lebensaufgabe des Lernens gestattet ihm zunächst, an der Illusion der eigenen Größe festzuhalten. Er glaubt, jede Situation möglicher Bewährung meiden zu müssen, aus Furcht, den Beweis seiner „Großartigkeit“ nicht erbringen zu können. Und doch begegnet er tagtäglich in der Schule und daheim (durch seine Schwester) seiner Unterlegenheit und dem Gefühl der eigenen Minderwertigkeit, Wertlosigkeit und der damit verbundenen existentiellen Angst, nicht geliebt, d. h. verstoßen zu werden.

Wir haben uns hier zunächst einmal um die Diagnose des Patienten selber, des sogenannten Symptomträgers, bemüht. Wir gehen aber von Anfang an davon aus, daß wir in unsere Diagnostik die ganze Familie mit einbeziehen; denn das Kind hat seine Entwicklung in einem bestimmten familiären Umfeld gemacht, das wir auf jeden Fall mit berücksichtigen müssen. So sind im oben beschriebenen Fall Leistung, Versagen, Erfolg, Überlegensein, Schwächenzeigen die Themen, die für alle Familienmitglieder mit Problemen behaftet sind. Wir fragen deshalb: Was bedeutet die kindliche Symptomatik für die einzelnen Familienmitglieder, wie reagieren sie darauf, wie gehen sie damit um,

was tragen sie dazu bei, daß das Symptom sich verstärkt oder vermindert?

Erst wenn wir darüber etwas wissen, können wir über mögliche Therapieziele nachdenken. Die diagnostische Arbeit allerdings hört nicht nach der ersten Diagnose auf. Die Therapie hat ein sich immer weiter vertiefendes Verstehen zum Ziel und, so möchte man vielleicht etwas überspitzt sagen, sie ist letztlich nicht viel anderes als eine immer weiter fortschreitende Diagnose.

4. Der Sinn des Symptoms

Jeder Mensch entwirft Leitbilder, jeder entwickelt besondere Fertigkeiten, vorherrschende Grundstimmungen, affektive Absonderlichkeiten und gedankliche Präokkupationen. Die symptomatische Neurose ist in ihrem Ursprung nichts anderes. Allerdings ist sie die Antwort auf eine verschärfte Mangelsituation oder Belastung, meistens bei geringeren Kräften. In dieser Situation entwickelt das Kind eine besondere innere Wachsamkeit, Sicherungstendenzen („Abwehrmechanismen“), und darüber hinaus besondere Vermeidungs- und Ausgleichstechniken: Zögern, Distanz, Ausweichen, Streben nach Geliebt- oder Geschontwerden, nach Überlegenheit, Schuldlosigkeit, Fehlerlosigkeit, Vollkommenheit usw. All diese überhöhten Persönlichkeitsziele faßt *Adler* unter dem Namen „Gottähnlichkeitsstreben“ (1912b, S. 26) zusammen. Solche Bestrebungen zur Kompensation des Mangels können diesen aber nur verdecken. Die Folge der Vermeidung ist eine Vertiefung des Mangels und eine Verminderung des Mutes, ein verschärftes Minderwertigkeitsgefühl: Das Kind ist mit seinem Streben in einem Teufelskreis gefangen. Parallel zu diesem inneren Mangel- und Enttäuschungszirkel verläuft ein sozialer; denn in den meisten Fällen wird die primäre Mangelerfahrung durch die Störung der Urgemeinschaft von Mutter und Kind eingeleitet und dann durch eine sich verstärkende Wechselwirkung vertieft. Das enttäuschte Kind enttäuscht die Mutter, die Vermeidungs- und die Ausgleichsbestrebungen verschärfen sich und finden keine Beruhigung. Die Neurose ermöglicht einen „kranken“ Gleichgewichtszustand des inneren und des sozialen Gefüges. Sie ist, wie die Krankheit überhaupt, ein aus der Not geborener Regelkreis, dessen Stabilitätsspielraum von abweichenden Normen definiert wird (*C. F. v. Weizsäcker* 1974, S. 327 ff.).

Das Symptom hat in diesem Gefüge einen Sinn. Ihn gilt es in der Therapie zu verstehen. Die Symptomatik ist das Ergebnis eines notwendig scheiternden Versuchs, in einer Problemsituation eine „Lö-

sung“ zu finden. Die Therapie soll nicht das Symptom beseitigen, sondern überflüssig machen und im Kind Möglichkeiten wecken, auf geeigneteren Wegen voranzuschreiten.

Zentral für das Verständnis der Neurose und jedes Lebensstils ist für den Individualpsychologen die „Finalität“ eines Verhaltens. Wenn die Außenwelt das Individuum vor Aufgaben stellt, zu deren Lösung das neurotisch disponierte Kind nicht vorbereitet ist, sucht es Entlastung. All sein Verhalten ist ein Versuch, auf die Außenwelt einzuwirken. Die Ziele des Menschen richten sich auf die Mitmenschen. Er will z. B. überlegen sein, gefallen, kontrollieren, einen Vorteil haben u. ä. (Schottky, Schoenaker 1976). Rudolf Dreikurs (1975, 1976) und seine Schule haben Wege gezeigt, die „Nahziele“ des Kindes und die Finalitäten im Lebensstil zu analysieren. In diesen Verfahren wird die Aufmerksamkeit vor allem auf den sozialen Aspekt des Verhaltens gerichtet. Dem Kind geht es zum Beispiel um Aufmerksamkeit, Überlegenheit, Rache, In-Ruhe-Gelassen-Werden. Dabei ist auch den Individualpsychologen, die mit der kurztherapeutischen Technik arbeiten, klar, daß die sozialen Zielsetzungen aus Meinungen des Kindes von sich und der Welt entspringen.

Der Begriff „Meinungen“ verführt dazu, den Prozeß rein kognitiv zu verstehen. Doch ist hier „keineswegs an eine begrifflich zu fassende Meinung“ zu denken, sondern an eine präverbale Befindlichkeit und an einen unbewußten Lebensentwurf (Adler 1932, S. 269, vgl. 1933a, S. 24 f.). Darum wird man diese „Meinungen“ wie die ihnen entspringenden Ziele, wenn eine analytische Therapie überhaupt angezeigt ist, auch nur in einer sozusagen „präverbalen Sprache ansprechen“ können, wenn man sie in der Wurzel erreichen will. Die äußeren Zielsetzungen haben eine innere Dynamik, sie entspringen einer Angst. Wir verstehen die Fehlhaltungen nur, wenn wir fragen: Durch welche Angst werden sie aufrecht erhalten? Also ist die finale Frage im Hinblick auf die *inneren Prozesse* ebenso zu stellen wie auf die Beziehung zur Mitwelt: Was will der Patient vermeiden? Angst, eigene Zornausbrüche, unverzeihliche Schuldgefühle, Einsamkeit, Vernichtungsangst, Liebesverlust, Kastrationsangst, Eingeengtsein.

Wie gehen wir mit den Affekten der Kinder um? Sei es Aggression gegen Vater, Mutter, Kameraden oder Therapeut, sei es Anhänglichkeit, Wut, Depression: Immer stellt sich uns die Frage: Was ist der spezifische Motor dieser Affekte, und was sollen sie — *innerpsychisch* — bewirken? Vielleicht will das Kind damit gegen eine Aussichtslosigkeit ankämpfen, eine innerlich gespürte Verdammung vermeiden, eine unverträgliche Abhängigkeit vom Wohlwollen der Eltern überwinden,

Ohnmachtsgefühle angesichts einer untragbaren Verantwortung für das Glück der Eltern oder eines Geschwisters abwälzen? Die analytische individualpsychologische Therapie geht von den sozial wirksamen Verhaltenszielen zurück auf solche inneren Intentionen und Persönlichkeitsziele, die einen Ausweg aus sozialen und inneren Notsituationen öffnen sollten, und macht diese dem Erleben wieder zugänglich. Das ist wohl ein wesentliches Unterscheidungskriterium der analytischen Therapie gegenüber der Kurztherapie und Beratung.

Wie diese theoretischen Grundsätze im Verständnis des Symptoms und in der Therapie wirksam werden, erläutern wir im folgenden.

5. Fallbeispiel

Steffi ist 14 Jahre alt, als sie wegen ihrer Magersucht zur Therapie kommt. Die Symptomatik besteht seit etwa zwei Jahren. Sie ist jetzt zur Therapie motiviert, seit sie beim Leichtathletiktraining mitten auf der Aschenbahn umgefallen war. Ihr bewußtes Ziel ist es, „außergewöhnliche sportliche Leistungen zu erbringen, die sonst nur Männer schaffen“. Daran hindert sie nun die Symptomatik. Sie hatte eingesetzt, als das Mädchen bemerkte, daß sich ihr Körper zu verändern begann und daß sie beim Schwimmtraining deutlich hinter den Leistungen der Jungen, auch ihres jüngeren Bruders, zurückzubleiben drohte. „Ein Busen stört beim Schwimmen. Ich wollte nicht zu den Mädchen, ich wollte mit den Buben weitertrainieren.“

Es wird deutlich: Ihr Ziel ist es, nicht nur außergewöhnliche sportliche Leistungen zu erbringen, sondern darüber hinaus leistungsfähig zu sein wie ein Mann, vielleicht überhaupt ein Mann zu sein. Zur Klärung der Frage, wie es zu diesem völlig illusionären unerreichbaren Ziel kommen konnte, gibt uns die Kindheitsgeschichte Auskunft.

Die stark männlich identifizierte Mutter Steffis (Mathematikerin in einem sonst nur aus Männern bestehenden Forscherteam) hatte mit 36 Jahren über eine Anzeige einen Mann kennengelernt, den sie nach sechs Wochen bereits heiratete. „Bevor es mit dem Frausein vorbei war.“ Nach einem Jahr wurde Steffi geboren. Als der Mutter nach der Geburt das Kind gezeigt wurde, war sie „geschockt“. Das Kind sah dem Vater ähnlich und hatte mit dem Bild, das sie sich von ihrem Kind gemacht hatte, nichts zu tun. Die Mutter bemühte sich trotzdem mit großer Zähigkeit, das Kind zu stillen und es entsprechend ihren Vorstellungen von einer guten Mutter zu versorgen. Sie war glücklich, als 15 Monate später ein Sohn geboren wurde, der ihren Vorstellungen voll und ganz entsprach. Durch ihn konnte sie auch Steffi besser annehmen. Sie stellte sich auf die Kinder ein wie auf ein Zwillingsspaar, d. h., Steffi wurde behandelt wie ihr Bruder. Es ging nach Aussagen der Mutter beiden Kindern und ihr selber gut dabei. In der Therapie tauchten allerdings bei Steffi Erinnerungsbilder auf, die zeigten, daß dieser Gleichklang durch Steffi immer wieder gestört wurde. Der Vater spielte in der Familie, in der vor allem die herrschsüchtige Großmutter das Sagen hatte, eine untergeordnete Rolle. Er versuchte, sich in seinem Beruf als Physiker hervorzutun, konnte aber den hohen Ansprüchen seiner Frau nicht genügen. Sie nahm, als die Kinder gemeinsam eingeschult worden waren, ihre eigene Karriere wieder in die Hand, blieb aber weit hinter ihren Idealen zurück. „Weil ich halt nur eine Frau bin.“

Steffi fiel dadurch auf, daß sie es in allem ihrem Bruder gleichtun wollte, sie war in einem ständigen Rivalitätskampf. Als er sie, die klein und zart war, im Alter von neun bis zehn Jahren an körperlicher Größe und Kraft zu überholen begann, verstärkte sie zunächst einmal ihre Anstrengungen in der Schule, um sich dort eine Überlegenheit zu sichern, begann dann aber bald mit heimlichem zusätzlichen Training in den von beiden Kindern ausgeübten Sportarten (Schwimmen, Leichtathletik, Reiten, Tennis). Als die körperliche Entwicklung sie immer mehr vom Bruder entfernte, begann sie zu hungern. Sie wollte einen knochigen, muskulösen Körper haben und das mit Hungern und Krafttraining erreichen. Sie wollte ein Mann sein, um so viel leisten zu können und so viel wert zu sein wie ein Mann.

Die frühe und sehr strikte Ablehnung der Weiblichkeit durch die Mutter hat die Beziehung zwischen Mutter und Kind erheblich gestört und zu einem schmerzenden Mangelerlebnis bei beiden geführt. Die Mutter versuchte, diesen Mangel auszugleichen durch überfürsorgliches Verhalten beim Füttern und Pflegen. Das Kind konnte das Erlebnis der ablehnenden, ja feindseligen Welt ausgleichen, indem es auf dieses Verhalten der Mutter einging, d. h., sich ohne Widerstand füttern, pflegen und verwöhnen ließ.

Schon sehr früh bietet sich für die kindliche Entwicklung das Modell der Unterwerfung unter die Bedürfnisse anderer, unter die Forderungen der Umwelt an. Es entsteht die Meinung: Die früh erlebte Feindseligkeit, die damit verbundene existentielle Bedrohung, kann in lebensnotwendige Liebe umgewandelt werden, wenn ich versuche, mich dem Wunschbild meiner Mutter anzugleichen. Der etwa ein Jahr später geborene Bruder stellt das lebendig gewordene Bild des Strebenzieles dar. Es dem Bruder gleichzutun bedeutet für Steffi, dem Gefühl des eigenen Unwertes und der damit verbundenen Vernichtungsangst zu entkommen. Wenn sie wie der Bruder ist, kann sie sich mit der Mutter in Liebe verbunden fühlen. Doch dann, so ist ihre Meinung, muß sie ganz und gar anders sein. Das kompensatorische Streben nach der Liebe der Mutter macht aber nicht Halt bei dem Punkt, an dem sie Leistungen bringt wie der Bruder. Sie will besser sein als der Bruder, um der liebenden Mutter noch sicherer sein zu können, um noch besser geschützt zu sein vor der Angst wegen ihres so schmerzlich empfundenen Gefühls des eigenen Ungenügens, des eigenen Unwertes, der eigenen Schlechtigkeit.

Sie spürt dieses Gefühl des eigenen Minderwertes nicht, solange sie die Illusion aufrecht erhalten kann, dies durch ihr Streben nach den fiktiven Zielen einer unangefochtenen Überlegenheit kompensieren zu können. So stellt sich am Anfang der Therapie ihr fiktiver Lebensplan folgendermaßen dar:

„Ich muß ein Mann sein. Ich muß besser als ein Mann sein. Ich muß mehr können als alle Männer, als alle Menschen überhaupt. Ich muß das Unmögliche möglich machen. Ich muß als Frau über mehr männliche Kraft verfügen als jeder Mann.“ Dahinter aber liegt ein ihr unbewußtes tieferes Ziel: einer Aussichtslosigkeit Herr zu werden.

Diese Aussichtslosigkeit wird ihr erst im Laufe der Therapie bewußt und führt dort zu belastenden depressiven Verstimmungen über einen langen Zeitraum. Die Hoffnungslosigkeit war ihr auch schon während ihrer kindlichen Entwicklung immer wieder begegnet, wurde jedoch mit verstärktem Streben nach Überlegenheit über den Bruder, später über alle Männer, über alle Menschen beantwortet. Das Ziel wurde immer höher gesteckt, immer unerreichbarer für sie, je häufiger sie mit ihrer Ohnmacht, dieses Ziel zu erreichen, konfrontiert wurde.

Das Erlebnis des Mangels am Anfang des Lebens legt den Samen des Zweifels am Lieben- und Geliebtwerden-Können. Aus diesem Zweifel wird die Meinung geboren, streben zu müssen, um den Mangel zu überwinden und das Leiden an der mit dem Mangel verbundenen seelischen Not zu vermeiden. Denn Nicht-Geliebtwerden bedeutet für die Patientin eine existentielle Bedrohung, Angst, vernichtet werden zu können von der „feindseligen“ Welt, repräsentiert durch die Mutter. Das Streben gibt der Patientin die Illusion, etwas bewirken zu können, Macht zu haben, das Leben selber gestalten zu können. Sobald sie mit ihrem Streben an Grenzen und Widerstände stößt, mit ihrer eigenen Ohnmacht konfrontiert wird, verstärkt sie ihr strebendes Bemühen in der von Anfang an eingeschlagenen Richtung auf das vorgestellte Ziel hin. Auch das Symptom diene zunächst diesem Ziel: dem Gefühl der Ohnmacht die Macht über die eigene Person entgegenzusetzen.

Zu Beginn der therapeutischen Arbeit hoffte Steffi, die Therapeutin könne ihr helfen, das überhöhte fiktive Persönlichkeitsziel zu erreichen. Sie schrieb der Therapeutin ungeahnte Macht zu und kämpfte mit ihr darum, an dieser Macht teilhaben zu können. „Sie wissen, wie mir zu helfen ist, wollen es aber für sich behalten.“ Auch hier ist die im Lebensstil verfestigte unbewußte Meinung prägend für die Wahrnehmung der Wirklichkeit. Es wird außerdem deutlich, daß Steffi annimmt, die Therapeutin wiederhole das Verhalten, das sie der Mutter am Anfang ihres Lebens zuschreibt. Sie glaubt, die Mutter habe etwas zurückgehalten, habe sich ihr verweigert. Sie glaubt, die Mutter könne aus eigenem Willen und eigener Kraft Liebe geben, annehmen, verweigern. Das gleiche Verhalten schreibt sie der Therapeutin und sich selber zu.

Erst ganz allmählich konnte Steffi annehmen, daß das, was aussichtslos ist, auch aussichtslos sein darf, so daß Raum geschaffen wird für das, was möglich ist. Zuerst aber mußten all diese tief unbewußten Vorgänge mit Hilfe von symbolischen Spielen, Träumen und Gesprächen wahrgenommen und verstanden werden.

Im vorliegenden Beispiel bemerken wir zuerst, daß das Ziel der Therapie vom Mädchen ganz anders angesetzt wird, als es unserem Verständnis von einer Heilung entspricht. Es will weiterhin männliche Leistungen erbringen, was aus der Entwicklung und „Meinung“ des Kindes über die Bedingungen des Geliebt- oder Anerkanntwerdens verständlich ist. Diesem Ziel diene anfangs auch die Symptomatik des Hungerns. Nun ist die Patientin bereit, ihr Hungern in Frage zu stellen, sofern ihr das Ziel männlicher Höchstleistung nicht zugleich geraubt wird.

6. Unbewußte Finalität

Im vorliegenden Beispiel bemerken wir zuerst, daß das Ziel der Therapie vom Mädchen ganz anders angesetzt wird, als es unserem Verständnis von einer Heilung entspricht. Es will weiterhin männliche Leistungen erbringen, was aus der Entwicklung der „Meinung“ des Kindes über die Bedingungen des Geliebt- oder Anerkanntwerdens verständlich ist. Diesem Ziel diene anfangs auch die Symptomatik des Hungerns. Nun ist die Patientin bereit, ihr Hungern in Frage zu stellen, sofern ihr das Ziel männlicher Höchstleistung nicht zugleich geraubt wird.

Diese Einstellung müssen wir am Beginn jeder Therapie berücksichtigen. Der Hilfe suchende Patient leidet daran, daß der relativ sicher erscheinende Zustand eines „kranken Gleichgewichts“ endgültig zusammenzubrechen droht oder daß alle Wege, die bisher beschritten wurden, zu einer Lösung der allgemeinen Lebensprobleme zu kommen, sich als ungangbar erweisen. Oft müssen wir uns wundern, wie lange ein lästiges Symptom in Kauf genommen wurde. Für welchen Gewinn?

Adlers Deutungen in seinen Beraterinterventionen scheinen manchmal die Fixierung auf einen „Krankheitsgewinn“ zu stützen. Es sollte aber nicht vergessen werden, daß er diese Sichtweise als „unhaltbar“ bezeichnet hat (1931, S. 154). Der neurotisch Erkrankte „möchte ganz gerne die neurotischen Symptome aufgeben“; aber: „*Er muß der Entscheidung ausweichen.*“ Er kann nicht tun, was Vernunft und Gemeinschaft raten, weil er ein noch viel größeres Übel fürchten muß: „*daß*

sich das düstere Geheimnis seiner Minderwertigkeit enthüllt“ (1912b, S. 279; Hervorhebungen von Adler). Selbst in der engsten Enge der Zwangsneurose geht es dem Patienten noch darum, sich den letzten ihm vorstellbaren und möglichen Rest von Freiheit zu sichern (Adler 1930, S. 36 f.). Die analytische individualpsychologische Therapie versucht, diese *innere* Dimension der „Finalität“ eines Lebensstils anzusprechen: Warum greift die Patientin zu dem absurden und selbstzerstörerischen Mittel des Hungerns? Warum kann die Patientin ihren männlichen Ehrgeiz nicht aufgeben? Warum terrorisiert sie damit die ganze Familie und sich selbst? Weil sie ihrer „Weiblichkeit“ entkommen will. Aber warum das? Weil sie Weiblichsein verwechselt mit hilflosem Ausgeliefertsein an ursprüngliche existentielle Bedürfnisse, die in der Säuglingszeit nicht gestillt wurden und die, weil sie ewig unstillbar erscheinen, die Patientin in eine unheilbare Hoffnungslosigkeit zu stürzen drohen, wenn der Mangel ins Bewußtsein drängt. Im Grunde der Neurose herrscht ein beinahe fanatischer Radikalismus des Alles oder Nichts. Diese Grundeinstellung erklärt die Stimmungen der Verdammnis und — kompensatorisch dazu — die Illusion möglicher Gottähnlichkeit. Für den analytisch denkenden Individualpsychologen sind diese Erscheinungen nicht bloß Ausdruck von (ödipalen) Schuldgefühlen oder übersteigerten Ich-Idealen, sondern von tiefer existentieller Verunsicherung, wie in den Zweifeln der Patientin Steffi ansichtig wird.

Wenn wir auf die in der Symptomatik und unter der sozialen Finalität verborgene Angst zurückgehen, haben wir immer zugleich im Auge, wie die Patienten dieser Angst „begegnen“. Am Beispiel Steffis sehen wir eine Grundlinie, die wir in der Neurose und im Alltag sehr häufig wiederfinden. Dem ursprünglichen Mangel, z. B. an bedingungslosem Angenommensein und einfühlender Zuwendung, entspricht das Gefühl, ein mit Mängeln behaftetes Wesen zu sein. Dieser subjektiv empfundene Mangel, das „Minderwertigkeitsgefühl“, treibt ein Streben nach Ausgleich hervor, das den Mangel nur künstlich verdeckt, ihn in Wahrheit aber vertieft. Die Begriffe Kompensation und Machtstreben haben in den gängigen Äußerungen über Adlers Psychologie Schlagwortcharakter, d. h. sie decken leicht die Vielschichtigkeit der Phänomene mit dem Schein der Plausibilität zu. Auch an dieser Stelle können diese individualpsychologischen Konzepte nur vereinfacht skizziert werden. „*Innerpsychisch*“ (wie somatisch) besteht die Kompensation darin, daß an der Stelle der mangelnden Mitgift eine Ersatzkraft einspringt. Der ursprüngliche Mangel wird dadurch mehr oder weniger kompensiert, aber nicht wettgemacht. Der Mangel bleibt

bestehen, auch wenn er nicht mehr auffällt. Das wird (auch bei Individualpsychologen) oft verleugnet. Im Psychischen geht aber die (Fehl-)Kompensation immer gegen die Gesundheit. An die Stelle des ursprünglichen *Bedürfnisses* tritt das *Streben*. Ein Bedürfnis wird *gestillt* oder *befriedigt*, das Streben führt zum *Erfolg* oder gelangt ans *Ziel*. In dieser Verschiebung selbst liegt eine *Machttendenz*. Das in die Not des Mangels geratene Ich nimmt die Sache selbst in die Hand; das Ich ist *per se* machtförmig. Elementare Erfahrungen der Gemeinschaft und der schöpferischen Kraft wie Angenommen- und Geborgensein, Lieben und Geliebtwerden, Kreativität, Gesundheit, Freude und viele andere, entziehen sich aber der Verfügung des Ichs. In diesen Bereichen ist jedes Streben Machtstreben. Es soll der Heilung eines Mangels dienen, dient aber in der Tat der Sicherung gegen die Erfahrung des Mangels bzw. der Ohnmacht.

Zum Verständnis der Finalität des Lebensstils ist unter vielen anderen Erscheinungen besonders die Verkehrung des Strebens ins Gegenteil zu berücksichtigen, die ebenfalls der Sicherung gegen ursprüngliche Mangel Erfahrungen dient und die innere Finalität leicht verdeckt. Charakteristisch sind die Erscheinungen des „männlichen Protestes“ bei Mädchen, für die uns Steffi schon ein Beispiel gegeben hat. Ebenso kann hinter der unweiblichen Vernachlässigung des Äußeren beim „Gassenmädchen“ über den Machtkampf (als dem sozial sichtbaren Nahziel) hinaus der Wunsch nach hingerissener Bewunderung verborgen sein. Dieser unerreichbar scheinende Beifall für die Schönheit und den Glanz der kleinen Prinzessin könnte z. B. eine Kompensation des unbewußten, präverbalen Gefühls sein, nicht wirklich wahrgenommen zu werden.

Ähnlich können sich Trotz, Negativismus und „Leistungsverweigerung“ als Tarnung erweisen. Äußerlich nimmt man wahr, daß solche Kinder alle vernünftigen Zielsetzungen der Eltern boykottieren. Doch handelt es sich nur im sozialen Spannungsfeld um Rache oder den Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden. Nicht selten steht dahinter die Überzeugung, dumm zu sein, einen schlechten Charakter zu haben, nie die Anerkennung gewinnen zu können, die die Vorbilder einem vor Augen führen. Diese Aussichtslosigkeitsstimmung wird dann hinter der Maske des „bösen Willens“, der Lustlosigkeit oder Asozialität versteckt.

Bettnässen ist zum Beispiel als In-Dienst-Nehmen der Mutter zu verstehen. Aber in einer tieferen Schicht kann es sich um die Verschiebung einer allgemeinen Angst vor der Ohnmacht auf ein „erlaubtes“ Gebiet handeln. Das Kind „sagt“ mit diesem Symptom vielleicht: Ich kann

nicht (meine Blase beherrschen). Es ist zu beobachten, daß bei den Eltern solcher Kinder oft die Überzeugung „Wo ein Wille ist, da ist ein Weg“ wichtiger Bestandteil des Lebensstils ist. Kann ein Kind, das es besser „weiß“, aber es weder glauben darf noch Glauben findet, diese familiäre Irrmeinung, die es selbst für ein Dogma hält, wirksamer außer Kraft setzen als durch Bettnässen? Es leidet an einem unbeherrschbaren körperlichen Symptom, und die Eltern dürfen weiter daran glauben, daß man im Psychischen alles steuern kann. Folgerichtig stellen sich solche Kinder auch manchmal so, als litten sie nicht an dem Symptom, oder sie nehmen die Schuld auf sich („zu ängstlich, um nachts aufzustehen“ oder „zu bequem, um das Spiel zu unterbrechen“). So verleugnen sie auch noch die Ohnmacht ihrem Symptom gegenüber und sind dadurch wieder in einer Linie mit den Eltern.

Der Appell dieses Symptoms „Ohnmacht darf sein“ heißt aber in Wirklichkeit: „Laßt mein Selbst wachsen und fordert nichts von mir und euch, was nur von selbst reifen kann“. Diese Bitte ist es, die die individualpsychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ernst nimmt und je nach Symptom und Lebensstil zu verstehen sucht. Erfolgreich sein, Freude haben, Gemeinschaftsgefühl entfalten, Mut, Kreativität, Liebe usw. können ebensowenig Therapieziel sein wie Erziehungsziel. Therapeutische Interventionen wie erzieherische Ermahnungen mit einem solchen Ziel folgen einem paradoxen Auftrag in der Art von „Sei spontan!“ (Watzlawick 1983, S. 87). Auf solche „Ziele“ richtet sich in der Tat die im Symptom verborgene Heilungstendenz des Kindes (Adler 1926b, S. 161). Doch es liegt in der Art solcher Ziele, daß sie unerreichbar bleiben, wenn man sie anstrebt. Unsere Frage ist, wie die Bedingungen für das Wachsen dieser spontanen Kräfte geschaffen werden können, damit sie sich von selbst einstellen.

7. Der Therapeut im Umgang mit dem kindlichen Patienten

Das Vorgehen in der Therapie wird bestimmt von der psychodynamischen Deutung, die wir durch die Explorationen und durch die Beobachtung des Kindes gewonnen haben. Es wird bestimmt vom Lebensstil und vom Entwicklungsstand des Kindes. Das heißt mit anderen Worten: Das Kind gibt vor, wie wir miteinander in Kontakt treten, ob in irgendeiner Form des Spielens oder im Sprechen.

Hier ein Beispiel:

Ein achtjähriger Bub erzählt: „Gestern hatte meine kleine Schwester Geburtstag.“ Die Therapeutin spürt, er will damit etwas sagen. Sie versteht nicht was und beginnt, ihm

Er steht allein da. Dann wird die Haltung der Hexe zwiespältig. Sie gibt ihm Hilfen, nimmt sie ihm aber sogleich wieder. Er muß z. B. einen Baum fällen. Die Hexe sagt ihm, wo die Axt ist. Sie versteckt sie ihm aber jedesmal wieder, wenn er nahe daran ist, sie zu benutzen. Später darf er die Axt haben und benutzen, aber nur für einige Sekunden. Und so weiter. Kasperl schwankt zwischen dem Gefühl der Aussichtslosigkeit und Hoffnung auf einen möglichen Sieg hin und her. Immer spielt Roland die Hexe, und die Therapeutin muß der Kasperl sein.

Das Spiel zeigt die Problematik des Jungen, der im Machtbereich dieser Mutterfigur nicht zum Manne werden kann, ständig von Entmachtung, von Kastration bedroht ist. Es erschien wichtig, den Jungen in diesem Konflikt und den damit verbundenen Affekten und Gefühlen zu begleiten und mit ihm zu verstehen: „Die Macht der Hexe ist nicht zu brechen!“

Als diese Einsicht für die Therapeutin klar im Raume stand, veränderte der Junge seine Haltung. Er kämpfte nicht mehr. Er wurde ruhiger, zog seine Aufmerksamkeit zunächst von der Außenwelt ab und wandte sie nach innen. Er begann, sich selbst wahrzunehmen. Zur gleichen Zeit nahm er ein neues Spiel auf, das eindeutig dazu diente, seine männliche Potenz zu verstärken. Das war in der Therapie, also außerhalb des mütterlichen Machtbereichs, möglich. Er bastelte in Ton Darstellungen phallischer Symbole. Er bastelte allein, brauchte die Therapeutin dabei nicht. Er fühlte sich stark und wurde durch Signale des Verstehens von der Therapeutin begleitet.

2. Phase: Deutendes Mitspielen

Doch dieses konzentrierte Arbeiten, das „Ganz-bei-sich-Sein“ wurde bald gestört durch Frustrationen, die dem Kind aus dem Umgang mit dem Material entgegenkamen. Die nun folgende Phase des Spiels ist dadurch gekennzeichnet, daß die Therapeutin deutend in das Spiel des Jungen eingreift. Sie bringt dadurch von sich aus eine neue Idee hinein.

Nachdem Roland eine Zeitlang Schlangen und Krokodile hergestellt hat, will er einen Baum aus Ton machen. Der Baum sieht aus wie ein Pfahl, der oben spitz zuläuft. Da er sehr dünn ist, fällt er immer wieder in sich zusammen. Als ihm die Spitze abbricht, nimmt die Therapeutin das oben abgebrochene Teil und legt es unten um den Stamm, der dadurch dicker und fester wird. Roland sieht das und beginnt, aus dem Gebilde nun ein Männlein zu machen, dem er vorne einen großen Penis gibt. Dieses Männlein ist „der Herr über alle Tiere, die da kriechen“! Die Therapeutin ergänzt seine Phantasien: „Den wirft so schnell nichts um, der steht fest da.“ Roland läßt Schlange und Krokodil gegen das Männlein anrennen. Die Therapeutin sagt als Männlein: „Ihr glaubt wohl, weil ich klein bin, könnt ihr mich umschmeißen, hä, hä, hä!“

Die Therapeutin hatte beobachtet, daß Unruhe und Ungeduld die Stimmung zu beherrschen begannen. Sie sah, daß eine neue Dimension

der Aggression gegen die Mutter, deren feindselige Antwort er fürchtete, wie in Gestalt der Tiere und in den Angstträumen sichtbar wurde. Diesem Ansturm hatte seine „aufgeblähte“ Persönlichkeit nicht viel entgegenzusetzen.

Als dies nach geraumer Zeit im Spiel sichtbar wurde, ergab sich auch die Gelegenheit zu einem Gespräch über das Thema „Böses anstellen — Schlimmsein“. Die Entwicklung in der Therapie hatte sich lange Zeit nur auf der Ebene der inneren Entwicklung, d. h. im symbolischen Spiel, dargestellt. Sie hatte sich nicht auf das soziale Umfeld ausgewirkt. Eine solche Situation ist eine u. U. gefährliche Klippe in der Therapie, die vom Therapeuten Geduld und Zuversicht verlangt und die Gewißheit, das, was das Kind in der therapeutischen Situation erlebt, werde sich früher oder später auch in seinem Alltagsleben auswirken.

In der Therapie mit dem Jungen Roland war lange Zeit die äußere Realität ausgesperrt. Dann begann er von sich aus über seine Situation in der Schule zu sprechen. Er konnte aussprechen, daß er sich gleichzeitig großartig fühlte und bedroht, daß er sich großartig phantasieren mußte, um dieser Bedrohung, dieser Angst zu entgehen. Die Welt, von ihm als feindlich und mächtig erlebt, glaubte er bekämpfen zu müssen. Das ging nur, wenn er sich Kräfte zuschrieb, die ihm einen Sieg sicherten. Er wünschte sich einen Zaubersaft, dann hätte er so viel Kraft, daß niemand ihm etwas anhaben könnte. In einem Gespräch zählte er auf, wer ihm denn etwas tun könnte, und begann dann, auf Anregung der Therapeutin hin zu überlegen, wie „denen da“, den Schulkameraden und Lehrern, vielleicht auch ohne Zaubersaft zu begegnen wäre.

Roland befand sich bei diesem Gespräch immer noch in starker Gegnerschaft zur Gruppe, zur Gemeinschaft überhaupt. Es wiederholte sich, was beim Kasperlspiel und beim Basteln schon sichtbar geworden war, noch einmal im Gespräch. Aus Angst, als der möglicherweise Unterlegene, der Schwache, der Minderwertige von den anderen, den Mächtigen, vernichtet werden zu können, baute er sich ein Persönlichkeitsideal auf, das so weit von seinen realen Möglichkeiten entfernt war, daß ein Scheitern nicht ausbleiben konnte. Er war entmutigt und traute sich eine reale Auseinandersetzung, Selbstbehauptung und Durchsetzung nicht zu. Bedroht von einer möglichen Niederlage flüchtete er sich wieder in Allmachtsphantasien und Größenvorstellungen, die jeder Grundlage entbehrten. Im Spiel hatte er die Erfahrung gemacht, daß es notwendig sei, sich um diese Grundlagen in ihm selber zu kümmern, sich der Entwicklung der in ihm liegenden Möglichkeiten (Kräfte, Fähigkeiten) anzunehmen.

Auch im Gespräch wird versucht, ihn auf die „Basis“ zurückzuführen. Er kann ausdrücken, daß er aus Angst, als Schwächling dazustehen und somit den Feindseligkeiten der anderen ausgeliefert zu sein, unbedingt und mit allen Mitteln das Gefühl von völliger Überlegenheit haben möchte. Kein Wunder: Sein störendes Verhalten in der Schule änderte sich nur wenig.

Dann aber geschah es, daß der Lehrer im Fach „Sachkunde“ über Gewässer, über Seen, Teiche usw. sprach, und auf einmal zeigte Roland, der bisher eher entmutigt, fast resigniert dem Unterrichtsstoff gegenüber gestanden hatte, großes Interesse. Sein Vater war Angler und benutzte dieses Hobby als Rückzug von Frau und einzigem Sohn, hatte aber den Sohn ein paar Mal zum Angeln mitgenommen und sich den Fragen des Jungen gegenüber aufgeschlossen gezeigt. Roland verfügte also auf diesem Gebiet über ein Wissen, das seine Mitschüler nicht hatten. Er arbeitete in diesem Fach plötzlich gut mit und hatte den Mut, von sich aus so viel einzubringen, daß der Lehrer ihm vorschlug, eine Art Referat über „das Gleichgewicht im Leben eines Teiches“ zu halten. Roland berichtete der Therapeutin: „Heute war es ganz toll in der Schule.“ Er erzählte dann stolz, wie er sich plötzlich getraut hatte, all das zu sagen, was er von seinem Vater wußte und „die anderen haben fei g'schaut!“ Sein Vater half ihm bei der Vorbereitung. Roland hielt das Referat, und damit trat eine Wende in seinem gesamten Verhalten ein.

Roland hatte Mut gefunden und sich an tatsächliche Leistung herangewagt. Der Lehrer hatte das bemerkt und war darauf eingegangen. Roland bekam Anerkennung für eine gute reale Leistung. Die Möglichkeiten dazu hatte er vom Vater. Vater und Lehrer unterstützten den Jungen bei seinem Wunsch, stark zu sein, ein Mann zu werden, zu wachsen. Das hieß für Roland: aus der bedrohlichen Welt der Mutter in die sachlichere, emotional weniger beladene Welt des Vaters hineinwachsen, in der er ein Bewußtsein des eigenen Wertes entwickeln konnte.

An diesem in kurzen Auszügen wiedergegebenen Beispiel wird deutlich, daß die Therapie des Kindes in allen Phasen des spiegelnden und des deutenden Spielens, des Deutens und des Durchsprechens weitgehend spielerisch abläuft. Erst gegen Ende der Therapie wird verbal gedeutet und durchgesprochen, was der Junge selber verbal als Problem anspricht. Je nach Alter und Eigenart des Kindes, je nach Verlauf der Therapie wählen wir unsere Vorgehensweisen.

In diesem Fall wird auch deutlich, daß die Therapie nicht die Tendenz des Jungen verstärkt, der in früher Kindheit erlebten Bedrohung durch die allmächtige, alles beherrschende Mutter mit verstärktem Überlegenheitsstreben und Kampf um Sieg und Macht zu begegnen. Die Therapie unterstützt den Jungen, die Möglichkeiten zu entwickeln, die er zu seinem eigenen Leben, seiner individuellen Entwicklung braucht. Irrtümlicherweise glaubte er bisher, diese Möglichkeiten in Symptomen finden zu können. Durch sein nächtliches Aufschreien hatte er zunächst signalisiert, daß seine Kräfte zur Bewältigung seiner inneren und äußeren Erlebnisse nicht ausreichten. Dieser Hilferuf wurde nicht verstanden. Die Mutter forderte vielmehr die Bekämpfung und Unterdrückung der kindlichen Ängste. Er wehrte sich, indem er gegen die Mutter kämpfte und schließlich in der Schule zum Versager und Störer wurde. Er erlebte sich darin stark, weil er Lehrer und Mut-

ter in Atem hielt. Er lebte in der Illusion, Herr der Situation zu sein. Dabei ist er Sklave seiner Fiktion. Das neurotische Ziel der Macht und Rache läßt den Schmerz darüber, nicht wachsen zu dürfen, gar nicht erst aufkommen. Das Streben nach Expansion durch Größenphantasien engt den Lebensraum des Kindes in Wahrheit ein. In der Therapie wird aber die Fiktion zerstört, das Ziel könnte erreicht und das ursprüngliche Leiden könnte vermieden werden.

Wir erleben, daß im Laufe der Therapie die Neurose oft erst richtig aufzublühen beginnt. Wenn z. B. das zwanghafte Sicherungsverhalten gelockert werden kann, wird Angst sich wieder frei äußern. Eine solche Entwicklung in der Therapie kann das Gleichgewicht im Verhältnis Therapeut-Patient-Eltern empfindlich stören. Wir müssen von Anfang an damit rechnen und versuchen, damit umzugehen.

Der Therapeut, der sich auf der Symbolebene, im Spiel, auf das Kind einläßt, ist damit sehr nahe an seinen eigenen unbewußten Empfindungen, seinen Ängsten, seinen Bedürfnissen. Er kann daraus großen Nutzen ziehen für das Verständnis der kindlichen — und seiner eigenen — Situation. Er kann sich dadurch aber auch gefährdet fühlen, wenn er sich selber, seine Gefühle, seine Befindlichkeit, seine Einfälle nicht versteht. Reflektieren der eigenen Gefühle und des eigenen Verhaltens in der Therapie und dem Patienten gegenüber ist ein sehr wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit. In dem geschilderten Fall wäre ein Therapeut mit einer eigenen unverstandenen Gegnerschaft zu seiner Mutter in Gefahr gewesen, in dem aussichtslosen Kampf des Kindes mitzuagieren. Ein Therapeut mit starkem Helferbedürfnis und mit Machtansprüchen hätte vielleicht für den Patienten bei der Mutter und in der Schule Partei ergriffen, für Verständnis gekämpft und ihm damit die Möglichkeit genommen, selbst auszuprobieren, Erfahrungen zu sammeln, Fehler zu machen und sich dadurch weiterzuentwickeln. Ein Therapeut, dessen Lebensstil zum Ziele führen soll, mögliches Leiden zu vermeiden, ja vielleicht die Welt zu befreien, wird auch beim Patienten nur Möglichkeiten zur Flucht unterstützen.

Das Ergebnis dieser ständig zu leistenden Selbsterfahrungsarbeit hat nicht nur Einfluß auf die Haltung in der Therapie, sondern auch auf den Umgang mit Fragen der Grenzen in der Therapie. Fragen der räumlichen und zeitlichen Begrenzung, der Abstinenz, der Bedürfnisbefriedigung, des Körperkontakts mit Kindern sind nur zu beantworten aus dem Verstehen der Situation des Patienten und der des Therapeuten. Allgemeine Regeln stellen einen Rahmen dar, der im individuellen Fall ausgefüllt werden kann (vgl. dazu *Stadler 1985*).

8. Begleitende Therapie der Beziehungspersonen

Zu den die Therapie des Kindes begleitenden Gesprächen kommen die Eltern mit bestimmten Erwartungen. Sie wollen in der Regel in Abwesenheit des Kindes darüber sprechen, was sie tun können, damit es dem Kind wieder „gut“ geht. „Gut“ ist meist ganz im Sinne der Eltern, der Anpassung an die elterlichen Vorstellungen gemeint. Die Eltern wollen Hilfe bei der Verwirklichung ihrer Vorstellungen. Sie erwarten Ratschläge. Wir aber versuchen, sie dafür zu gewinnen, die im Erstgespräch begonnene Arbeit des Verstehens fortzusetzen. Wir sprechen möglichst nicht über das Kind. Wir versuchen, die Probleme, die die Eltern mit dem Kind haben, gemeinsam zu beraten.

Wir können nur mit dem arbeiten, was der Gesprächspartner ins Gespräch einbringt, was für alle Beteiligten spürbar und erlebbar ist. Da die Eltern die Partner sind, steht die Arbeit mit ihren Einfällen, die Arbeit mit ihrem Anteil an dem Konflikt mit dem Kind im Vordergrund.

Hier ein Beispiel: „Es macht mich ganz verrückt, daß der Ferdi nachmittags immer so rumhängt und wartet, bis etwas geschieht. Er tut niemals was von sich aus, wartet nur, bis einer kommt und ihn holt!“

Die Mutter schildert einen Sachverhalt, auf den wir eingehen können in Form von Ratschlägen, die ihr sagen, was sie alles tun könnte, um Ferdi zu mehr Eigenaktivität zu bewegen. Wir können aber auch auf die Aussage der Mutter eingehen: „Es macht mich ganz verrückt!“ Hier zeigt die Mutter Gefühle, die ganz wichtig sind für die Beziehung zu ihrem Sohn. Wenn wir da weiterforschen, können wir uns den unbewußten mütterlichen Einstellungen, Ängsten, Wünschen nähern. Jeder noch so gute Ratschlag verpufft, wenn wir diese Einstellungen nicht verstehen und auflösen. Dann geschieht es, daß Mütter zu den Gesprächen kommen und sagen: „Ich fühle mich jedesmal wie in der Schule, wenn ich komme“, daß sie gestehen müssen, daß sie die guten Ratschläge nicht befolgen konnten, versagt haben, wieder einmal Oder sie gaukeln dem Berater und sich gutmeinend Einsicht, Besserung, ja Begeisterung vor, die nur so lange anhalten, wie der Berater väterliche oder mütterliche Ermutigungen bietet.

Verstehen und Analysieren der mütterlichen Gefühle, Projektionen usw. dem Kind gegenüber heißt noch nicht Therapie der Mutter, es heißt, der Mutter gegenüber eine therapeutische Haltung einnehmen, nicht Partei gegen sie ergreifen, sie ebenso annehmen und verstehen wie das Kind.

Die Mutter des erwähnten Ferdi, das ist ganz deutlich, wünscht, daß ihr Sohn (zehn Jahre) selbständiger wird. Sie merkt nicht, daß sie

durch ihr Verhalten jeden Schritt Ferdis in diese Richtung verhindert. Sie kann die Ratschläge, die zu Ferdis Verselbständigung helfen sollen, nicht befolgen, weil ihr diese Selbständigkeit ihres Kindes Angst macht. Angst, von ihm verlassen zu werden wie von ihrem Mann, der sich in seinem Beruf wohler fühlt als daheim. Sie weiß auch, was es heißt, hilflos und unselbständig in der Welt zu stehen. Darunter hat sie als junges Mädchen vom Lande selber sehr gelitten. Sie hat diese Minderwertigkeitsgefühle bis heute nicht vergessen. Sie fürchtet, und das verstand sie ganz allmählich in mehreren Gesprächen, ein selbständiger Ferdi könnte ihr überlegen sein. Sie fürchtet zugleich, mit einem unselbständigen Ferdi als Mutter versagt zu haben in den Augen des Vaters und der anderen. Was sie auch tut, sie ist von einer entsetzlichen Niederlage bedroht, und schuld daran ist Ferdi. Ihre Wut auf ihn zeigt sich im ständigen Kontrollieren und Fehlerverbessern, im Entwerten des Kindes und aller Personen, die sich auf seine Seite schlagen, wie der Lehrerin und der Therapeutin.

In diesem Fall war nach den ersten Sitzungen mit dem Jungen (Bettnässer) klar, daß nur eine intensive Arbeit mit der Mutter die Situation Ferdis in der Familie entspannen konnte. Die Mutter hatte jedesmal, wenn Ferdi mehr als zwei Wochen trocken war, ohne es zu merken, etwas unternommen, um ihn klein zu halten: z. B. ihn gleichzeitig mit dem fünfjährigen Bruder ins Bett geschickt, ihm verboten, beim entscheidenden Fußballspiel des Vereins anzutreten, ihn vom Vater wegen eines kleinen Vergehens am Abend verprügeln lassen. Durch die vermehrte Zuwendung zur Mutter in Gesprächen konnte diese ganz allmählich den Jungen sich selber überlassen. Hatte sie im Vorjahr noch unter der Vorstellung gelitten, ihr Sohn könne den bevorstehenden Muttertag vergessen — sie hatte ihm schließlich Geld gegeben, damit er ihr nur ja etwas kaufe —, so konnte sie jetzt ohne große Ängste den Tag erwarten. Als die Mutter darüber sprach, wurden ihre Zweifel daran, geliebt werden zu können, deutlich. Diese Erkenntnis führte zu einer entscheidenden Wende in der Therapie. Die Mutter bemühte sich um therapeutische Hilfe auch für sich selber.

Wenn wir die Eltern verstehen, können wir einen Weg finden, mit ihnen gemeinsam auch das Kind zu verstehen, das seinen Weg in die Welt über die Eltern nimmt. In der begleitenden Therapie ist es wichtig, auch die anderen Familienmitglieder im Auge zu haben, den Vater und die Geschwister. Es besteht sonst die Gefahr, daß die ohnehin häufig anzutreffende Koalition Mutter und krankes Kind durch die Therapie verstärkt wird. Diese Koalition ist häufig die Ursache für die Zurückhaltung der Väter in der Kindertherapie. Direkt angesprochen und bestärkt in ihrem Wert für das Kind, erscheinen sie in den meisten Fällen und sind bereit mitzuarbeiten. Sie kämpfen nicht mehr gegen die Therapie, sondern stehen ihr wohlwollend, zumindest neutral gegenüber.

In der Therapie des oben beschriebenen Ferdi dauerte es lange, bis der Vater zu Gesprächen bereit war. Eine Weile erschien er regelmäßig. Das Dominanzstreben der Mutter zeigte sich auch in diesen Gesprächen. Trotz der Aufmerksamkeit der Therapeutin wurden daher die Gespräche dem Vater bald zuviel. Er blieb weg und versuchte nun auf seine Art, sich um die Belange seines Sohnes zu kümmern. Vater und Sohn fanden gemeinsame Hobbys. Eine Beziehung entwickelte sich, in der die Mutter keine Rolle mehr spielte. Ferdi fühlte sich aufgewertet. Der Vater hatte, ohne es zu wissen, das Ziel der Therapie durch seinen Rückzug von den Gesprächen besser unterstützt, als er es durch seine Teilnahme zunächst konnte. Er war allerdings der Konfrontation mit seinen ehelichen Schwierigkeiten ausgewichen, die im Rahmen der begleitenden Psychotherapie der Eltern ohnehin zu keiner Bearbeitung geführt hätte.

Die begleitende Therapie ist notwendig, weil die Kinder noch im Beziehungsgeflecht der Familie stecken und auf Grund ihres Alters in abhängiger Position stehen. Neurotische Verstrickungen innerhalb der Familie haben in den meisten Fällen zur Entstehung der kindlichen Neurose beigetragen und halten sie laufend am Leben, solange sie nicht wahrgenommen und verstanden werden. Projektionen der einzelnen Familienmitglieder aufeinander können durch die begleitende Therapie erkannt und vielleicht zurückgenommen werden. Der Inhalt der Projektionen kann dort bearbeitet werden, wo er ursprünglich entstand. Die größten Schwierigkeiten für das Kind entstehen dort, wo, wie im obigen Fall, die bewußten Wünsche und Erwartungen der Mutter an das Kind und die unbewußten Befürchtungen, ja Ängste der Mutter scheinbar gegeneinander wirken. Das Kind erlebt, wie die Mutter es zur vermehrten Selbständigkeit anstachelt, gleichzeitig aber durch ihr anklammerndes und kontrollierendes Verhalten zeigt, daß sie ihm diese Selbständigkeit nicht zutraut, ja sie ihm verwehren möchte, daß sie sich davor fürchtet und ihn deswegen gar ablehnt.

Solche doppelten Botschaften zu erkennen und gemeinsam mit den Eltern aufzudecken ist ein wichtiger Teil der begleitenden Therapie der Beziehungspersonen. Sie können wie im obigen Fall von einer Person ausgehen, häufiger jedoch sind es die unvereinbaren Erziehungsstile oder Ideale der beiden Eltern, die in diesem Sinne auf das Kind einwirken. Das Kind, bemüht, es beiden Eltern recht zu machen, ist verwirrt, verunsichert, fühlt sich alleingelassen.

In der Beratung über die Probleme der Eltern erscheinen natürlich auch viele Einstellungen und Verhaltensweisen, die der Entwicklung des Kindes nicht förderlich sind. Doch wir wollen nicht den weitverbreiteten Eindruck bestärken, das Kind leide vor allem an dem, was die Eltern falsch machen. Wir sehen immer die „schöpferische Kraft“ des Kindes am Werke, die es erfinderisch macht, seine familiäre Situation zu bewältigen. Es ist kaum zu überschätzen, wieviel die Kinder insge-

heim auch von den Nöten ihrer Eltern wissen. Nicht selten empfindet das Kind es als Entlastung, daß Mutter und Vater in den Gesprächen mit dem Therapeuten Unterstützung finden. Alle Kinder haben eine überaus feine Witterung für die Belastungen der Eltern, und meistens fühlen sie sich ihnen gegenüber verantwortlich oder schuldig, ohne es recht zu verstehen. Daß in solchen Fällen die „Heilung“ des Kindes erst durch eine Hilfe für die Eltern möglich wird, leuchtet ein. Auch diesen Aspekt der begleitenden Therapie der Beziehungspersonen gilt es in der analytischen individualpsychologischen Kindertherapie zu beachten.

Literatur

- Ackerknecht, L. K.*, Individualpsychologische Kinder- und Jugendtherapie, Reinhardt, München 1982.
- Adler, A.*, Studie über Minderwertigkeit von Organen, 1907, Neudruck, Fischer, Frankfurt 1977.
- , Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose, 1908a, in: *Adler, A.* 1973, S. 53-62.
- , Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, 1908b, in: *Adler, A.* 1973, S. 63-66.
- , Die psychische Behandlung der Trigeminusneuralgie, 1910, in: *Adler, A.* 1974, S. 91-111.
- , Organdialekt, 1912a, in: *Adler, A.* 1973, S. 114-122.
- , Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie, 1912b, Neudruck der 4. Aufl., Fischer, Frankfurt 1972.
- , Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, 1913, in: *Adler, A.* 1974, S. 48-66.
- , Neurose und Verbrechen, 1925, in: *Adler, A.* 1982a, S. 59-78.
- , Die Individualpsychologie als Weg zur Menschenkenntnis und Selbsterkenntnis, 1926a, in: *Adler, A.* 1982a, S. 135-157.
- , Individualpsychologie, 1926b, in: *Adler, A.* 1982a, S. 158-168.
- , Nochmals — Die Einheit der Neurose, 1930, in: *Adler, A.* 1982b, S. 35-55.
- , Trick und Neurose, 1931, in: *Adler, A.* 1982b, S. 149-158.
- , Der Aufbau der Neurose, 1932, in: *Adler, A.* 1982b, S. 263-272.
- , Der Sinn des Lebens, 1933a, Neudruck, Fischer, Frankfurt 1973.
- , Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühls, 1933b, in: *Adler, A.* 1983, S. 21-32.
- , (Hrsg.), Heilen und Bilden, 1914, Neudruck der 3. Aufl., Fischer, Frankfurt 1973.
- , Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 1920, Neudruck der 4. Aufl., Fischer, Frankfurt 1974.
- , Psychotherapie und Erziehung, Ausgewählte Aufsätze, hrsg. von *Ansbacher, H. L./Antoch, R. F.*, Fischer, Frankfurt, Bd. I 1982a, Bd. II 1982b, Bd. III 1983.
- Ansbacher, H. L./Ansbacher, R. R.*, Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften, 3. erg. Aufl., Reinhardt, München 1982.
- Blanck, G./Blanck, R.*, Angewandte Ich-Psychologie, Klett-Cotta, Stuttgart 1978.

- , *Ich-Psychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1980.
- Brunner, R./Kausen, R./Titze, M. (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie*, Reinhardt, München/Basel 1985.
- Dreikurs, R., *Kinderpsychotherapie durch Erziehungsberatung*, in: Biermann, G. (Hrsg.), *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Bd. I, Reinhardt, München 1976.
- , *Psychologie im Klassenzimmer*, 7. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1975.
- , *Kinder fordern uns heraus*, 11. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1976.
- Hackenberg, W., *Beispiele individualpsychologischer Kindertherapie*, in: Schmidt 1982, S. 164-179.
- Heisterkamp, G., *Progressive und regressive Methoden in der Therapie*, in: Mohr, F. (Hrsg.), *Individualpsychologie in der Bewältigung von Lebenskrisen. IV. Delmenhorster Fortbildungstage für Individualpsychologie*, Reinhardt, München/Basel 1985a, S. 21-33.
- , *Zur Psychodynamik und Psychotherapie der Familie*, in: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 10 (1985b) 154-169.
- Jacobson, E., *Das Selbst und die Welt der Objekte*, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Kohut, H., *Heilung des Selbst*, Suhrkamp, Frankfurt 1979.
- Mahler, M. S./Pine, F./Bergmann, A., *Die psychische Geburt des Menschen*, Fischer, Frankfurt 1978.
- , *Symbiose und Individuation*, 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- Mentzos, St., *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, (Geist und Psyche)*, Fischer, Frankfurt 1984.
- Richter, H. E., *Eltern — Kind — Neurose*, 2. Aufl., Klett, Stuttgart 1967.
- , *Patient Familie*, Rowohlt, Reinbek 1970.
- Rom, P., *Traumdeutung und Selbsterziehung*, Rex, Luzern/Stuttgart 1981.
- Schmidt, R. (Hrsg.), *Die Individualpsychologie Alfred Adlers. Ein Lehrbuch*, Kohlhammer, Stuttgart 1982.
- Schmidt-Hollmann, I., *Kindertherapie*, in: Schmidt, R. 1982, S. 151-163.
- , *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, in: Brunner et al. 1985, S. 221-225.
- Seelmann, K., *Kind, Sexualität und Erziehung*, Reinhardt, München/Basel 1968.
- Seidel, U.: *Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologischen Therapie — oder: Die ermutigende Begegnung mit dem Defizit*, in: Mohr, F. (Hrsg.), *Individualpsychologie in der Bewältigung von Lebenskrisen. IV. Delmenhorster Fortbildungstage für Individualpsychologie*, Reinhardt, München/Basel 1985, S. 90-98.
- Selvini Palazzoli, M. et al., *Paradoxon und Gegenparadoxon*, Klett, Stuttgart 1977.
- Schottky, A./Schoenaker, Th., *Was bestimmt mein Leben?* Rex, München/Luzern 1976.
- Sperber, M., *Alfred Adler oder das Elend der Psychologie*, Fischer, Frankfurt 1971.
- , *Individuum und Gemeinschaft. Versuch einer sozialen Charakterologie*, Klett-Cotta, Stuttgart 1978.
- Spiel, W., *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Thieme, Stuttgart 1967.
- Spitz, R., *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*, 2. Aufl., Klett, Stuttgart 1983.
- , *Vom Säugling zum Kleinkind*, Klett, Stuttgart 1968.
- Stadler, A.-E., *Die Begegnung des Therapeuten mit seinem kindlichen Patienten in der analytischen Spieltherapie*, in: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 10 (1985) 184-193.
- Titze, M., *Gemeinschaft ist der Sinn des Lebens: Individualpsychologie*, Junfermann, Paderborn 1984.

Watzlawick, P., Anleitung zum Unglücklichsein, Piper, München 1983.

Weizsäcker, C. F. von, Modelle des Gesunden und Kranken, Guten und Bösen, Wahren und Falschen, in: Weizsäcker, C. F. von, Die Einheit der Natur, Hanser, München 1972, S. 320-341.

Winnicott, D., Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Kindler, München 1974.