

Zusammenfassungen der im Buch „Psychoanalytische Leitlinien der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ veröffentlichten Leitlinien

Dietmar Borowski/ Gustav Bovensiepen/ Fank Dammasch/ Hans Hopf/ Adelheid Staufenberg/ Annette Streeck-Fischer

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen

1. Vorbemerkung
2. Kurze Geschichte des Störungsbildes
3. Krankheitsbild
4. Ätiologie und Pathogenese
5. Geschlechtsspezifische Aspekte
6. Psychotherapie
7. Forschung
8. Literatur

Die Leitlinie beginnt mit der schwierigen Einschätzung der Diagnose, nämlich der Unterscheidung einer dimensional und psychodynamischen Sichtweise.

Es werden dazu alltagsorientierte Leitsymptome mit ihren interaktionellen Folgeerscheinungen beschrieben.

Es folgen biomedizinische Modelle und Befunde aus der Entwicklungspsychologie, z. B. eine abweisende Haltung im Beziehungsalltag. Die Fähigkeiten zur Selbstregulation des Kindes seien eingeschränkt.

Mit der psychoanalytischen Sichtweise wird z. B. das Syndrom der ADHS nicht nur als pathologisch, sondern auch als Weg des Betroffenen dargestellt, der einen Weg gefunden hat, einen Konflikt bzw. Mangel zu gestalten. Eine Schwierigkeit ist dabei die mangelnde Affektregulierung und Mentalisierung.

Recht anschaulich werden einzelne Konfliktszenarien erläutert, z. B. der Mangel an väterlicher Funktion und Triangulierung sowie ADHS als Schutz vor befürchteter Aggression.

Im Kapitel zur Psychotherapie wird vor allem betont, dass der Fokus nicht unbedingt auf den Symptomen liegt, sondern vor allem in Bezug auf die Komorbiditäten, also auch in der Arbeit mit den Eltern.

Dietmar Borowski/ Hans Hopf/ Thomas Hüller

Angst

1. Allgemeines zur Angst aus psychoanalytischer Sicht
 - 1.1 Begriffsbestimmung
 - 1.2 Symptom, Komorbidität, ICD-10-Korrespondenzen
 - 1.3 Erklärungsmodelle
 - 1.4 Diagnostik
 - 1.5 Therapie, Prognose, Prävention
2. Krankheitsbilder
 - 2.1 Panische Angst im Kindes- und Jugendalter
 - 2.2 Generalisierte Angst
 - 2.3 Trennungsangst
 - 2.4 Phobien
 - 2.5 Einschlaf- und Durchschlafstörungen
 - 2.6 Wirksamkeitsstudien zu psychodynamischen Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen
3. Literatur

Angst ist primär kein pathologischer Zustand, sondern eine notwendige körperliche, seelische und intellektuelle Vorbereitung auf eine Gefahr.

Nach der Begriffsbestimmung setzt sich die Leitlinie mit der Einordnung von Angststörungen in das ICD-10-Klassifikationsschema auseinander. Hier wird die Angst meist im Rahmen emotionaler Störungen des Kindesalters erfasst.

Im Weiteren gibt die Leitlinie psychodynamische Theorien zur Entstehung von Angst zusammengefasst wieder. Dabei sind sowohl Erkenntnisse jüngerer Forschungszweige, wie der Affekt- und Säuglingsforschung, als auch traditionelle Konzepte mit einbezogen. Angst wird hier im Zusammenhang mit den inneren Objekten, der affektiven Objekt Konstanz, mit Containment und Affektregulation sowie in der Funktion des Selbstobjekts erläutert.

Die Leitlinie unterscheidet dann verschiedene Angstarten, die längs der strukturellen Entwicklung, der Objektbeziehungen und im Zusammenhang mit Konfliktthemen betrachtet werden, wie beispielweise Ängste bei der Borderlinestörung.

Das zweite Kapitel der Leitlinie legt den Fokus auf die Behandlung von Angststörungen. Angst kommt in jeder Therapie vor. Es werden jedoch einzelne Krankheitsbilder näher beleuchtet, wie die panische Angst nach traumatischen Ereignissen, die generalisierte Angststörung, die emotionale Störung mit

Trennungsangst und Phobien (z.B. Schulphobien). Zu jeder Störungsgruppe sind die entsprechende Symptomatik, Erklärungsmodelle, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten separat und umfassend dargestellt. Ein eigenes Kapitel bilden Ängste in Verbindung mit Schlafstörungen.

Abschließend sind einige Wirksamkeitsstudien zu psychodynamischen Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen aufgeführt.

Petra Adler/ Corman/ Renate Bossert/ Katharina Gräfin Hendrikoff/

Thomas Hüller/ Gudrun Lüdemann/ Christine Röpke

Depression im Kindes- und Jugendalter

1. Definition, Begriffsbestimmung. Allgemeines
2. Symptomatik, Komorbidität
3. Ätiologie, Erklärungsmodelle
4. Psychodynamische Diagnose und Differentialdiagnose
5. Behandlung, Psychotherapie
6. Prognose, Evaluierung, Katamnese, Studien
7. Literatur

Depression im Kindes- und Jugendalter tritt in allen Phasen der kindlichen Entwicklung auf, vom Säugling bis zum Spätadoleszenten. Je nach Entwicklungsalter zeigen sich unterschiedliche Symptomatiken und Komorbiditäten, die ausführlich dargestellt sind. Für alle gelten die psychodynamischen Kriterien der Depression, die ein herabgesetztes Selbstwertgefühl als Folge eines realen oder symbolischen Objektverlusts annehmen. Erweiternd wurden inzwischen hereditäre und psychogenetische Faktoren angenommen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität eines Individuums führen können. Weiterhin gilt heute, dass frühe Traumatisierungen einen depressiven Verarbeitungsmodus hervorbringen können.

Im ICD-10 wird die Depression bei Kindern und Jugendlichen sowohl bei affektiven Störungen (F32ff), als auch bei Anpassungsstörungen (F43ff) sowie Verhaltensstörungen (F92ff) eingeordnet. Diese Einordnung richtet sich nach Alters- und Geschlechtsstruktur. Die Psychodynamik wird auf die verschiedenen psychosexuellen Entwicklungsphasen bezogen und unterteilt. Auch die Behandlungsaspekte zeigen sich in verschiedenen Altersgruppen höchst unterschiedlich. Unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung werden verschiedene Phasen der therapeutischen Arbeit mit Kind/Jugendlichem und Eltern aufgezeigt.

Eine umfangreiche Darstellung der Studienlage zu depressiven Störungsbildern beschließt die Leitlinie.

Monika Büse-Kastner/ Klaus Dillhoff/ Ulrike Held

Enkopresis

1. Einleitung
2. Definition und Symptomatik der Enkopresis
3. Prävalenz, Komorbidität und Prognose
4. Ätiologie
5. Psychodynamik der primären und sekundären Enkopresis
6. Psychoanalytische Diagnostik bei Enkopresis und Differentialdiagnose
7. Therapie
8. Literatur

Die Symptomatik der Enkopresis wird in den verschiedenen Erscheinungsformen erläutert. Bei der Enkopresis handelt es sich um eine neurotische Entwicklungsstörung, die mit intensiven Ekel- und Schamgefühlen einhergeht. Nichtorganische Enkopresis wird im ICD-10 mit der Ziffer F98.1 kodiert. Man unterscheidet zwischen primärer Enkopresis und sekundärer Enkopresis. Das Einkoten muss mindestens einmal pro Monat auftreten und über einen längeren Zeitraum (3-6 Monate) bestehen. Enkopresis erscheint als Hauptdiagnose, wenn sie dominierende Symptom ist, also auch bei gleichzeitigem Auftreten von Obstipation. Andere einhergehende komorbide Begleitsymptome verweisen auf das komplexe konflikthafte Geschehen um das Einkoten herum.

Die Beschreibung der psychodynamischen Konfliktstruktur des Einkotens befasst sich v.a. mit der Objektbeziehungsdynamik während der analen psychosexuellen Phase, die zur Ausbildung von Autonomie und Abgrenzungsfähigkeit notwendig ist.

Abschließend werden behandlungstechnische Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Kind und Eltern aufgezeigt und mit Fallvignetten veranschaulicht.

Hanne Düwell/ Rüdiger Haar/ Gaby Kalb/ Bärbel Neumann

Enuresis

1. Einleitung
2. Definition und Symptomatik
3. Ätiologie
4. Diagnostik
5. Indikation
6. Therapie

Hinter dem Symptom des Einnässens verbirgt sich häufig eine tiefgreifende emotionale Störung, die sich um Angst und Depression oder auch traumatische oder

deprivierende Erfahrungen ranken. Nichtorganische Enuresis wird im ICD-10 mit der Ziffer F98.0 kodiert. Man unterscheidet zwischen primärer Enuresis und sekundärer Enuresis, sowie die Form des nächtlichen Einnässens (E. nocturna) und des Einnässens tagsüber (E. diurna). Neben einer zentralen Reifungsstörung und eines entgleiten Lernprozesses in der Sauberkeitsentwicklung werden in der Leitlinie psychoanalytische Erklärungsmodelle angeführt. Hierbei stehen sowohl Trennungsprobleme des Jungen vom mütterlichen Objekt, als auch unbewusste Sexualisierung des Urinierens (v.a. bei Mädchen) im Zentrum des inneren Konfliktgeschehens. Hingabewünsche und Passivität einerseits, Selbstbehauptung und Aktivität andererseits können bei allen Formen des Einnässens dargestellt werden. Je nach diagnostiziertem Strukturniveau erscheint das Einnässen eher von archaischen Abwehrmechanismen begleitet bis hin zu reifen Abwehrmechanismen, die ödipale Konfliktstrukturen begleiten. Abschließend werden auf die jeweilige Konfliktstruktur abgestimmte Behandlungstechniken für die psychodynamischen Therapie mit dem Kind und den Eltern aufgezeigt und mit Fallvignetten veranschaulicht.

Kristiane Göpel/ Dietrich Munz/ Marieanne Simon/ Margareta Zepf

Essstörungen

1. Definition
2. Symptomatik
3. Ätiologie
4. Psychodynamik
5. Familiäre psychodynamische Muster bei Essstörungen
6. Diagnostik
7. Indikation
8. Psychotherapie der Essstörungen
9. Die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen
10. Prognose
11. Studien
12. Literatur

Der Text beginnt mit einer Klassifikation der Störungsbilder: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, EDNOS (Eating Disorder Not Other Specified), Adipositas sowie Fütter- und Essstörungen.

Es folgt eine differenzierte Beschreibung der Symptomatik, die den einzelnen Störungsbildern zugeordnet wird.

Herzstück dieser LL ist das Kapitel zur Psychodynamik, die auf dem Hintergrund der Störungsbilder erläutert wird. Die unterschiedlichen innerpsychischen Konstellationen

und Entwicklungen werden nachvollziehbar dargestellt. Darauf aufbauend wird im nächsten Kapitel auf die Muster in den jeweiligen Familiendynamiken, mit einem Exkurs zu unterschiedlichen ödipalen Konstellationen, eingegangen, die sich beispielsweise bei Anorexie und Bulimie deutlich voneinander unterscheiden.

Die Autor*innen weisen darauf hin, dass die Diagnostik bei Essstörungen nicht nur die innerpsychische und die familiäre Situation berücksichtigen soll, sondern auch die Entwicklung des Körperbildes und die Genese der Essstörung, die in der Regel eng mit der familiären Dynamik verknüpft ist. Die Indikation zur Therapie richtet sich nach dem Schweregrad der Störung. Häufig ist eine Kombination von ambulanter und stationärer Behandlung indiziert. Im ambulanten Setting wird die Kooperation mit einem Arzt als unerlässlich angesehen.

Zum Thema Behandlung gehen die Autor*innen besonders auf die psychoanalytische Therapie ein. Der Arbeit mit den Eltern, die gerade bei Patient*innen mit Essstörungen zentral ist, wird ein extra Kapitel gewidmet.

Abschließend wird auf die Studienlage eingegangen sowie eine reichhaltige Literaturliste angefügt.

**Dietmar Borowski/ Hans Hopf/ Thomas Hüller/ Theodor von der Marwitz/
Helmut Schäberle**

Psychoanalytische Grundbegriffe

1. Vorwort
2. Theoretische Einleitung
3. Diagnostik
4. Psychotherapie
5. Forschung
6. Literatur

Die Leitlinie stellt theoretische, diagnostische und psychotherapeutische Grundlagen und Eckpfeiler der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor und erläutert diese. Zunächst werden wesentliche theoretische Konzepte und Entwicklungslinien erörtert: das Unbewusste, die Triebtheorie, aus welcher sich die Ich- und Selbstpsychologie sowie die Objektbeziehungstheorie entwickelte. In der psychoanalytischen Theoriebildung kam es zu einer Fokuserweiterung von der anfänglich eher isolierten Betrachtung der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur des einzelnen hin zur Erweiterung des Blicks auf das Subjekt in Abhängigkeit von seiner primären Beziehungswelt, den „Objekten“, bis hin zu Konzepten der Symbolisierung und Mentalisierung sowie der Bindungstheorie.

Die Diagnostik bewegt sich zwischen Symptomdiagnostik entlang der gängigen Manuale ICD und DSM - mit Verweis auf die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der OPD-KJ-2 zur differenzialdiagnostischen Einordnung - sowie der psychodynamischen Erhebung

des unbewussten Konfliktes entlang objektiver Daten, subjektivem Erleben und biografischen Informationen, der das Störungsbild verursacht und aufrecht erhält. Dies erfolgt über die Analyse der freien Assoziation, des freien Spiel, das szenisches Verstehen und ggf. über Testdiagnostik. Ebenso werden Ressourcen erfasst. Das Symptom wird verstanden als Ausdruck eines oder verschiedener unbewusster Konflikte, der Konflikt ist das Ergebnis widerstrebender Motivationen, Impulse oder Tendenzen. Er wird von einem Leitaffekt begleitet und in relevanten Situationen immer wieder aktualisiert. Die Struktur beinhaltet nach OPD-KJ-2 die Qualität von Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung und Abwehr, kommunikative Fähigkeiten, zudem beurteilt nach dem Grad der Integration dieser Dimensionen in die Persönlichkeit. Weitere zentrale Begriffe wie Abwehr und Widerstand meinen Mechanismen, auf welche Weise die Psyche drohender innerer Gefahr begegnet, um sich zu schützen, bspw. Verdrängung, Projektion, Intellektualisierung, Spaltung, um nur einige zu nennen. Beim Widerstand handelt sich um ein Phänomen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung, welches sich gegen das Bewusstwerden konflikthafter und/oder angstausslösender Inhalte im Rahmen der Übertragungsbeziehung wendet, und hat somit angstregulierende bzw. angstabwehrende Funktion. Unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und der individuellen und familiären Ressourcen werden im Vorhinein einer Psychotherapie Behandlungsziele und Prognose erhoben, sowie eine Differenzialindikation gestellt. Hier wird entschieden, ob eine tiefenpsychologische Behandlung zur Überwindung einer aktuellen Lebenskrise und Befähigung der Bewältigung des Alltags notwendig oder eine psychoanalytische Psychotherapie zur Bearbeitung unbewusster und sich wiederholender Konfliktmuster angezeigt ist. Bei letzterer spielen Regression und Bearbeitung der Übertragungsneurose eine größere Rolle, während bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie der (Wieder-)Aufbau von Selbstregulation und gelungener Beziehungsgestaltung im Vordergrund steht. Zu Beginn der Behandlung wird neben der Festlegung des Rahmens (Frequenz, Ausfallkonditionen, Finanzierung, Erreichbarkeit etc.) die Vereinbarung über freie Assoziation (Adoleszente) oder freie Gestaltung der Stunde (Kinder) getroffen. Der Behandler ist zu Schweigepflicht (§ 203 StGB) und Abstinenz (geringstmögliche Ersatzbefriedigung der Symptome des Patienten) verpflichtet. Durch die Analyse von Übertragung (unbewusste Wünsche und Gefühle werden auf den Therapeuten übertragen und in der Therapeut-Patient-Beziehung wirksam) und Gegenübertragung (unbewusste Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten, insbesondere die Übertragung) wird die Arbeit am Konflikt, an der Abwehr bzw. einer konflikthafter Lebenskrise möglich. Hierzu arbeitet der Therapeut neben (wichtigen) nicht-deutenden Aktivitäten auch mit Deutungen verschiedenster Art, wobei dem Patienten Unbewusstes vom Therapeuten verbalisiert wird. In der Kinderpsychotherapie geschieht dies auch innerhalb des kindlichen Spiels. Bei insgesamt positiver Bewertung durch Patient und Familie erscheint, wenn nötig, auch eine begleitende Psychopharmakotherapie sinnvoll.

Annette Streeck-Fischer/ Hanne Düwell/ Walter Bauers/ Sabine Siebert

Persönlichkeitsentwicklungsstörung

1. Einleitung
2. Persönlichkeitsentwicklungsstörung
3. Komorbidität
4. Ätiologische Faktoren
5. Narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung
6. Borderline-Entwicklungsstörung
7. Antisoziale bzw. Dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung
8. Therapievoraussetzungen
9. Spezielle therapeutische Ansätze
10. Heilungserfolg und Entwicklung
11. Literatur

Narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Als bedeutendes Merkmal wird das Zusammenspiel von Überheblichkeit bzw. Selbstkonzentriertheit und extremer Kränkbarkeit hervorgehoben. Darin steht das grandiose Gefühl der eigenen Wichtigkeit, ein übersteigertes Selbstkonzept mit dem Verlangen nach übermäßiger Bewunderung sowie ein Mangel an Empathie den Gefühlen der Wert- und Hilflosigkeit gegenüber.

Konkretes Verhalten wird genannt und erläutert: Grandiosität, Unabhängigkeits- und Autonomiebedürfnis, Störungen in personalen Beziehungen, Suizidalität, Bedrohungsgefühle bzw. Feindseligkeit, mangelnde Empathiefähigkeit, körperliche Unruhe, Entwertung und Wut, Misstrauen gegenüber anderen, besondere Begabungen, Identitätsdiffusion

Im Kapitel „Ätiologie“ wird zwischen primärem und sekundärem Narzissmus unterschieden und auf die Folgen von Wut und Neid sowie Familienstrukturen z. B. der ödipalen Entwicklung eingegangen.

Schließlich wird der Narzissmus als bedeutungsvoll für den Identitätsfindungsprozess innerhalb einer Durchgangsphase in der Adoleszenz beschrieben. Das Kapitel schließt mit anschaulichen Hinweisen zur therapeutischen Beziehung. Als ein spezifisches Phänomen wird die Negative Therapeutische Reaktion genannt, die dann auftritt, wenn der Patient seine Abhängigkeit zum Therapeuten wahrnimmt.

Borderline-Entwicklungsstörung

Als Hauptmerkmale werden ein tiefgreifendes Muster an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, eine gesteigerte Impulsivität sowie eine Identitätsdiffusion beschrieben.

Diese produzieren konkretes Verhalten wie unterschiedliche Selbstzustände in der Entwicklung, Störung der Realitätsprüfung, Störung der Aggressivität und Impulsivität, Selbstbeschädigung, diffuse Ängste, Störung der Sexualität, Spaltungsmechanismen, übertriebene Abhängigkeit von äußeren Objekten, Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen, soziale Anpassungsstörung, funktionelle Beschwerden, Störung der Affektregulation, Suizidversuche, Dominanz primitiver Abwehrmechanismen

Die Ätiologie bezieht sich auf biologische, psychologische und soziale Faktoren. Eines von erwähnten verschiedenen theoretischen Modellen bezieht sich auf eine gestörte Entwicklung in der frühen Phase der Individuation/Separation, insbesondere der frühen Wiederannäherungsphase. Insbesondere werden die Folgen traumatischer Belastungen hervorgehoben, die vielfältig und komplex erscheinen., ebenso die Bedeutung von desorganisierten Bindungsmuster.

Durch das multifaktorielle Verhalten ist eine Differentialdiagnose schwierig zu stellen: so kommt es in der Adoleszenz zu den verschiedensten Subformen der Borderline-Störung.

In der Therapie wird die Arbeit an der instabilen Beziehungsfähigkeit zunächst im Vordergrund stehen, die sich eben auch darin niederschlägt.

Antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Eine tiefgreifende Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, der Mangel an Gefühlen für andere und die ausgeprägte Gewaltneigung kennzeichnen diese Störung. Das Verhalten weicht erheblich von den sozialen Normen ab und ändert sich kaum durch Bestrafung.

Konkrete Merkmale sind Reizbarkeit und Impulsivität, Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, kriminelle Handlungen, Lern- und Leistungsvergessen, mangelnde Empathie in Beziehungen; diese werden eher kurzfristig für strategische Zwecke eingegangen.

Ätiologisch gesehen haben diese Personen in ihrer frühen Entwicklung überwältigende und bedrohliche Erfahrungen gemacht mit der Projektion von Hass auf die Umwelt als Folge.

Unterschieden wird zwischen einem passiven parasitären und einem aktiven Typus.

Die Diagnostik sollte auch die multiplen Entwicklungsdefizite einschließen sowie fremdanamnestiche Daten, da die Kinder und Jugendlichen zur Verleugnung neigen. Die Indikationsstellung zur Therapie wird den geringen Leidensdruck sowie die geringe Therapiemotivation zum Inhalt haben.

In der Therapie wird die Arbeit an der instabilen Beziehungsfähigkeit zunächst im Vordergrund stehen, die sich eben auch darin niederschlägt.

Antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Eine tiefgreifende Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, der Mangel an Gefühlen für andere und die ausgeprägte Gewaltneigung kennzeichnen diese

Störung. Das Verhalten weicht erheblich von den sozialen Normen ab und ändert sich kaum durch Bestrafung.

Konkrete Merkmale sind Reizbarkeit und Impulsivität, Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, kriminelle Handlungen, Lern- und Leistungsvergessen, mangelnde Empathie in Beziehungen; diese werden eher kurzfristig für strategische Zwecke eingegangen.

Ätiologisch gesehen haben diese Personen in ihrer frühen Entwicklung überwältigende und bedrohliche Erfahrungen gemacht mit der Projektion von Hass auf die Umwelt als Folge.

Unterschieden wird zwischen einem passiven parasitären und einem aktiven Typus.

Die Diagnostik sollte auch die multiplen Entwicklungsdefizite einschließen sowie fremdanamnestic Daten, da die Kinder und Jugendlichen zur Verleugnung neigen. Die Indikationsstellung zur Therapie wird den geringen Leidensdruck sowie die geringe Therapiemotivation zum Inhalt haben.

Margarete Berger/ Elfriede Freiburger/ Barbara von Kalckreuth/ Maria Knott/ Christiane Wiesler/ Eberhard Windaus

Regulationsstörungen

1. Definition
2. Klassifikation
3. Symptomatik
4. Ätiologie
5. Diagnostik
6. Indikation
7. Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT)
8. Heilungserfolg und Evaluierung
9. Literatur

In der frühen Säuglingszeit ist Psychisches und Körperliches kaum differenzierbar. Der Säugling ist in dieser Zeit seelisch und körperlich gänzlich abhängig von seinen Bezugspersonen und dessen angeborene Fähigkeiten bedürfen zur Stabilisierung und Ausdifferenzierung noch der unterstützenden Koregulation durch die Eltern.

Störungen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung können sich in einer generalisierten psychosomatischen Symptomatik beim Säugling niederschlagen oder zeigen sich in Auffälligkeiten beim Schlafen oder Füttern, die unter dem Begriff der Regulationsstörungen zusammengefasst werden. Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen, frühkindliche Depressionen und Angstreaktionen in den ersten Lebensmonaten werden in der Leitlinie dargestellt und deren Hintergründe erläutert.

Auch Störungen der Kommunikation und Bezogenheit sowie der Bereich psychosomatischer Auffälligkeiten werden aufgezeigt.

Neben der Ätiologie, die die Hintergründe der Eltern, des Kindes und auch die Paarebene berücksichtigt, zeigt die Leitlinie die verschiedenen Diagnostikfelder in der Praxis auf. Neben der allgemeinen Diagnostik, spielen die psychoanalytische und die Interaktions- und Beziehungsdimension eine entscheidende Rolle, welche hier erläutert werden.

Im Hinblick auf das therapeutische Arbeiten orientiert sich die Leitlinie an der psychoanalytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT). Das Beobachten und szenische Verstehen sowie die Etablierung von Behandlungszielen spielen zu Beginn der Therapie eine entscheidende Rolle, dem schließlich konkrete Interventionen folgen, welche in der Leitlinie zusammengefasst wiedergegeben werden.

**Dietmar Borowski/ Thomas F. Lehmann/ Rosemarie Schmitt-Thatenhorst/
Isabell Visser-Ondracek**

Schmerz

1. Einleitung
2. Allgemeine Überlegungen zum Schmerz aus psychoanalytischer Sicht
3. Psychoanalytische Modelle zum Schmerz
4. Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz
5. Psychotherapeutische Interventionen
6. Literatur
7. Anhang

Der Schmerz als Symptom versteht sich auch in einer psychoanalytischen Leitlinie dem bio-psycho-sozialen Modell verpflichtet, ist Ausdruck eines komplexen Geschehens und einer existentiellen Not. Die Leitlinie betrachtet diesen engen Zusammenhang zwischen seelischen und körperlichen Prozessen in der Genese und der Abwehrorganisation. Studien zur psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dem Leitsymptom Schmerz liegen aktuell nicht vor, es wird in diesem Zusammenhang auf andere Leitlinien verwiesen. Die somatoformen Krankheitsbilder sind deskriptiv im ICD-10/11 in den Kap. F44 und F45 enthalten.

Der körperlich erlebte Schmerz ist ein Signal und findet zentralnervös eine psychische Antwort. Neurophysiologische Abläufe und neue Erkenntnisse der Stressregulation sind grundlegend, ebenso wie die Verwendung affektiver Strukturen in der Verarbeitung, insbesondere Trauer, Angst und Ärger. Chronische Schmerzen sind dysfunktional und haben langfristig eine veränderte Körper- und Selbstwahrnehmung zur Folge, wobei es bei Kindern und Jugendlichen häufig zu einer blockierten Autonomieentwicklung, dem Erleben von Ohnmacht und Kontrollverlust über den eigenen Körper kommt. In ausgewählten psychoanalytischen

Modellen werden die vielfältigen psychodynamischen Blickwinkel veranschaulicht. Dabei spielen die Transmissionsvorgänge und Struktur, die symbolische Dimension, die Entwicklungsperspektive und die beziehungsregulierende Funktion des Schmerzes als ein Affekt eine entscheidende Rolle:

Auf dieser Grundlage werden in den Kapiteln 4 und 5 die psychodynamischen Aspekte dieser Kommunikationssysteme in unterschiedlichen Settings und deren Entschlüsselung auf verschiedenen Ebenen des psychotherapeutischen Handelns, wie etwa die initiale Idealisierung und partielle Ohnmacht des helfenden Objekts, konkret beschrieben und im Anhang mit den Fallkonstellationen illustriert.

Gertraud Bechtler/ Anna-Maria Hüls-Wissing/ Theo von der Marwitz/ Gisela Ripke/ Brigitte Rippe/Rosemarie Schmitt-Thatenhorst

Zwangsstörungen

1. Definition Zwang
2. Symptomatik
3. Ätiologie von Zwängen
4. Diagnose und Differentialdiagnose
5. Behandlung
6. Prognose
7. Literatur

Aus psychologischer Sicht sind Zwänge imperative Erlebnisse, denen sich der Betroffene ausgesetzt fühlt, ohne sie bewusst steuern oder beeinflussen zu können. Dennoch erlebt er sie als von sich selbst ausgehend. Zwänge machen sich im Bereich des Denkens, in der Phantasie und in Vorstellungen sowie in Handlungen oder auch in Vermeidungen bemerkbar. Zwangsphänomene sind prinzipiell ubiquitär, treten in der normalen Entwicklung auf und stellen einen Versuch der Strukturgebung und Ordnung dar.

Nach allgemeinen Informationen zum Zwang aus psychodynamischer Sicht, beschreibt die Leitlinie die Symptomatik von Zwangshandlungen und -gedanken sowie von Zwangsantrieben und -impulsen. Deren Ätiologie wird anhand verschiedener Konzepte aufgezeigt, wobei auch neuere Modelle zur Entstehung von Zwangspathologien mit einfließen, wie beispielsweise das Auftreten von Zwängen als Traumafolgestörung oder der Zwang als Ausdruck einer gestörten Mentalisierungsfähigkeit.

Im weiteren Verlauf gibt die Leitlinie Einblicke in die Diagnostik des Zwangs unter psychodynamischen Gesichtspunkten. Krankheitsbilder mit begleitender Zwangssymptomatik werden aufgeführt und die damit verbundenen Besonderheiten im diagnostischen Prozess erläutert, wobei auch auf die strukturellen Voraussetzungen des Betroffenen eingegangen wird.

Den Schwerpunkt der Leitlinie bildet schließlich die Behandlung von Zwangsstörungen. Neben allgemeinen Behandlungsprinzipien werden psychotherapeutische Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der verschiedenen Strukturniveaus vorgestellt und erläutert.