

Die Beurteilung von Resilienzfaktoren im diagnostisch-therapeutischen Gespräch mit Kindern

Dieter Bürgin, Barbara Steck

Summary

Bürgin D, Steck B. [Evaluation of resilience – factors in the diagnostic-therapeutic Interview with children.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2009;160:256–63.

In a previous article, theory, research and clinical applications of resilience were explored. Resilience is for the authors an interactive concept. It refers to a relative resistance to environmental risk experiences or the overcoming of stress or adversity. Underlying psychosocial and biological processes, risk, vulnerability and the importance of gene–environment interactions as well as protective mechanisms against psychosocial risks were discussed in view of their contribution to resilience.

This article explores as a main focus the importance of the quality of interpersonal relationships in preventive and therapeutic interventions on an individual and family level, as well as the role of intrapsychic processes facilitating the development of resilience.

The authors present a case study of a girl, first seen at the age of two and a half year in a child psychiatric hospital presenting a severe psychopathology. She was then followed continuously – pedagogically and therapeutically – from the age of five and a half until eleven year old. The authors examine aspects of the family and the personal history of the patient, showing the inherent risk factors such as parental psychopathology and early developmental disturbances of the patient. Then two videotaped diagnostic-therapeutic interviews with the patient are presented in detail. They reveal the intrapsychic and interactional processes and demonstrate the capacity of the patient to use significant relationships for her own psychosocial development. Protective processes during the hospitalisation of the patient in a child psychiatric hospital as well as during the psychoanalytically oriented psychotherapy are explored with respect to the development of resilience. The authors confirm an important result of the resilience research, namely that vulnerability of children and adolescents, exposed to adverse critical life situations, does – thanks to long term preventive and therapeutic interventions – not lead inevitably to a psychopathological evolution. Understanding the process of resilience may thus guide environmental interventions in order to prevent tragic outcomes for children growing up in high risk environments.

Keywords: resilience; diagnostic-therapeutic interview; relationship; intrapsychic process

Korrespondenz:
Prof. em. Dr. med. Dieter Bürgin
Gundeldingerstrasse 177 (Praxis: 175)
CH-4053 Basel
e-mail: dieter.buergin@unibas.ch

PD Dr. med. Barbara Steck
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH
St. Alban-Anlage 35
CH-4052 Basel
e-mail: barbara.steck@unibas.ch

Einleitung

In einem früheren Artikel [1] wurden Theorie, Forschung und Praxis der Resilienz ausgeführt. Eine Abschätzung der intrapsychischen und intrafamilialen Belastungs- und Schutzfaktoren, das heisst das Ausmass von Vulnerabilität oder Resilienz, ist für die Aufstellung eines Therapieplans von grosser Bedeutung. Nur so können die notwendigen Interventionen durchgeführt werden und Kinder, die in einem hohen Risikoumfeld aufwachsen, vor voraussehbaren Entwicklungsbeeinträchtigungen einigermaßen geschützt werden. In der konkreten Situation allerdings ist es unmöglich, alle Faktoren, die zur Resilienz beigetragen haben mögen, zu untersuchen. Wir beschränken uns deshalb bei dieser *Falldarstellung* eines Kindes, das wir Bea nennen wollen, auf die Aspekte der Familien- und Lebensgeschichte der Patientin sowie auf die Ergebnisse der diagnostisch-therapeutischen Gespräche und die Fähigkeit der Patientin, diese für ihre psychosoziale Entwicklung zu nutzen und die belastenden Herausforderungen zu bewältigen.

Für die Diagnostik relevante Befunde aus der Anamnese

Die Patientin, die zum ersten Mal im Alter von 2½ Jahren mit einer schwerwiegenden Symptomatologie kinderpsychiatrisch gesehen wurde, wurde von 5½ bis zu 11 Jahren kontinuierlich betreut. Sie war seit Beginn ihres Lebens einem hohen Risikoumfeld ausgesetzt, das hier in anonymisierter Form kurz dargestellt wird.

Der Vater, aus einer früh in seinem Leben geschiedenen Ehe stammend, wuchs – bevormundet – in einem kirchlichen Heim auf. Er absolvierte eine handwerkliche Lehre und zeigte trotz mittelstarkem Äthylismus eine Kontinuität am Arbeitsplatz. Erst mit 29 Jahren lernte er seinen eigenen Vater kennen.

Die Mutter wurde als Kind geschlagen; als sie 13 Jahre alt war, wurde die Ehe ihrer Eltern nach langen Streitereien geschieden. Ihr Vater, ein schwerer Alkoholiker, war 30 Jahre älter als die Muttersmutter und verstarb ein Jahr nach der Geburt von Bea. Ihre Mutter, eine dominante Person, habe stets die Geschwister von Bea bevorzugt. Ein drei Jahre älterer Halbbruder der Mutter sei drogenabhängig und aidskrank gewesen und habe sich im Geburtsjahr von Bea suizidiert. Nach einem Mittelschulabschluss war die Mutter im Hotelfach tätig. 21-jährig erfolgte die erste Geburt nach einer Zufallsbekanntschaft, im Jahr danach ein Abort. Im folgenden Jahr wurde – nach der Heirat mit dem Kindsvater – die Patientin geboren, die von der Mutter von An-

fang an abgelehnt wurde. Die Mutter äusserte Hassgefühle gegenüber Bea, sie würde sie am liebsten aus dem Fenster werfen. Bea diente ihrer Mutter als Projektionsfläche für deren multiple negative Fantasien und Gefühle und gleichzeitig zur Stabilisierung deren Wohlbefindens (pathologische Parentifikation). Als Bea zwei Jahre alt war, kam es zur Geburt eines Bruders.

Die Ehe der Eltern war durch heftigste Paarkonflikte gekennzeichnet, die – bei wechselseitigen Projektionen – eine unlösbare Zerstrittenheit zur Folge hatten. Die Trennung der Eltern erfolgte, als Bea viereinhalb Jahre alt war (der Vater war damals invalide und gehörte einer religiösen Sekte an) und die Geburt eines vierten Kindes anstand. Als Bea fünfjährig war, kam es zur Scheidung und dem Einbezug des Jugendamtes durch Nachbarn. Später folgte noch einmal eine unerwünschte Schwangerschaft der Mutter. Die familiäre Situation war während der gesamten Betreuungszeit katastrophal.

Persönliche Anamnese der Patientin

Wegen einer leicht verzögerten Geburt und einer Schwelung am Kopfe des Neugeborenen hatte die Mutter die Vorstellung, ihrem Kind beinahe das Gehirn «zerpresst» zu haben. Aufgrund des gierigen Saugens der Patientin stillte die Mutter ihr Kind nur zwei Monate: «Sie hat mir fast die Brust ausgerissen.» Bea war ein zügellos Nahrung suchendes Kind; die Mutter berichtete, keine Gefühle für ihre Tochter empfunden zu haben, sie sei ihr fremd gewesen, ihr Verhalten habe sie an die Schwiegermutter erinnert. Ein überwichtiges Kind sei ein reiner Horror für sie. Bea zeigte ein hyperaktives, impulsives, distanzloses Verhalten.

Im Alter von zweieinhalb Jahren wurde Bea wegen gierigen, unersättlich verschlingenden Essverhaltens erstmals kinderpsychiatrisch vorgestellt und dann auf einer pädiatrischen Klinik hospitalisiert. Die Abklärungen ergaben keinen organischen Befund. Die Eltern brachen die eben erst begonnene Betreuung ab.

Als sich die Eltern viereinhalb Jahre nach der Geburt von Bea trennten, wurde sie erneut vorgestellt, da sie Mühe habe, Forderungen zu erfüllen. Sie laufe für mehrere Stunden von zu Hause weg, sei ein «Fressack», zeige ein gestörtes Spielverhalten, habe sich als «Raufbold» erwiesen, der sich sogar mit Adoleszenten angelegt habe. In der Familie sei Bea nur schwer zu halten. Sie lehne jeglichen Körperkontakt ab und reagiere nicht auf körperliche Züchtigung.

Im Kindergarten verhielt sich Bea auffällig: sie lief davon, ging mit wildfremden Leuten in deren Wohnung, stöberte dort nach Essbarem, verschlang wahllos alles, was sie fand. Sie wurde von der Mutter mehrfach eingesperrt und geschlagen. Auch brachte sie sich selbst in Gefahr. Eine neuro-pädiatrische Untersuchung ergab eine Hyperaktivität und diverse Reifungsverzögerungen unklarer Ätiologie. Als Bea fünfjährig war, kam es zur Scheidung der Eltern und – für die Dauer von zwei Jahren und drei Monaten – zur Hospitalisation von Bea auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung.

Für die Resilienzbeurteilung relevante Befunde

Für jede Beurteilung der Resilienz ist eine Erfassung nicht nur der schützenden, sondern auch der schädigenden Faktoren erforderlich.

Testpsychologische Untersuchung

Eine testpsychologische Untersuchung beim Eintritt im Alter von fünfjährig Jahren zeigte ein distanzloses, hyperaktives und impulsives Kind (Schwäche der Steuerung emotionaler Impulse), das aber Grenzsetzungen akzeptierte. Bea wirkte ernst, verbittert und konstant angestrengt. Sie imponierte durch eine wilde Entschlossenheit und Widerstandsfähigkeit und erschien sehr aufmerksam und aufgeweckt. Kognitiv war sie altersentsprechend entwickelt. Im Symbolspiel, das in seiner Struktur mit der Zeit zunehmend zerfiel, traten als Hauptthemen Geburt, Böse-Sein, Elimination und Tod auf. Bea zeigte einen lieblos-unachtsamen Umgang mit sich selbst und eine ausgeprägte Störung ihres Selbstwertgefühls. Aus Hilflosigkeit und Verzweiflung versuchte sie sich immer wieder mit einer Flucht nach vorne zu retten. Ständig war sie auf Suche nach Wärme und Anerkennung. Im Szeno-Test zeigte sie eine völlig chaotische Aufschichtung von Material.

Hospitalisation auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung

Während der Hospitalisation auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung zeigte Bea einen erfreulichen Entwicklungsverlauf: Die Nahrungsgier und die Frequenz kleinerer Diebstähle innerhalb und ausserhalb der Abteilung reduzierten sich, sie lief nicht mehr davon. Ihr distanzloses, manchmal aufdringliches, eindeutig sexualisiertes Verhalten verlor zunehmend an Intensität. Die Mutter lehnte aber weiterhin jeglichen Körperkontakt mit dem Kind ab. Bea vermochte stabile Beziehungen zu Kindern und Erwachsenen einzugehen und reagierte auf Trennungen mit angemessener Traurigkeit. Unter Stress hingegen kam es jeweils sehr schnell zur Spaltung der Objektrepräsentanzen (was sich in einer Einteilung der Bezugspersonen in idealisierte oder dämonisierte kenntlich machte). Bea besuchte zuerst einen externen Kindergarten, dann die externe Schule. Erstaunlicherweise konnte sie den Bereich der ausserhalb der Spitalabteilung stattfindenden Schule verhältnismässig konfliktfrei halten und dort recht stabil funktionieren.

Beschreibung von zwei diagnostisch-therapeutischen Gesprächen

Diese beiden Gespräche fanden während der Hospitalisation der Patientin (im Alter von 6 und 7 Jahren) auf der genannten kinderpsychiatrischen Abteilung vor einem Einwegspiegel statt und wurden auf Video aufgenommen.

Erstes Einwegspiegelinterview

Die sechsjährige Bea ist klein, alert und lässt einen leichten Sigmatismus erkennen. Kaum sitzt sie auf dem Stuhl, schwenkt sie die ganze Zeit über das rechte Bein. Schnell

geht sie gegenüber dem Interviewer auf eine recht direkte *Kampfposition*. Als erstes Hauptthema wählt Bea einen *ausgefallenen Zahn*. Zähne würden aber nachwachsen, fügt sie beschwichtigend bei und meint – ihr Wissen demonstrierend – nach der zweiten Dentition aber *wachse nichts mehr*.

Bea berichtet, sie sei hospitalisiert wegen Nicht-Folgens zu Hause und zeigt dazu *Verbrennungen an der Hand*.

Der Interviewer fragt sich, ob es sich vielleicht um eine Art Selbstbestrafung mittels Hospitalisation und Verbrennung handeln könnte.

Bea erwägt die *Schliessung des Vorhanges* vor dem Einwegspiegel wegen der dahinter sitzenden Personengruppe. Im oberen Stock sei sie schon einmal bei einem Kollegen gewesen, dort aber habe es viel Spielzeug gehabt, fügt sie, die Situation in diesem Zimmer *entwertend*, an. Daraufhin erzählt Bea spontan von einem *Streit auf der Abteilung*, dann von solchen *zu Hause*, wo es ja *gar nicht gutgegangen* sei (unter den Geschwistern sei ein *Einander-an-den-Haaren-Reissen*, *Einander-Umherschubsen* und *Die-Finger-Umdrehen* an der Tagesordnung).

Eine Entwertungsneigung wird in der Übertragung gleich zu Beginn des Gesprächs spürbar. Möglicherweise könnte sie wie auf der Abteilung oder zu Hause in einen Streit ausarten, denkt sich der Interviewer.

Bea ist sehr *sprunghaft*. Sie *lenkt* die Aufmerksamkeit des Untersuchers durch viele Fragen *dauernd ab*. *Eifersucht* wird vor allem bei den anderen lokalisiert (*Projektion*). Dann sieht Bea einen *Forschungsstuhl für Babys* im Zimmer, fragt, was das sei, will aber die Antwort (wir kümmern uns auch um die Entwicklung von Babys) nicht hören. Sie erzählt stattdessen, sie habe jemandem einen *Riesen-Schneeball ins Gesicht geworfen*, deklariert diese Geschichte aber ganz schnell als *Lüge*. Sie *erzähle nämlich häufig Dinge, die nicht stimmten*. Auf die Intervention des Interviewers, das würde ihn bezüglich der Schneeballgeschichte beruhigen, steht die *Patientin auf*, *tritt ganz nahe an den Interviewer heran*, will seinen *Pullover anfassen* und prüft, ob dieser fein genug ist, was sie mit Genugtuung festhält und sich, zufriedengestellt, erneut hinsetzt. Ihren *Pulli*, meint sie, den sie von der Mutter erhalten habe, nehme sie *ins Bett* mit, obwohl er etwas dicker sei.

Bea kontrolliert die Gesprächssituation durch *Sprunghaftigkeit* und viele Fragen, als hätte sie Angst, sonst nur ihren Gefühlen oder dem Gegenüber ausgeliefert zu sein. Sie produziert eine Geschichte, die von aktiver, grober Aggressivität handelt, deklariert diese aber sofort als *Lüge* und lässt den Interviewer damit im Unklaren, was wirklich war. So brüsk, wie sie in der Geschichte das Gegenüber mit dem Schneeball ferngehalten hat, so unvermittelt sucht sie nun Nähe. Die Sehnsucht nach einer verfügbaren Mutter bzw. nach dem sie repräsentierenden Übergangsobjekt *Pullover* bricht mit grosser Heftigkeit durch.

Die Patientin beginnt Zahlen und Buchstaben auf ein Papier zu kritzeln und schreibt schliesslich, etwas unterstützt vom Interviewer, ihren Vornamen aufs Papier, worauf dieser, sie

wahrnehmend und bestätigend, sagt: «Bea ist da!», was die Patientin mit einem zufriedenen Lächeln quittiert.

Nach kurzem Schweigen fragt der Interviewer, ob Bea mit ihm ein Kritzelspiel [2] machen wolle. Bea akzeptiert sofort und so beginnt das Spiel: Bea möchte etwas schreiben, aber sie kann das noch nicht. Sie kopiert schliesslich einen vom Interviewer für sie hingeschriebenen Namen und stellt fest, dass dieser drei gleiche Buchstaben habe wie ihr Name. Dann möchte sie den Kugelschreiber des Interviewers haben, der besser schreibe und beginnt von ihrer älteren Schwester zu reden.

Nachdem ein Moment von Gemeinsamkeit entstanden ist, taucht mit grosser Heftigkeit ein Neidimpuls auf (möchte «das Bessere» haben, was beim Interviewer lokalisiert wird), und die ältere Schwester taucht auf.

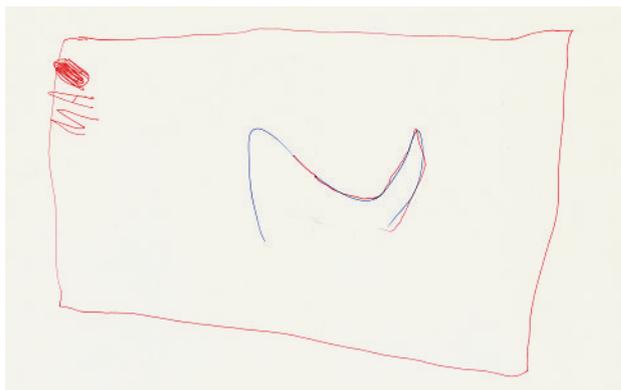
Aus der Menschenfigur des Interviewers macht die Patientin einen «Clown». Der Clown spiele etwas vor, ob der Interviewer etwas dagegen habe? Bea nimmt seinen Stift, malt dem Clown rote Ohren und meint, der Interviewer habe ihn an den Ohren gezogen, da der Clown gestritten habe. Sie selbst malt noch einen Kopffüssler und Regen. Beide würden im Regen stehen. Die zweite Person, der Interviewer, lasse den Clown allein im Regen stehen, weil der «blöd» gemacht und ihn nicht nett gefunden habe. Die Patientin malt jetzt dichte Haare, «lange Frauenhaare», macht damit aus dem Interviewer eine Frau, die den Clown stehen lässt. Sie zögert mit dem Zeichnen von Armen. Der Clown erhält schliesslich blaue Ohren und die Figur rote. Die Patientin zeichnet dann Tränen, ganz viele. Der Clown geht nach Hause (Patientin wirkt jetzt konfus) und erzählt alles der starken Mutter. Diese meint, der Interviewer habe nur einen Spass gemacht.



Bea «verbessert» die Zeichnung des Interviewers (Nase), macht sie clownesk. Sie ist also die Starke. Die Streitsituation mit Bestrafung wird nun unmittelbar in die Beziehung eingebunden, der Interviewer wird zum Bestrafenden. Der Interviewer als Kopffüssler wird nochmals zum enttäuschenden Bestrafer, da er den Clown, der sich nicht so aufführte, wie er hätte sollen, allein und im Regen stehen lässt. Nun wird die Figur des Interviewers zu einer weiblichen Person, es folgt der Ausdruck von Weinen und Schmerz (Tränen), die Klage bei der Mutter und die schnelle Verharmlosung (nur Spass gemacht).

Bea imitiert das Kritzeln des Interviewers und schreibt MA. Das bedeute Jasmin. Dann zeichnet sie einen Rahmen um das Ganze und daraufhin einen Kopffüssler/Clown auf einem neuen Blatt. Dieser spiele blödes Zeug vor. Alle an einem Fest müssen lachen, auch der Interviewer. Bea wolle offenbar gerne andere zum Lachen bringen, meint der Interviewer.

Bea kann jetzt kaum mehr ruhig sitzenbleiben, zeigt einen enormen Bewegungsdrang. Sie steht auf, geht zum Interviewer, berührt ihn, sagt (da dieser einen dunkeln Pullover trägt), er habe offenbar gerne «Schwarz». Später möchte sie einen schwarzen Stift. Dann erkundet sie einen kleinen angrenzenden Raum, in welchem Videogräte stehen und von welchem aus sie durch einen kleinen Einwegspiegel hindurch in den Hauptraum schauen kann.



Die Imitation im Grafischen durch Bea führt sie zur ersten Silbe von Ma-Ma. Sofort schiebt sie aber eine andere Bedeutung davor (Jasmin). Der Wunsch, andere zum Lachen zu bringen, könnte einem Versuch entsprechen, auf die Befindlichkeit der Mutter einzuwirken. Die Sprache reicht nun nicht mehr, um der inneren Spannung Herr zu werden. Bea kippt ins Handeln. Wiederum möchte sie das, was der Interviewer hat (schwarzer Pullover – schwarzer Stift), und widmet sich dann der räumlichen Erkundung.

Bea kann vom Interviewer wieder dazu bewegt werden, an den Tisch zurückzukehren. Sie singt dann spontan das Einschlaflied: «Ich höre ein Glöckchen ... der liebe Gott wird bei mir sein.» So wird man nicht alleingelassen, meint der Interviewer. Dem Clown wird etwas ins Gesicht geschrieben, das nicht weggeputzt werden kann. Die Patientin sagt, gewisse Gefühle wie die Traurigkeit könne sie aber wegmachen. Sie lenkt nun andauernd ab, kann kaum am Tisch

gehalten werden. Der Interviewer versucht die Stunde zu resümieren. Am Schluss möchte die Patientin noch eine Zeichnung machen, der Interviewer solle erraten, was sie gezeichnet habe. Er sei drauf, allein auf einer Wiese, mit Hosen, die bis an den Hals hinaufreichten.



Dennoch gelingt es, das Setting wiederherzustellen. Nachdem dies geschehen ist, fühlt sich die Patientin gehalten und kann ein Einschlaflied singen, bei welchem statt einer Person der liebe Gott bei ihr ist. Offenbar ist dem Clown etwas ins Gesicht geschrieben, was nicht wegzubekommen ist, was tiefer geht als Gefühle, die Bea wegtun kann. Wieder nimmt die Spannung enorm zu. Sie nötigt Bea zu fast anhaltendem Ablenken und setzt sich direkt in motorische Unruhe um. Am Schluss soll sich der Interviewer ein Bild davon machen (es erraten) von dem Bild, das die Patientin sich von ihm gemacht hat: Ihre Einsamkeit und ihr Gefühl einer unangemessenen Bekleidung sind ganz auf ihn projiziert.

Zweites Einwegspiegelinterview (rund 14 Monate später)

Bea bemerkt, das Gespräch eröffnend, dies sei das zweite Gespräch, und nimmt sofort die «Schneeballgeschichte» vom ersten Interview wieder auf, allerdings etwas modifiziert, da sie und ein anderes Mädchen sich gegenseitig Schneebälle ins Gesicht geworfen hätten, was sehr geschmerzt habe.

Die Fähigkeit der Patientin zur Beziehungskontinuität ist beachtlich. Sie fährt gleichsam lückenlos weiter. Wird ihre «Schneeballgeschichte» unter dem Aspekt der Übertragung gelesen, so würde sie etwa Folgendes bedeuten: Du, Interviewer, erinnerst Dich doch noch, dass uns diese Geschichte als etwas gemeinsam Geteiltes galt, aber die damit verknüpfte Erfahrung war für beide doch recht schmerzlich, nicht wahr?

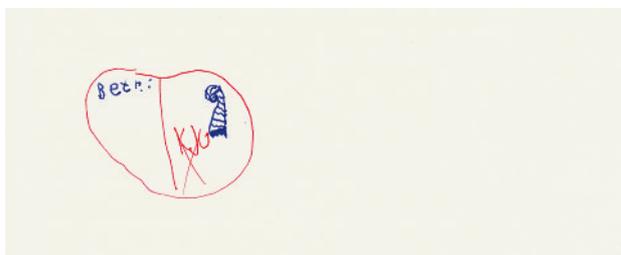
Dann berichtet die Patientin über verschiedene Weggänge von der Abteilung. Als Spontanzeichnung entsteht das Bild einer Frau mit langen Beinen, die auf etwas hinweist. Die Patientin meint, sie könne nicht gut zeichnen.



Als nächstes Thema tauchen Trennung, Abschied und Beziehungsverlust auf. Bea zeigt auf etwas, weist auf etwas hin. Entweder bleibt unklar, worauf die Patientin hinweist, oder aber die nachfolgende Bemerkung enthält den Inhalt: Unvermögen.

Sie lässt sich wieder für ein Squiggle-Spiel gewinnen.

Kritzal 1 (Bea ergänzt selbst): Dies sei ihr Name. Bei der Benennung, dass sie ganz da ist, läuft sie vom Tisch weg, kann aber leicht wieder geholt werden. (Wirkt insgesamt präsenter als beim ersten Interview.)



Das Präsent-Sein, das sich mit der Namensnennung zeigt, nimmt einerseits erneut die Situation des ersten Interviews auf, macht andererseits aber auch sehr auf ihre Herkunft aufmerksam, die mit dem Namen verknüpft ist. Dies scheint aber bereits wieder zu viel gewesen zu sein, weshalb sich Weglaufimpulse direkt umsetzen. Der Bitte, sich erneut in den vorgegebenen Beziehungsraum des Settings zurückzugeben, kann sie aber leicht entsprechen.

Kritzal 2 (Die Patientin ergänzt den Kritzal): Bea macht aus dem Kritzal des Interviewers einen «hässlichen, einsamen König, der eine Prinzessin sucht». Schön-Sein ist für die Patientin wichtig, Arm-Sein macht sie traurig. Kürzlich sei der Vater der Mutter gestorben, was die Patientin zum Weinen gebracht habe. Auf die angesprochenen Verluste hin zeichnet die Patientin – gleichsam als Kompensation – eine Prinzessin für den König, die Bedauern mit ihm hat, und noch einen Prinzen (Zeichnungen 3 und 4). Auf die Frage, was die zusammen tun, weicht die Patientin massiv aus.



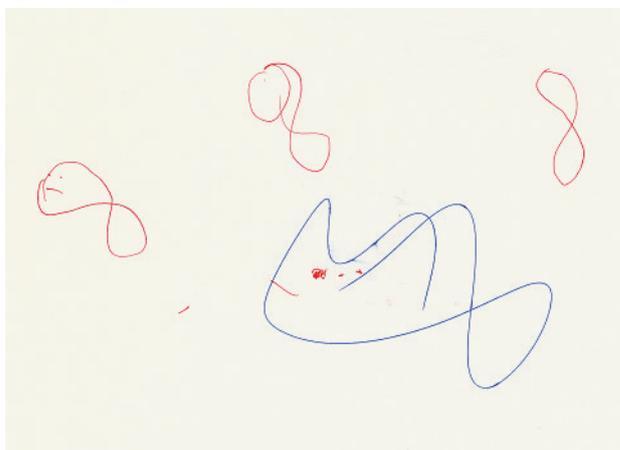
Aus dem von der Patientin komplettierten Kritzal entsteht ein Narrativ über eine zwischenmenschliche Beziehung. Die Suche wie auch die Hässlichkeit sind auf den männlichen Teil projiziert, das Gesucht-Werden auf den Weiblichen. Die Erinnerung an den Verlust des Grossvaters erweckt Gefühle der Traurigkeit. Bea liefert dem König die Prinzessin und der Prinzessin einen Prinzen. Damit haben die Dinge eine Ordnung, aber weitergehen soll die Fantasie nicht.

Kritzal 5 (die Patientin ergänzt): Ein Fisch, der horcht. Er sucht Papa und Mama.



Das Thema der Suche bildet sich erneut, nun aber präzisiert als Suche nach den Eltern.

Der Interviewer darf/soll noch einen Kritzel (6) machen: ein «Fisch mit Horn». Der Vater scheint gefunden worden zu sein. Er war vorher gefangen worden.



Die Bewegung der Suche schreitet fort vom Grossvater und den Eltern zum Vater. Ein Vaterhunger!

Kritzel 7 (Bea ergänzt selbst): Ein Mensch, dem man Haare machen muss, da er eine Glatze hat. Es sei A. (das Mädchen der Abteilung, von dem im ersten Interview bereits kurz die Rede war und das inzwischen die Abteilung verlassen hat). Bea flüstert den Namen dieses Mädchens dem Interviewer ins Ohr, schafft damit eine grosse Intimität und Nähe. Der Interviewer weist auf das Fehlende hin.

Jetzt erklärt Bea, sie möge nicht mehr weitermachen. Der Interviewer solle noch einen Kritzel anfertigen.



Es fehlen Teile des Körpers, die Haare. Das Thema des Verlustes umfasst jetzt eine gleichaltrige Mitpatientin. Bea sucht wieder, wie im ersten Interview, körperliche Nähe. Das Fehlende wird benannt, worauf Bea nicht mehr recht weitermachen mag.

Kritzel 8 (die Patientin ergänzt): Ein Geist, der durch die Häuser geht, durchsichtig ist, sich dem Interviewer auf den Schoss setzt, auch zur Patientin geht, die auf ihn losschlagen

würde, um ihn loszuwerden. Denn er könnte in sie hineingehen, was ihr Angst machen würde. Im Spital könnte man ihn hinausnehmen, da ihr nicht wohl wäre. Ob man Geister in der Therapie herausnehmen könne, weiss Bea nicht. Wenn sie die Abteilung verlassen werde, dann seien die Geister weg, dann sei sie los. Die Patientin kritzelt nun noch aggressiv und für sich selbst ein Strichgewirr (9), das als «Sterne» bezeichnet wird und worüber die Patientin nicht sprechen möchte. Sie versuchte, «verbunden» zu schreiben, und ist gekränkt, dass ihr dies nicht gelingt.



Das Dritte wird geisterhaft, unsichtbar, ist für beide Protagonisten aber nahe. Eine Angst, dieses Unsichtbare könnte in die Patientin hinein penetrieren, motiviert Bea, sich dagegen zu wehren zu versuchen, bis hin zum Gedanken, man müsste es zur Not medizinisch aus ihr entfernen. Eine Vorstellung über eine Eigenentwicklung in einer therapeutischen Zweierbeziehung hat Bea nicht, hingegen einen szenischen Wunsch, das gefährliche Unfassbare einfach durch geographische Distanzierung, d.h. ein Weggehen von der Abteilung, loswerden zu können.

Erneut ist die Spannung so gross geworden, dass Bea weder zu zeichnen noch zu sprechen vermag. Die «Verbindungen» wollen nicht mehr gelingen und sie erlebt diesen Funktionsverlust als sehr kränkend.

Nun erfolgt ein Szenenwechsel, da die Patientin jetzt unbedingt nur noch spielen möchte. Ein halbfertiges Playmobil-Haus wird ausgeräumt und über längere Zeit umzubauen versucht. Es gelingt nicht. «Es braucht ein Baby». Die Patientin kann in dieser Zeit den Interviewer nur als Zuschauer und Präsenz gebrauchen. Ein Ofen wird platziert, ein Telefon, WCs. Es entsteht aber bei allen Versuchen kein Innenraum. Die Patientin wird nun zunehmend zapplig. Schliesslich verlangt sie nach Hilfe. Es entsteht so ein angedeuteter Innenraum mit Mutter und Vater in Betten, den Grosseltern und einem Kind, d.h. einer verhältnismässig unversehrten Familie. Es kommt aus Zeitgründen nicht mehr zum Spiel, aber der Patientin ist es sehr wichtig, dass die gebildete Struktur unversehrt weggestellt werden kann. Sie will das Playmobil-Haus zuerst mitnehmen, akzeptiert dann aber, dass dies hier bleibt, es gehöre wohl auch noch andern Kindern. Auffällig ist die Schwierigkeit, konstruktiv zu sein, das Gegenüber angemessen zu «gebrauchen» und vor lauter Aufräum- und Ordnungsarbeit nicht zum Spielen zu kommen.

Da weder sprechen noch schreiben mehr möglich ist, bleibt wenigstens das Spiel. Aber auch dieses will nicht recht gelingen. Es brauche ein Baby, aber es will kein Innenraum entstehen. Die Spannung ist ausserordentlich hoch. Der Interviewer wird nicht mehr als ein gleichwertiges Gegenüber gebraucht, mit dem man in direkter Interaktion steht, sondern nur noch als Hilfe-Funktion. So gelingt es schliesslich, eine Familie mit einem Baby in einem ungefähren Innenraum zu gestalten. Es reicht vor lauter Aufräumen und Ordnen aber nicht mehr zum Spielen, Bea möchte alles mitnehmen, kann aber den Rahmen einhalten. Das Erschaffene soll aber möglichst unverändert erhalten bleiben.

Für die diagnostische und Resilienzbeurteilung relevante Befunde

Es lässt sich eine schwere emotionale Deprivation und frühe traumatisierende Bindungsstörung mit Enthemmung, hochgradig beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und deutlicher Schwäche der emotionalen Regulation sowie eine manische Abwehr konstatieren. Die realen primären Bezugspersonen erscheinen als unzuverlässig, die entsprechenden Repräsentanzen ebenso. Die Patientin hat grosse Angst, in der Selbsterkundung der Welt durch das Gegenüber gestört zu werden. Für viele Abläufe in ihrer Innenwelt hat sie keine geeigneten Worte (Geister). Sie befindet sich in einer Vorstufe zum Spielen. Die «Verwendung» des Gegenübers erfolgt nur sehr zögerlich. Ihre sexuelle Identität dürfte überhaupt nicht gefestigt sein.

Als Resilienzfaktoren der Patientin können ihre *hohe Fähigkeit zur Erhaltung von Kontinuität in Beziehungen* (die sie vielleicht gerade deswegen so stark ausgebildet hat, da sie so viel Diskontinuität erlebte) sowie die *grosse Neugierde* und eine (möglicherweise als Gegenbewegung zu einer oft erfahrenen Ablehnung entstandene) *fast unzerstörbare Vitalität* genannt werden. Ebenso gelingt es ihr anhand des Squiggle-Spiels, *Geschichten mit einem symbolischen Gehalt zu erzählen*, d.h. kleine Narrative zu bilden.

Unterstützung der Resilienzentwicklung

Die mehrtägige Hospitalisation im Alter von zweieinhalb Jahren und vor allem die *Langzeit-Unterbringung für über zwei Jahre auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung*, auf der pädagogisch-therapeutisch gearbeitet wurde, sowie die rund *sechs Jahre andauernde, psychoanalytische Psychotherapie* (eine Sitzung pro Woche), die während der Hospitalisation begann, förderten die Resilienzentwicklung von Bea.

Während der ganzen Zeit dieser Psychotherapie *hielt Bea das Setting stets ein*, stellte aber immer wieder Details der Abmachungen in Frage. Sie zeigte eine deutliche *Spaltung der primären Objektrepräsentanzen*. Ein *triebhaft-sehnsüchtiges Verhalten mit enormer Gier* stand lange Zeit über im Vordergrund des Verhaltens. Immer wieder kam es zu *starkem Agieren* während der Stunden sowie zu *aggressiv-destruktiven Durchbrüchen* und *regressiven Einbrüchen*. Zunehmend aber wurde *mehr Stabilisierung im emotionalen Bereich* erkennbar. Es konnte ein *virtueller Intermediärraum* zwischen Bea und

der Therapeutin aufgebaut werden. Bea entwickelte die *Fähigkeit, Besorgnis zu empfinden, allein sein zu können* und sich in *Rollenspielen* einzulassen. In der Übertragung stand vor allem die *Bearbeitung einer destruktiven, das Kind bedrohenden oder hilflos machenden Mutterrepräsentanz* im Vordergrund. Zunehmend aber gelang es Bea, die *gierigen Bemächtigungswünsche in Richtung Verzögerung und Entwicklung von Bitten und von Humor zu verändern*. Sie entwickelte parallel dazu eine *Fähigkeit zur Reflexion*. Die neu erworbenen Fähigkeiten zerbrachen anfänglich unter Belastung noch recht schnell, so dass *immer wieder Einbrüche im Selbstgefühl bis zu paranoiden Ängsten* zu beobachten waren. Dann aber ergab sich eine *deutlich erkennbare Stabilisierung*.

Die zunehmend intensiver werdende *Elternberatung, die parallel zur Einzeltherapie stattfand*, trug zur Resilienzentwicklung bei.

Verlauf

Von der kinderpsychiatrischen Abteilung aus wurde die Patientin schliesslich in ein *Kinderheim* verlegt, wo sie die externe Schule weiterbesuchen konnte. Es konnte eine *angemessene Entwicklung in der Voradoleszenz* konstatiert werden, nicht zuletzt dank einer *guten und intensiven Beziehung zu einer Erzieherin*.

Bea besuchte den Vater und die neue Familie der Mutter in dieser Zeit regelmässig. *Beide leiblichen Eltern wurden schliesslich individuell psychotherapeutisch betreut*. Trotz der weiterhin recht unübersichtlichen und konfliktuösen Situationen in der Familie der Mutter konnte sich Bea mit der Zeit dort recht gut integrieren.

Beurteilung der Resilienzentwicklung

Die Patientin konnte das Angebot pädagogischer (auf der kinderpsychiatrischen Abteilung, im Heim und mit dem Personal der Schule) und therapeutischer Beziehungen nutzen und ihre intrapsychischen Bindungs- und Beziehungs-Repräsentanzen durch die adäquateren Erfahrungen revidieren, was hilfreich war für ihre Selbst- und Identitätsentwicklung. Es gelang ihr, Selbststeuerungsprozesse im Umgang mit Affekten, Impulsen und Konflikten zu entwickeln.

Die Patientin, die Kontinuitätsunterbrüche in ihrer Entwicklung erfahren hatte, schaffte *Kontinuität in der Therapie*. Im therapeutischen Rahmen war es möglich, die aggressiv-destruktiven Bewegungen nicht nur anzunehmen und zu verstehen, sondern die Patientin erfahren zu lassen, dass die *Therapeutin ihre zerstörerischen Impulse überlebte* und sich *ausserhalb des Bereichs ihrer omnipotenten Kontrolle befand*. Ihre zunehmend bessere Fähigkeit zur Selbstreflexion erlaubte ihr mehr und mehr, *ihre psychische Realität und die ihrer Bezugspersonen angemessen wahrzunehmen*. *Intrapsychische Konfliktkonfigurationen konnten als Übertragungsphänomene zwischen Bea und der Therapeutin in Rollenspielen wiederholt, neuinszeniert und damit verändert werden*. Es handelt sich dabei um wiederkehrende *Versuche, günstigere Bewältigungsmöglichkeiten und Auswege, das heisst, geeignetere Konflikt- und Beziehungs-Lösungen*.

gen zu finden. Die die Rollenspiele begleitenden Narrative erlaubten *frische Sinn- und Bedeutungszuschreibungen* bezüglich der erfahrenen kritischen Lebensereignisse, welche die Kontinuität im Erleben unterbrochen hatten.

Psychisches Verarbeiten bedeutet, nicht nur die höchst vulnerablen Bereiche mental zu repräsentieren, sondern auch die damit verbundenen Affekte steuern zu lernen und intrapsychisches Geschehen von äusseren Ereignissen zu unterscheiden, Letzteres vor allem auch auf der emotionalen Ebene. Dieser Prozess kann nur schrittweise und in einer geschützten therapeutischen Beziehung erfolgen. Der Verarbeitungsprozess erlaubt, die mit der traumatischen Erfahrung verbundenen Erinnerungen verstehend in die gegenwärtige Persönlichkeitsstruktur zu integrieren.

Neben dem Aufbau pädagogischer und therapeutischer Beziehungen gelang es der Patientin, *bedeutsame Beziehungen mit ihren Geschwistern* (vor allem mit ihrer älteren Schwester) und *mit Gleichaltrigen* aufzubauen. Auch diese Beziehungen mögen zur *Steigerung der Resilienz* beigetragen haben.

Es ist anzunehmen, dass die erfolgreiche Bewältigung der Schulsituation, sowohl auf der sozialen als auch auf der Leistungsebene, die Resilienzentwicklung in hohem Masse gefördert und das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patientin gestärkt hat.

Schlussfolgerung

Durch die vielfältigen präventiven und therapeutischen Massnahmen wurde versucht, protektive Prozesse zu vermitteln, um die Risikogefährdung zu reduzieren. Die Interventionen fanden einerseits auf der individuell-intrapsychischen Ebene des Kindes (psychoanalytische Psychotherapie), andererseits in seinem Umfeld (pädagogische Intervention während der Hospitalisationen, psychotherapeutische Betreuung der Eltern) statt. Es ist zu hoffen, dass die Patientin in der Übergangsperiode der Adoleszenz ihre Resilienzentwicklung weiterhin fortführen kann.

Die Resilienzforschung zeigt eindeutig, dass die *Vulnerabilität* von Kindern und Jugendlichen, die *in belastenden Lebenssituationen aufwachsen oder kritischen Lebensereignissen ausgesetzt* sind, nicht zu psychopathologischen Entwicklungen führen muss, sondern *durch Vermitteln von frühzeitigen, protektiven und langandauernden Interventionen ausgeglichen werden kann*.

Literatur

- 1 Bürgin D, Steck B. Resilienz im Kindes- und Jugendalter. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:480–9.
- 2 Winnicott DW. Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler; 1973.