

## Abstinenz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

### Abstinence in child and adolescent psychotherapy

Clemens Karpf <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Traiskirchen, Österreich

#### ***Kurzzusammenfassung***

Die Abstinenz ist einer der wichtigsten Aspekte in der psychotherapeutischen Behandlung. In diesem Artikel liegt das Hauptaugenmerk auf der Psychotherapie Kinder und Jugendlicher, vor allem darauf, welche Rolle die Abstinenz in der Behandlung Minderjähriger spielt.

#### ***Abstract***

Abstinence is one of the most important aspects of psychotherapeutic treatment. In this article, the focus is on the psychotherapy of children and adolescents, especially on the role that abstinence plays in the treatment of minors.

#### Schlüsselwörter

Abstinenz, Kindertherapie, Jugendlichentherapie, Agieren

#### Keywords

abstinence, child therapy, adolescent therapy, acting

## 1 *Abstinenz*

Dieser wichtige Begriff der psychotherapeutischen Behandlung fasst schon früh Fuß in der Geschichte unserer Wissenschaft. Ernest Wolf verweist darauf, dass Sigmund Freud die Abstinenz noch auf eine strikte Art und Weise definierte:

„Freud macht deutlich, daß der Hunger und das Verlangen eines Klienten nach Liebe unter keinen Umständen befriedigt werden dürfe, daß die Behandlung unter Abstinenz und Entzug durchgeführt werden müsse, um zu verhindern, daß sie mit einer ‚Flucht in die Gesundheit‘ durch eine sogenannte Übertragungsheilung vorzeitig ende“ (Wolf, 2007, S. 2).

Von dieser orthodoxen psychotherapeutischen Haltung als „weiße Wand“, die Übertragungen zulässt, Gegenübertragungen aber nicht teilt, nur analytisch deutet, findet sich heutzutage wenig. Hierbei muss vermerkt werden, dass Paula Heimann 1950 die Bedeutung der Gegenübertragung entdeckte, aber weitere 50 Jahre vergingen, „bis die relationalen Bezüge von Patient und Therapeut spruchreif wurden“ (Heisterkamp, 2017, S. 19).

Stephen Mitchell hinterfragt den Abstinenzbegriff auch in seinem *Werk Bindung und Beziehung*: „Neutralität, Anonymität und Abstinenz sind im Wesentlichen negative Prinzipien – sie beschreiben alle, was man *nicht* tun soll: im Zweifel nichts antworten, nichts reden, nichts ausdrücken, nichts offenen. Wer schweigt und emotional an der Oberfläche bleibt, ist auf der sicheren Seite“ (Mitchell, 2003, S. 184). Aber nicht nur dieser Begründer der relationalen Psychoanalyse setzt sich mit der Sinnhaftigkeit der Abstinenz auseinander, sondern auch Individualpsycholog\*innen, wie mein Lehranalytiker Bernd Rieken. Dieser bringt strikte Abstinenz in der Psychotherapie mit der Abstinenz gegenüber Alkohol in Verbindung:

„Strikte Enthaltensamkeit kann ein Signal dafür sein, dass man Angst vor Trieb- und Affektansprüchen – sei es vor eigenen, sei es vor denen des Patienten – hat. Mäßiger Alkoholkonsum hingegen bereichert das Leben, und Wahrheitsliebe, die ‚jeden Schein und Trug ausschließt‘, ist der Beziehung zum Patienten förderlich, weil er sich ernst genommen und akzeptiert fühlt“ (Rieken, 2011, S. 213).

Ein Auftreten als Psychotherapeut\*in im strikten Sinne einer „weißen Wand“ hätte so verstanden eine Ähnlichkeit mit dem Abspielen eines vorgefertigten Manuals. Am Papier scheint es optimal: Mit Hilfe einer Technik, einer Struktur, die immer gleichbleibt, können wiederholt dieselben Ergebnisse eingefahren werden. Somit ist man als Psychotherapeut\*in austauschbar, die Behandlung kann von jedem anderen fortgesetzt werden, in naher Zukunft vielleicht sogar von einer künstlichen Intelligenz.

Damit würden wir uns als Psychotherapeut\*innen jedoch eigentlich einer unserer Stärken berauben, nämlich in die Interaktion mit Patient\*innen zu treten, oder genauer: in Beziehung zu treten. Das zugrundeliegende Interesse, anderen Menschen zuzuhören und ihnen in ihrem Leid zu begegnen, macht

uns zu guten Psychotherapeut\*innen. Witte verweist darauf, dass „die therapeutische Beziehung sich in den Outcome-Studien als der bedeutendste Wirkfaktor jeder Psychotherapie erwiesen hat“ (Witte, 2005, S. 390).

Günter Heisterkamp beschreibt die therapeutische Beziehung auch als „Mitbewegung“ im psychotherapeutischen Prozess: „Den zentralen Bezugspunkt analytischer Behandlung bilden die ganzheitlichen Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut, in denen jeder jeden bewegt und beide von der sich entwickelnden und umfassenden Erlebniseinheit bewegt werden“ (Heisterkamp, 2017, S. 7).

Die Abstinenz als sinnlos und veraltet zu charakterisieren, wäre jedoch auch ein Trugschluss. Ohne dieser Enthaltbarkeit würde keine therapeutische Beziehung entstehen. Es würde eine unreflektierte Interaktion entstehen, in der Wiederholungszwänge vergangener Beziehungsstrukturen der Patient\*innen, aber auch der Psychotherapeut\*innen, wieder auftauchen würden. Wo wäre dann das Heilsame? Wenn die Psychotherapie dieselben Muster hervorbeschwört und weiterführt, wie es der\*die Patient\*in im täglichen Leben erfährt, ohne sie reflektiert zu bearbeiten? Dass diese Muster in der Behandlung erscheinen, darf und soll auch sein, aber nur, um sie als Übertragungsphänomene zu behandeln und Klarheit aus dem Unbewussten und dem Verhalten gewinnen zu können. Die Abstinenz gilt hierbei vielmehr für die verantwortungsvolle Rolle der\*des Psychotherapeuten\*in, welcher diese Übertragungen im Sinne einer bewussten Gegenübertragungsmitteilung dem\*der Patienten\*in offenlegen kann.

Rieken schreibt über diese Mitteilung von Gegenübertragungsphänomenen und spricht von einem „Missverständnis zu glauben, man wolle sozusagen munter drauflos plaudern, sein Privatleben enthüllen und die Patienten an den eigenen Problemen teilhaben lassen“ (Rieken, 2011, S. 214). Wenn Psychotherapeut\*innen Gegenübertragungsgefühle teilen, möchten sie Patient\*innen auf etwas aufmerksam machen, was die Behandlung voranbringt und diese nicht einfach auf diese Weise aus ihrer Misere herausholt, sondern vielmehr bestärkt, einen selbstwirksamen Weg einzuschlagen. Heisterkamp bemerkt darüber Folgendes:

„Das eigentliche Therapeutikum liegt – allgemein gesprochen – in der Kompetenz des Therapeuten, so zu intervenieren, dass das Beziehungsmuster der Benötigung nicht fortgesetzt wird, sondern sich für den Patienten Anregungen ergeben, wie er aus seinem psychologischen Dilemma wieder herausfinden kann. Dabei eröffnet sich für den Patienten immanent ein Möglichkeits- und Anregungsraum für selbstschöpferische Wandlungserfahrungen“ (Heisterkamp, 2017, S. 17).

## 2 *Grundlagen der Abstinenz in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen*

Unzählige Kolleg\*innen meines Faches arbeiten wie ich mit Kindern und Jugendlichen nach dem Prinzip der „non-direktiven Spieltherapie“ nach Virginia Axline. Sie selbst beschreibt ihre Technik folgendermaßen:

„Therapie im nicht-direktiven Verfahren erlaubt dem Menschen, er selbst zu sein. Sie nimmt dieses Selbst vollkommen an, ohne Wertung und ohne einen Druck auszuüben. Sie erkennt und klärt die zum Ausdruck gebrachten Gefühle durch eine Rückspiegelung dessen, was der Klient ausgedrückt hat. Auf diese Weise wird dem hilfsbedürftigen Kind die Möglichkeit gegeben, sich kennenzulernen. Die Therapie weist ihm den Weg zu Veränderungen und zeigt ihm, wie er das ‚Kaleidoskop‘ neu einstellen kann, so daß er zu einer konstruktiveren Haltung seinem Leben gegenüber gelangt“ (Axline, 1947, S. 18).

Außerdem erwähnt Axline acht Grundprinzipien der non-direktiven Spieltherapie, wovon die ersten drei einen tieferen Einblick in die Beziehung zum\*zur Patient\*in gewähren:

„1. Der Therapeut muß eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt“ (Axline, 1947, S. 66).

„2. Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist“ (a.a.O.).

„3. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann“ (a.a.O.).

Wir wollen in unserem Beruf keine Beziehung zu unseren Patient\*innen aufbauen, die absolut symmetrisch ist. Wir wollen vielmehr einen Raum schaffen, in dem sich der\*die Patient\*in öffnen kann, ohne Angst davor zu haben, wie wir als Psychotherapeut\*innen damit umgehen könnten. Die Vorstellung beispielsweise, dass der\*die Patient\*in sich womöglich denken könnte: „Ich möchte meine\*n Psychotherapeut\*in nicht belasten“, soll, falls sie auftaucht, nur ein Übertragungspänomen sein, welches in der Behandlung bearbeitet werden kann. Keineswegs jedoch soll es in der Beziehung zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in zu Scham, Zurückhaltung oder dergleichen, zu unförderlichen Behandlungsbedingungen, kommen. Aufgrund dieser asymmetrischen Beziehungsstruktur ist es nicht einfach, einen Rahmen und Raum zu bieten, in dem genügend stabile Beziehungselemente vorhanden sind, sodass sich der\*die Patient\*in angenommen und wohlfühlt, um sich unbeirrt öffnen zu können.

Ein gewisses Maß an Authentizität muss also trotzdem vorhanden sein. Würde der\*die Therapeut\*in gefühllos und unberührbar dem Kind oder Jugendlichen gegenüber sitzen, würde dies der Behandlung nichts Gutes tun, da ein wichtiger Wirkfaktor, nämlich der einer wohlwollenden Beziehung, wegfallen würde. Es gilt also, eine „warme, freundliche Beziehung zum Kind“ zu etablieren, „daß das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann“ und der\*die Psychotherapeut\*in dem Kind

so begegnet „wie es ist“ (a.a.O.). Weder vollkommene Abstinenz ist gefragt, noch ist eine absolut reale Beziehung zu jungen Patient\*innen angebracht.

Im Vergleich zur Behandlung von Erwachsenen gibt es noch andere Herausforderungen. Zum einen können Kinder und manche Jugendliche ihre Problematik weniger verbalisieren, sie thematisieren diese eher in der Sprache des Spiels. Gegenübertragungsgefühle offenzulegen, muss folglich in angepasster „Sprache“ passieren, was für junge und unerfahrene Psychotherapeut\*innen in diesem Feld eine Herausforderung darstellt.

Eine weitere Besonderheit in der Behandlung Kinder und Jugendlicher ist, dass diese, im Vergleich zu Erwachsenen, meist noch nicht über eine gefestigte Persönlichkeitsstruktur verfügen, sondern sich vielmehr in der Entwicklung ihrer Identität befinden. Die jungen Patient\*innen brauchen daher nicht nur Struktur und Begleitung durch Psychotherapeut\*innen, sondern auch tendenziell mehr Raum zur Entfaltung und Autonomieentwicklung.

Ellen Lang-Langer beschreibt die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen anhand vier spezifischer Begriffe genauer:

„Jede Behandlung bewegt sich in einem Spannungsfeld von *Abstinenz* und *Agieren*. So wie *Spielraum und Rahmen* [...] sind auch Abstinenz und Agieren miteinander verwoben. Während Abstinenz eher dem Rahmen zugeordnet ist, ordnet sich Agieren dem Spielraum zu. Das eine ist die Kehrseite des anderen“ (Lang-Langer, 2014, S. 11).

Alle vier Elemente haben große Bedeutung, aber in diesem Artikel werde ich mich vor allem mit der Abstinenz und dem Agieren, in der Sprache von Lang-Langer auseinandersetzen:

„*Abstinenz*: Der Therapeut enthält sich. Er stellt dem Patienten einen Rahmen zur Darstellung seiner inneren Welt zur Verfügung, den dieser zur Übertragung nutzen kann, weil er so wenig als möglich durch die Person des Therapeuten verstellt ist. Der Therapeut vermeidet Agieren und Konkurrenz und orientiert sich am Rahmen. Die Abstinenz kann zum Versteck des Therapeuten hinter nicht integrierten Über-Ich-Gesetzen werden. Dann behindert sie das Spielen mit unbewusst andrängenden Gefühlen, das heißt den Spielraum, und wird zu einer Flucht in den Rahmen“ (Lang-Langer, 2014, S. 11).

„*Agieren*: Der Therapeut enthält sich nicht. Er wird unbewusst in die Szene des Patienten hineingezogen, agiert, sprengt möglicherweise den Rahmen. Agieren, zum Beispiel durch unbewusste Konkurrenz, kann zum Verlust von Spielraum führen. Häufig ist das Agieren des Therapeuten ein wichtiges Erkenntnisinstrument. Das Unbewusste des Therapeuten begreift dann etwas von dem Patienten, was andernfalls nicht zugänglich wäre. In den Fällen, in denen es dem Therapeuten gelingt, sein Agieren mit einem dritten Blick zu analysieren, wird es für die Behandlung fruchtbar. Das Agieren des Therapeuten steht in engem Zusammenhang mit dem einer Kinderbehandlung inhärenten Agieren seines Patienten. Agieren ist nicht Spielen.

Triebhafte Anteile, die nicht abgewehrt werden können, verschaffen sich szenischen Ausdruck. Die Integration dieser Anteile, die das Spiel gewährt, gelingt nicht“ (a.a.O.).

Ich kann ihr hierbei nur beipflichten, dass die Position als Behandler\*in in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders stark vom Spannungsfeld zwischen Abstinenz und Agieren geprägt ist. Um dieses Spannungsfeld genauer zu erläutern, werden nun zwei Fallbeispiele dargelegt, welche ein besseres Verständnis für die Besonderheit des Abstinenzbegriffs in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schaffen sollen:

### **2.1 Fallbeispiel 1: Hannibal**

Hannibal ist ein 13-jähriger Bursche, der seinen Vater nie kennen gelernt hat und dessen Beziehung zu seinem Stiefvater emotional distanziert ist. Zum Erstgespräch kommen die Eltern aufgrund von Hannibals Zwangshandlungen, die er in äußersten Stresssituationen zeigt. Jegliche Veränderungen, in seinem Zimmer beispielsweise, werden als bedrohlich erlebt und eskalieren mit explosiven Ausbrüchen seinerseits.

Dieser junge Bursche zeigt sich in fast allen Sitzungen äußerst „geladen“. Nahezu alle Therapiestunden, mit wenigen Ausnahmen, haben Spannungsabfuhr als Thema. Egal ob Schwertkampf, Abschießen oder im Computerspiel Fortnite, er sucht verschiedenste Medien, um sich seiner Spannung und Aggression zu entledigen. Am liebsten spielt er Abschießen.

In der 20. Sitzung passiert dabei etwas, was Hannibal oftmals in den darauffolgenden Sitzungen Revue passieren lässt. Er steigt unabsichtlich auf den Vorhang, und die Vorhangstangenhalterung bricht aus der Wand. Die schwere Vorhangstange war an drei Punkten an der Wand fixiert, die mittlere Fixierung löst sich, genau über Hannibal. Meine Reaktion ist spontan und absolut authentisch, und ich kann mich nicht zurückhalten: Ich erschrecke mich, dass womöglich die Stange auf Hannibal fallen würde und er sich so verletzen könnte. Hannibal sieht meinen Gesichtsausdruck und hört meine Worte, erschreckt beim Geräusch der ausbrechenden Halterung, amüsiert sich danach aber über Stunden hinweg köstlich über meinen Schrecken und die Tatsache, dass ich mich um ihn sorgte. Es amüsiert ihn so sehr, dass er hier und da, wenn er wieder daran denkt, einen langen Lachanfall hat.

Bevor ich die Bedeutung dieses Vorfalls genauer beschreibe, werde ich noch einen zweiten, sehr prägenden Vorfall in der Behandlung von Hannibal erzählen: Hannibal baut von Sitzung zu Sitzung immer mehr Spannungen ab, aber ab einem gewissen Zeitpunkt macht er das nicht nur durch körperliche Aktivitäten oder das Spielen am Computer, sondern auch mittels Provokationen mir gegenüber. Hieraus habe ich geschlossen, dass es sich um eine Vaterübertragung handeln könnte, und er auch in der Beziehung diesem gegenüber, stellvertretend durch mich, Aggressionen entladen wollte. Hinzu kommt, dass er sich in der Phase der Behandlung in der Pubertät befindet, und dies möglicherweise die Intensität seiner Intentionen erhöht hat. Hannibal erkennt früh, dass die Regeln unseres

Behandlungsrahmens fixiert sind (wir verletzen uns nicht, und wir zerstören auch nichts). Dennoch beginnt er eines Tages, Bälle gegen die Klimaanlage zu werfen. Nicht in voller Stärke, um sie zu beschädigen, aber stark genug, um mich zu provozieren, zu testen, ob ich Grenzen einhalte oder nicht. Er erkennt, dass die Beschädigung der Klimaanlage in mir mehr auslöst als bei einem Fenster, einem Bild oder dem PC. Er fordert mich auch in der Wahrung meiner Grenzen heraus, „dass wir in unserer Behandlung nichts mutwillig beschädigen“.

Dennoch muss ich erwähnen, dass ich mit so einer Grenzsetzung immer etwas warte, um Patient\*innen Raum zum Agieren zu lassen, um klar herauszufinden, was mir der\*die Patient\*in damit sagen möchte. Irgendwann unterlässt er es, aber er wechselt nur das Medium, um seine Provokation zu zeigen. In dieser Sitzung kommt es gegen Ende hin wieder zu einem Schwertkampf, der eigentlich schon mehr in einer Rangelei endet, wobei ich die Aggressivität und Gewalt Hannibals stark spüre. Ich versuche auch hier, dieses Mal schneller, eine Grenze zu ziehen, er reagiert jedoch auf kein „Stopp“ und auf keine Erinnerung an unsere „nicht verletzen“ Regel. Schließlich trifft er mich beim Auge, woraufhin ich mehr Kraft anwende, um ihn zu entwaffnen.

Lang-Langer beschreibt das Agieren der Kinder und Jugendlichen folgendermaßen: „Kurz, sie bringen den Analytiker und seine abstinenten Haltung während der Behandlungsstunden ständig in Bedrängnis, sie zwingen ihn auszusprechen, was er versagen muss, nein zu sagen, etwas abzulehnen, etwas zu verbieten, in manchen Fällen zum handgreiflichen Festhalten“ (Lang-Langer, 2014, S. 31). So war es auch bei Hannibal und mir, seine ständigen Versuche, mich aus der Reserve zu locken, forderten mich buchstäblich aus meiner Abstinenz heraus. Lang-Langer beschreibt diese Spannung zwischen Patient\*in und Psychotherapeut\*in folgendermaßen:

„Sie provozieren auf diese Weise seine Reaktion, sie wollen wissen, wer er ist. Sie wollen ihn aus dem Versteck seiner Abstinenz hervorlocken. Je mehr er sich versteckt, umso heftiger werden sie sich bemühen. Mit ihrem Agieren versuchen sie eine Beziehung herzustellen“ (a.a.O.).

Hier, wie auch bei der Vorhangstange, verlor ich meine Abstinenz, ich agierte. Absolut unbewusst und unkontrolliert stand ich als Clemens im Raum, und nicht als Herr Mag. Karpf. Ich war emotional präsent, berührbar, in Sorge um ihn, dass er sich verletzen könnte, und wütend auf seine Grenzüberschreitungen. Nach der Reflexion dieser Sitzung wurde mir klar, warum die Vorhangstangengeschichte für ihn so wesentlich war. Es fand eine Vaterübertragung statt, aber keine negative Vaterübertragung, wobei er seinen Vater durch Aggression mir gegenüber besiegen möchte. Es war eine positive Vaterübertragung auf mich, er hat seine Wünsche wie sein Vater sein könnte, auf mich übertragen und sich Beziehung gewünscht. Er freute sich stundenlang, dass ich mich um ihn sorgte, und er bat, wortwörtlich mit Händen und Füßen, dass ich Grenzen setze, und spürbar in den Raum trete. Er provozierte mich Sitzung für Sitzung und erhöhte den Einsatz, um mich wieder zu spüren. Er erkannte, dass die Klimaanlage nach der kaputten Vorhangstange der nächste Weg wäre, dass ich noch authentischer auftrete.



Eine wichtige Emotion tritt nach der Situation der Entwaffnung bei uns beiden auf: Scham. „In einigen Fällen wird er [der Therapeut, C. K.] zum Agieren verleitet, die Aggression, die Wut des Kindes bemächtigt sich seiner, vielleicht schreit er es unvermutet an. Unbewusste Triebkräfte reißen ihn mit und lösen im Nachhinein Scham aus“ (Lang-Langer, 2014, S. 31), bemerkt Lang-Langer hierzu. Auch Hannibal ist schamerfüllt, er verlässt den Raum, kommt nach fünf Minuten wieder und setzt sich still auf die Couch, wo ich noch einmal versuche, alles zusammenzufassen und zu klären. Ohne eine Verabschiedung geht er am Ende der Stunde. In der nächsten Sitzung ist das Schamgefühl noch spürbar, wenn auch nur minimal. Ich spreche das Thema sofort an, worüber er dankbar ist, wir entschuldigen uns beide, und die therapeutische Beziehung wird besser denn je: „Der Therapeut, der zum Gefäß der abgewehrten Gefühle seines Patienten wird, und diese überlebt, bietet sich im Behandlungsprozess als Objekt der Identifizierung an“ (ebd., S. 18).

Überlebt haben wir beide, ich erkannte, dass er einen Vater braucht, der emotional präsent ist, der ihm Grenzen bietet, und der als männliche Identifizierung dient. Ich war schlicht und einfach sein Psychotherapeut, nicht sein Vater. Diese Themen fanden Einzug in den nächsten Elterngesprächen, in denen der Stiefvater mehr auf seine Rolle als Vaterersatz sensibilisiert werden konnte.

## **2.2 Fallbeispiel 2: Konstantin**

Konstantin, 16 Jahre alt, kommt zu mir, ohne Psychotherapieerfahrung gemacht zu haben. Diagnostiziert mit Asperger-Syndrom, zeigt sich bereits in den ersten Sitzungen die Symptomatik in diesem Bereich. Kein Blickkontakt, pedantischer Sprachausdruck und vor allem große Schwierigkeiten, Emotionen adäquat ausdrücken zu können. Konstantins Sitzungen waren für mich als junger Kinder- und Jugendpsychotherapeut eine Herausforderung, denn das Konstrukt der Abstinenz war ihm absolut fremd. Sie wurde jede Sitzung durchbrochen. Lang-Langer schreibt hierzu:

„Die Abstinenz des Therapeuten ist für den Patienten wie ein Gesetz, das er nicht begreift. [...] Kinder mit einer neurotischen Struktur neigen dazu, den abstinenter Raum schnell zu akzeptieren, was man allerdings auch als eine Anpassungsleistung bezeichnen könnte. Kinder mit Entwicklungsstörungen kämpfen über weite Strecken gegen den Rahmen und die damit verbundene Abstinenz an“ (Lang-Langer, 2014, S. 31).

Wie zuvor beschrieben, lasse ich in den Behandlungen oftmals genügend Raum, um das Agieren der Patient\*innen gewährleisten zu können, sodass ich ihre Thematik noch klarer verstehen kann. Konstantin nimmt sich diesen Raum, und ich war mir lange im Unklaren, was er damit erreichen wollte. Es war mein erster Fall mit einer Entwicklungsstörung im Autismusbereich, also habe ich auch von ihm gelernt. Konstantin fragt mich zunächst über alles aus, wo ich wohne, woher ich komme, wo ich in die Schule ging, ob ich beim Bundesheer war, warum ich das Studium und diesen Beruf gewählt habe, ob



ich schon einmal mit einer Waffe geschossen habe, welche Fußballmannschaft ich unterstütze, usw. Er spielt zwar zu Beginn der Therapie während den Sitzungen Fortnite, aber mit großem Desinteresse, und er stellt mir weiterhin laufend Fragen. Ich habe erkannt, dass er noch einen Puffer zwischen uns gebraucht hat, weil der Du-Kontakt ihn sonst überfordert hätte.

Zu Beginn versuche ich mich ebenso an der Abstinenz regelrecht festzuhalten, ich will auch nicht wirklich etwas von mir preisgeben: „Abstinenz wird häufig zu einem Deckmantel für die Unsicherheit des Therapeuten, der Angst hat, Fehler zu machen, wenn er Intuition und Spontanität zulässt“ (ebd., S. 30). Es ist eine äußerst eigenartige Situation, in mir tritt oftmals Ärger darüber auf, dass der Junge sich so für mich interessiert und nichts von sich erzählt. Noch dazu tätigt er oft altkluge Aussagen, die ihm Sicherheit bieten und eher aus der Generation seiner Eltern zu kommen scheinen. Ich nehme an, dass er sich dadurch die Menschen besser erklären kann, dabei aber auch unglaublich viel pauschalisiert. Zum Beispiel: „Erzähl mal, wie du ausgezogen bist, war das erste Geschenk deiner Mutter eine Waschmaschine, richtig?“. Selbst wenn ich mich an bewährten Techniken wie der Spiegelung bediene, zum Beispiel frage: „Du interessierst dich also für meine Wohnsituation, wieso denn das?“, „Wie kommst du denn darauf?“, „Möchtest du vielleicht bald ausziehen?“, „Was glaubst du denn?“, geht er nicht darauf ein, beziehungsweise wechselt er zu einem anderen Thema. Ich spüre, dass der Bursche ein riesiges Interesse daran hat, wer ich bin, jedoch absolut nichts von sich selbst teilen will.

Dann dämmert mir, dass sein Verhalten mein Verhalten in der Sitzung widerspiegelt. Auch ich will nichts teilen, aber habe Interesse daran, wie er wirklich ist, nur dass ich weniger forsche und direkt frage. Was darauf folgt, ist eine Veränderung in meiner Behandlungsstrategie. Ich nehme an, dass der Bursche an mir eigentlich lernen möchte, wie man in Beziehung tritt, und eine männliche Identifikationsfigur braucht, die etwas von sich preisgibt, sodass auch er es schafft, etwas von sich zu teilen.

Also lockere ich meine Abstinenz, Lang-Langer würden sagen, ich zeige Spielraum, und erzähle ihm, dass ich vor meinem Studium beim Bundesheer meinen Präsenzdienst machte.

Konstantin interessiert sich nämlich unglaublich für das Bundesheer, er kennt alle Waffengattungen, Dienstgrade, Waffen und dergleichen. Auch hierbei erzählt er wieder eher aus der Generation seines Vaters oder Großvaters, auch mit Floskeln oder Pauschalisierungen. Er will unbedingt zu den Aufklärern nach Mistelbach. Mit dem Lockern meiner Enthaltung tritt Konstantin tatsächlich in Beziehung. Er fragt mich alles Mögliche, ist sehr auf mich bezogen, kann sich aber gleichzeitig selbst besser erklären. Hinter dem Interesse für das Bundesheer ist der Wunsch gestanden, ein „ganzer Mann“ zu sein, aber auch kameradschaftliche Freundschaft und Loyalität im Leben zu finden, Menschen, auf die er sich verlassen könne. Dies ist lange Zeit das Hauptthema in der Behandlung, er hat ein unglaubliches Bedürfnis in Beziehung zu treten, ist aber immer so beim Anderen, dass er sich selbst gar nicht spürt.

Er übt an mir in Beziehung zu treten und ist absolut hilflos und ohnmächtig ohne meinen Input, wie man dies schaffe. Oft frage ich mich, was mache ich eigentlich in dieser Psychotherapie, ist das überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung? Ich bin nicht abstinente, ich teile etwas aus meinem

Leben, natürlich nur unter der Voraussicht, dass es mit Konstantins Thema zu tun hat, ohne ihn zu sehr auf einen Weg zu leiten, den er eigentlich gar nicht wählen möchte. Aber dennoch, in Bezug auf den Rahmen und die Struktur, wie Psychotherapie funktioniert (beziehungsweise wie ich als junger Psychotherapeut angenommen habe, dass sie funktioniert), fühlt es sich so an, als ob ich mich davon entfernt hätte. Es erfordert unglaublich viel Geduld, nicht nur mit ihm, sondern auch mit mir – es fühlt sich falsch an, aber ich merke an dem fortschreitenden Prozess, wieviel besser es ihm geht, wie viel sicherer er in Beziehung treten kann. Er wagt nun sogar Blickkontakte, wenn auch nur kurzfristig. Gegen Ende der Psychotherapie erzählt er oftmals, mit welchen Freunden er essen oder ins Kino gehe, und auch über seine erste (leider unerfüllte) Liebe sprechen wir.

### 3 *Schlussfolgerung*

Die Fallbeispiele von Hannibal und Konstantin geben nur zwei Einblicke hinter die Kulissen eines jungen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Abstinenz ist ein Kernthema in jeder Psychotherapie, egal ob in der Arbeit mit Erwachsenen oder in der Behandlung Minderjähriger. Dennoch gilt es in der Psychotherapie junger Menschen einige Besonderheiten zu beachten, die sich von dem Umgang mit erwachsenen Patient\*innen unterscheiden. Auch diese versuchen zeitweise, die Abstinenz zu durchbrechen, persönlich finde ich die Bearbeitung dieses Themas dabei aber etwas einfacher als im Kinder- und Jugendbereich. Erwachsenen Patient\*innen kann man direkter eine Erklärung darlegen, warum man nach der Sitzung beispielsweise auf kein gemeinsames Bier gehen kann. Es reicht oft ein sprachlicher Ansatz, um die Abstinenz zu wahren und den dahinterliegenden Wunsch zu reflektieren, während Kinder und Jugendliche mehr Fingerspitzengefühl fordern.

Zunächst ist der Zugang zur Abstinenz sowohl in den verschiedenen Psychotherapiemethoden als auch in den persönlichen therapeutischen Zugängen sicher unterschiedlich konnotiert. Auch in der historischen Entwicklung des Begriffs lässt sich erkennen, dass es mehrere Zugänge und Auffassungen zum Thema Abstinenz gibt. Der Grundgedanke, die Abstinenz in der therapeutischen Behandlung als notwendig und unerlässlich für das Wohl der Patient\*innen zu betrachten, sowie Versuche von Seiten der Patient\*innen diese zu durchbrechen, zu hinterfragen und gemeinsam zu reflektieren, haben sie jedoch alle gemeinsam.

Dies gilt nicht nur für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen selbst, sondern umfasst auch die essenzielle Elternarbeit in der Behandlung Minderjähriger. Die klassische Frage, „Haben Sie auch Kinder?“ der Eltern an Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen bedeutet nicht, dass die fragende Mutter den\*die Psychotherapeuten\*in als Person kennenlernen will, und ob dieser\*diese – wie sie – auch Kinder habe. Sie bedeutet schlicht und einfach: „Kennen Sie sich aus?“ Hinter dem Testen der Abstinenz von Psychotherapeut\*innen steckt also immer ein Sinn und Zweck, es ist niemals der Wunsch, den\*die Psychotherapeut\*in als Person besser kennenzulernen. Während in der Arbeit

mit Erwachsenen oftmals die sprachliche Ebene ausreicht, um beispielsweise Gegenübertragungsmitteilungen zu machen oder einen therapeutischen Rahmen zu definieren, bedarf es in der Behandlung Kinder und Jugendlicher oftmals einen angepassten Zugang. Das bedeutet, abhängig vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes, einen spielerischen Ansatz wählen zu müssen oder sich stärker auf die Sprache eines Jugendlichen einzustellen.

Generell kann behauptet werden, dass Kinder und Jugendliche mehr Authentizität einfordern, es ist eine andere Intensität und Offenheit in der Beziehungsarbeit nötig, um das Vertrauen und das Einlassen des Kindes auf den Psychotherapieprozess zu ermöglichen. Zudem entscheiden junge Patient\*innen oft nicht selbst, eine Psychotherapie zu beginnen, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung noch einmal erschweren kann. Um diese, für den Behandlungserfolg notwendige therapeutische Beziehung zu schaffen, ist es in der Behandlung Kinder und Jugendlicher demnach manchmal nötig, die therapeutische Abstinenz zu lockern.

An meinen Fallbeispielen, speziell bei Konstantin, ist dies deutlich erkennbar. Ich habe ihm erzählt, dass ich beim Bundesheer, genauer bei einer Panzerkompanie, meinen Präsenzdienst abgeleistet habe. Dies hat wahrscheinlich dieselbe Beziehungsebene eröffnet wie jene, in deren Rahmen mein Lehranalytiker mir einmal erzählte, dass er (wie ich) auch aus einer Bauernfamilie kam. Ich habe zwar bewusst kurzzeitig meine Abstinenz aufgehoben, bin aber darauf bedacht gewesen, in welchem Ausmaß ich es getan habe. Konstantin hat sich in seinem Thema begegnet gefühlt, und die therapeutische Beziehung wurde verbessert. In meiner Lehranalyse war es dasselbe gewesen, ich fühlte mich von einem Professor einer Privatuniversität, was ich nicht erwartete, in meiner Problematik verstanden.

Der bevorzugte Behandlungszugang bei Kindern und Jugendlichen bleibt jedoch der non-direktive, zudem wäre es ein unbewusstes Agieren meinerseits gewesen, eine persönliche Sichtweise darzulegen. Darum habe ich mich auch dazu entschieden, meine persönliche Meinung zum Präsenzdienst und einer längeren Verpflichtung beim Militär dem jungen Patienten nicht mitzuteilen. Günter Heisterkamp schreibt hierüber:

„Was immer ein Therapeut tut oder lässt, es findet seine Bedeutung im sich darüber konstituierenden Wirkungsgefüge mit dem Patienten. Wenn sein Tun und Lassen eine Form wechselseitiger *Benötigung* bewirkt, sind wir gewohnt, von mangelnder Abstinenz zu sprechen, wobei der Therapeut den Patienten zur Selbstsicherung gebraucht und/oder sich in diesem Sinne von ihm gebrauchen lässt. Sein Tun und Lassen wird als abstinent angesehen, wenn er es in den Dienst des Therapieprozesses stellt und den Patienten dabei unterstützt, sich aus seiner notgeborenen Selbstbehinderung zu befreien“ (Heisterkamp, 2017, S. 29).

Wenn man dieses Zitat von Heisterkamp auf die Abstinenz oder Nicht-Abstinenz bei Konstantin überträgt, gehe ich davon aus, dass ich in diesem Verständnis abstinent geblieben bin, weil ich, trotz der Mitteilung, wo ich meinen Präsenzdienst versehen hatte, meine Aktion als Dienst am Therapieprozess eingesetzt habe, um den Patienten in der Suche nach der Lösung seines Problems zu unterstützen.

Jeder\*jede Psychotherapeut\*in muss sich der Verantwortung bewusst sein, die es mit sich bringt, die Abstinenz in bestimmten Situationen zu lockern. Konstantin hat mir diese Fragen gestellt, um in Beziehung treten und zu ermitteln, ob er mit mir darüber sprechen kann. Das Bewusstsein über diese Tatsache hat mir in diesem Fall ermöglicht, die Abstinenz gezielt zu lockern und so im Sinne des Patienten zu handeln. Um es mit Heisterkamps Worten auszudrücken, habe ich mich „mitbewegt“. Hätte ich strikte Abstinenz eingehalten und nichts preisgegeben, hätte sich das Wirkungsgefüge, die therapeutische Beziehung, nicht gebildet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist der jeweilige Entwicklungsstand. Kinder und Jugendliche befinden sich im Gegensatz zu Erwachsenen in der Lebensphase der Autonomieentwicklung und Identitätsbildung. Das prozesshafte Bilden eines autonomen Ichs wird in dieser Zeit besonders durch „Probeidentifizieren“ mit anderen Personen geprägt. Anteile, die als brauchbarer eingestuft werden, werden integriert negativ assoziierte werden abgelehnt. Der\*die Psychotherapeut\*in dient hierbei als Hilfs-Ich, um ebendiese Identitätsbildung besser zu ermöglichen. Umso wichtiger ist es in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, flexibel in der eigenen Kontroverse über Agieren oder Abstinenz zu sein, mehr Spielraum zu schaffen und möglicherweise ein wenig mehr preiszugeben.

Doch auch hier ist wieder zu betonen, dass dies immer nur der Entwicklung der Patient\*innen dienen soll und von den Psychotherapeut\*innen sehr gezielt und mit Bedacht eingesetzt werden muss.

Zusammenfassend lassen sich zwei wesentliche Aspekte aus dem Themenbereich der Abstinenz hervorheben. Zum einen, wie im Fall von Hannibal ersichtlich, ist es das unbewusste und unbeabsichtigte Agieren des\*der Psychotherapeut\*in, das die Abstinenz vorübergehend brechen kann, was – sofern nachträglich reflektiert – konstruktiv für die weitere Behandlung genutzt werden kann. Zum anderen ist in manchen Situationen das bewusste Lockern der therapeutischen Abstinenz, wie im Fall von Konstantin gezeigt worden ist, essenziell, um eine Beziehung und somit eine vertrauensvolle Basis zu schaffen.

Es lässt sich also sagen, dass viel Fingerspitzengefühl erforderlich ist, um zu erkennen, was der junge Mensch in der Psychotherapie gerade braucht. Zudem ist ein hohes Maß an Flexibilität essenziell, um einerseits das empathische Mitbewegen zu ermöglichen, welches das gezielte Aussetzen der Abstinenz manchmal notwendig macht, aber auch, um einen Rahmen halten und zum Wohl der Patient\*innen abstinent bleiben zu können. Diese Erkenntnisse lassen sich auch im abschließenden Zitat von Lang-Langer wiederfinden:

„Die Aufrechterhaltung des Rahmens in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen setzt [...], eine flexible innere Haltung des Therapeuten voraus. Die Gratwanderung zwischen Abstinenz und Agieren prägt jede einzelne Behandlung. Hierbei ist der

Therapeut ganz auf seine Intuition und seinen inneren Spielraum angewiesen. Manchmal gelingt es, über die Analyse des eigenen Agierens etwas zu begreifen, was sonst unverstanden bliebe. Es kann insofern für die Entwicklung des Patienten förderlicher sein, Fehler zu machen, als sich zu verstecken. Worum es letztlich geht, ist der Versuch, mit dem Patienten in Beziehung zu treten und diese zu halten“ (Lang-Langer, 2014, S. 37).

### *Literatur*

Axline, Virginia (1947/2016). *Kinder-Spieltherapie im nicht direktiven Verfahren*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Heisterkamp, Günter (2017). Von der Kooperation zur Mit-Bewegung. *Zeitschr. f. freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie (ZfPFI)* 2, S. 1–34. DOI 10.15136/2017.4.2.1-34. Abgerufen am 10.9.2024. Verfügbar unter <https://journals.sfu.ac.at/index.php/zfpfi/article/view/158/182>

Lang-Langer, Ellen (2014). *Spielraum und Rahmen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mitchell, Stephen (2003). *Bindung und Beziehung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rieken, Bernd (2011). Die therapeutische Beziehung. In Rieken, Bernd, Sindelar, Brigitte, Stephenson, Thomas (Hg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis* (S. 203–219). Wien: Springer Verlag.

Witte, Karl-Heinz (2005). Zur Diskussion über die Offenlegung von Gegenübertragungsgefühlen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 30, S. 389–392.

Wolf, Ernest S. (2007). Abstinenz. In Stumm, Gerhard, Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 2). Wien: Springer Verlag.

### *Autor*

Mag. Clemens Karpf

Hauptplatz 17/C2/15

2514 Traiskirchen

Telefon: 067761853390

E-Mail: [praxis@psychotherapie-karpf.at](mailto:praxis@psychotherapie-karpf.at)

**Clemens Karpf**, geb. 1990, eingetragener Psychotherapeut (Individualpsychologie) in freier Praxis und zertifiziert als Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapeut