

Psychogene Aspekte der Depression bei Kindern¹

Zusammenfassung

Depression hat bei Kindern und Jugendlichen ein anderes Erscheinungsbild als bei Erwachsenen. Ausgehend von einem kurzen Abriss der psychoanalytischen Depressionsforschung werden die Phänomene der Depression bei Kindern und Jugendlichen angezeigt. Anhand einer Kausistik werden die verschiedenen Aspekte herausgearbeitet, die auf der psychogenen Seite bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes mitverantwortlich sind: Verlusterleben, orale Fixierung, narzisstische Verwundung, Aggressivität, symbiotische Objektbeziehungen. Der Schweregrad der Erkrankung und damit auch das Erscheinungsbild werden geprägt vom Reifegrad des Ich und seinen Objektbeziehungen zur Zeit der Traumatisierung. Abschließend werden behandlungstechnische Probleme diskutiert.

Depression with children and adolescents has an appearance that differs from that with adults. Starting with a brief summary of psychoanalytic research on depression, the phenomena of depression with children and adolescents are characterized. Centering on a case study, various aspects of depression are worked out that are psychogenically responsible for the genesis of depression symptoms: the experience of loss, oral fixation, narcissistic trauma, aggressivity, symbiotic object relations. The degree of severity and its respective symptomatic depend on the degree of ego maturity and object relations at the time of the trauma. The latter part discusses technical problems of therapy.

1 Einleitung

Ulrike war 11 Jahre alt, als die Behandlung begann. Sie war altersentsprechend groß, schmal und hatte ein hübsches Gesicht, das von dunkelbraunen Locken eingerahmt war. Sie wirkte gehemmt und verlegen, und sie hatte eine verspannte, manchmal bizarr wirkende Motorik, wenn sie z. B. mit den Armen und Händen rang oder zwanghaft Haarsträhnen drehte und sich diese durch den Mund zog. Ihre Mimik war ernst, fast starr, und wenn sie angesprochen wurde, legte sie ein hilfloses Lächeln auf ihr Gesicht. Sie sprach kaum und wenn, dann mit einem seltsamen Singsang in der Stimme. Von Beginn ihres Lebens an hatte sie auffälliges Verhalten gezeigt: sie litt als Kleinkind an heftigem nächtlichen Schreien mit Ein- und Durchschlafstörungen,

¹Überarbeitete Fassung eines Vortrages im Rahmen einer öffentlichen Vorlesungsreihe "Schwermut" im Wintersemester 1984/85 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik, Essen. Veröffentlicht in Kind und Umwelt. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Heft 64 (1989), 1-18.

sie nässte nachts ein, sie litt an Schlafwandeln, was z. T. lebensbedrohliche Situationen verursacht und bei ihrer Mutter die Angst ausgelöst hatte, daß sie schizophren würde. Sie hatte keine Kontakte zu anderen Kindern, sondern klammerte sich an die Mutter, litt an einer schweren Lern- und Arbeitsstörung und knabberte an den Fingernägeln. Sie hatte ein suchtartiges Bedürfnis nach Süßigkeiten. Der Anlaß für ihre psychoanalytische Behandlung war schließlich, daß sie Zwangsbefürchtungen entwickelt hatte, die Mutter mit einem Messer oder mit einem Skistock zu erstechen. Sie mußte daher die Küche meiden und konnte nicht mehr skilaulen. Ihr selbst kamen diese Zwangsbefürchtungen verrückt vor, weil sie doch ihre Mutter so lieb habe.

Der psychoanalytischen Behandlung waren mehrere therapeutische Aktivitäten vorausgegangen: als Zweijährige verbrachte sie mehrere Wochen auf der psychosomatischen Abteilung einer Kinderklinik wegen des Pavor nocturnus. Während der Grundschulzeit bekam sie wegen ihrer schweren Rechenschwäche eine Trainingsbehandlung und verbrachte zwei Jahre in einem sozialtherapeutischen Tagesheim; außerdem fand eine Familientherapie statt.

Bei der Vorstellung der Symptomatik dieser Patientin stellte sich die Frage nach der Diagnostik: Um was für ein Krankheitsbild handelt es sich, ist es eine Depression oder würde man diese Störung nicht genauer als Phobie oder als eine beginnende Zwangneurose einordnen? Die diagnostische Einschätzung dieses Falles ist unmittelbar mit der Frage der Definition einer depressiven Erkrankung verknüpft. Diese Frage - also die inhaltliche Bestimmung dieses Krankheitsbildes - soll an den Schluß dieser Ausführungen gestellt werden.

Eine Vorbemerkung erscheint wichtig: Die Depression bei Kindern ist ein - und hier sei ein von G. Nissen (1971) geprägter Begriff gebraucht - multifaktorielles Krankheitsbild. Die vorliegenden Überlegungen zur Psychogenese sind als die Beschäftigung mit einem Faktor dieses Krankheitsbildes zu sehen, andere Faktoren wären der genetische, der körperliche und der soziale.

2 Depression in psychoanalytischer Sicht

Der theoretische Bezugsrahmen ist die psychoanalytische Krankheitslehre, die im Sinne eines Konstrukts als Erklärungsmodell gebraucht wird. Es wird sich zeigen, wieweit es Möglichkeiten bietet - hier liegt das Hauptinteresse dieser Arbeit -, Erkenntnisse für den therapeutischen Umgang mit depressiven Kindern zu gewinnen.

Zur Einführung in den theoretischen Bezugsrahmen sei ein kurzer Überblick über die psychoanalytische Depressionsforschung gegeben: Fast von Anfang an hat man sich innerhalb der Psychoanalyse mit dem Phänomen der Depression auseinandergesetzt. Entsprechend der historischen Entwicklung der psychoanalytischen Theorie, die zunächst eine Triebpsychologie war und dann durch die Ichpsychologie, die Objektbeziehungstheorie und die Selbstpsychologie ergänzt wurde, ist auch die Depressionsforschung mit den entsprechenden Akzentsetzungen erfolgt: Im Rahmen des Triebkonzeptes hielten S. Freud und K. Abraham für wesentlich, daß eine

Fixierung auf der oralen Stufe der Libidoentwicklung - hervorgerufen durch übermäßige Versagungen oder übermäßige Verwöhnungen - zur Depression prädisponiere. Als krankheitsauslösend betrachten sie den Verlust des Liebesobjekts. Die Aggression richtet sich nicht gegen das verlorene Objekt, sondern ein überstrenghes Gewissen straft das wertlos empfundene Ich. Die Ichpsychologie hob als Kern der depressiven Reaktion ein herabgesetztes Selbstwertgefühl heraus und erklärte sie als einen affektiven Zustand des Ich, analog der Angst.

Wichtige Anstöße für die theoretische Durchdringung des Problems sind seitens der Forscher gekommen, die sich mit den entwicklungsbedingten Voraussetzungen im Menschen befassen, überhaupt depressiv reagieren zu können. Sie gehen wie M. Klein und D. Winnicott von Kinderbehandlungen oder wie M. Mahler oder R. Spitz von Kinderbeobachtungen aus. M. Klein hat die Bedeutung der sog. "depressiven Position" als einer normalen Entwicklungsstufe jeden Kindes in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres herausgearbeitet. Bei positivem Ausgang dieser Entwicklungsstufe kommt es zu einer inneren Loslösung vom Symbioseobjekt mit beginnender Individuation. Das Kind wird sich seiner Ambivalenz dem Objekt gegenüber bewußt und erwirbt u. a. die Fähigkeit zu "concern" (Rücksichtnahme, Sorge), bei ungünstigem Ausgang jedoch die Prädispositionen zur Depression. Nach den Ergebnissen von R. Spitz haben die schwer deprivierten Kinder diese Fähigkeit nicht erreicht. Sie sind so schwer kontaktgestört, daß ihnen die notwendigen Voraussetzungen fehlen, sich überhaupt auf die Bedürfnisse anderer Menschen einstellen zu können.

Nach dem heutigen Forschungsstand gehören Depressionszustände in unmittelbarem Zusammenhang mit Verlusterleben, erworben durch Wegzug oder Tod wichtiger Bezugspersonen oder durch übermäßige Frustration, Enttäuschung oder Kränkung. Ein gutes mütterliches Objekt konnte nicht verinnerlicht werden, und daher fehlt dem Depressiven die Fähigkeit zur Selbstbestätigung, die ein positives, aktives Lebensgefühl fördert. Er hat sich aus der symbiotischen Objektbeziehung nicht lösen können, und die sie wiederholenden Verluste des Symbioseobjektes, z. B. durch Zurückweisung, durch Frustration im weitesten Sinne, bewirken innere Leere und Entwertung. Wut und Haß richten sich gegen das Selbst und es kann zu gefährlichen selbstzerstörerischen Angriffen kommen. Unter zusätzlichen Druck gerät der Depressive durch ein entsprechend seiner gestörten Persönlichkeitsentwicklung rigide Gewissensinstanz und ein unreif überhöhtes Ich-Ideal. Deren strengen Forderungen kann er nicht nachkommen, sondern er verurteilt sich selbst und versinkt in Untätigkeit.

Diese theoretischen Erkenntnisse beziehen sich auf erwachsene Patienten. W. Joffe und J. Sandler stellen in ihrer 1965 erschienenen Arbeit "On Childhood Depression" fest, daß anerkannte Kriterien für diagnostische Kategorien fehlen, die das Verhalten oder die Psychodynamik von Depressionen im Kindesalter erfassen. Sie weisen darauf hin, daß häufig Anzeichen einer Depression beschrieben werden, die sich nach einer Formulierung von J. M. Toola (1962) "Depressions-Äquivalente" nennen.

3 Phänomene der Depression bei Kindern

Inzwischen liegen aus dem Bereich kinderpsychiatrischer Literatur Ergebnisse vor, die diese Lücke geschlossen haben (F. Specht 1982). Es soll versucht werden, die kindlichen Ausprägungen der Depression im Gegenüber zu den bekannten erwachsenen Erscheinungsformen auf dem Hintergrund kinderpsychiatrischer Arbeiten zu charakterisieren. Das Erscheinungsbild beim Kind hat meist wenig mit dem ursprünglichen Sinn des lateinischen Wortes *deprimere* = herabdrücken, herunterpressen zu tun. Entsprechend der kindlichen Neigung, sich unangenehmer Spannungszustände oder Konfliktsituationen durch Externalisierung zu entledigen, trägt es seine Spannungen mit den Beziehungspersonen in seiner Umgebung aus und nicht wie ein Erwachsener mit sich selbst in seinem Inneren. Ein Kind kann innere Zustände schwer wahrnehmen und beschreiben, daher muß es zu anderen Erscheinungsbildern als bei Erwachsenen führen, die über ihren Zustand klagen können und sich auf diese Weise Erleichterung verschaffen.

Ähnlich wie bei Erwachsenen ist bei depressiven Kindern die allgemeine Stimmung herabgesetzt; sie sind unzufrieden und gereizt, der mimische Ausdruck ist verändert und sie zeigen Versagensängste ohne verstehbare Gründe. Häufig lassen Aktivitäten nach, das Kind äußert Langeweile, seine Kontakte sind eingeschränkt und seine Handlungen verlangsamt. Nicht selten kommt es zu einer Veränderung vegetativer Körperfunktionen beim Schlaf- und Eßverhalten bis hin zu suchartigem Fressen, es gibt Blutdruckschwankungen und Schweißausbrüche und in schweren Fällen auch Entfremdungsvorstellungen. Suizidales Verhalten ist häufig der Endpunkt einer depressiven Entwicklung, verbunden mit der Vorstellung, auf diese Weise Ängsten und Verzweiflung ein Ende zu machen. H. Henseler hat auf den Aspekt hingewiesen, durch den Suizid die Verletzung des Selbstgefühls aufzuheben und der Umwelt die eigene Verzweiflung begreifbar zu machen.

Spezifisch für die kindliche Depression ist die phobische Verarbeitung. Ängstigende Situationen werden vermieden, und die Kinder klammern sich verstärkt an ihre Bezugspersonen an. Ebenso typisch ist die zwangsneurotische Verarbeitung, bei der aggressive Impulse mit Hilfe von Zwangshandlungen kanalisiert werden. Beides macht eine Abgrenzung zu übertragungsneurotischer Entwicklung schwierig.

Für die beginnende Adoleszenz ist die anorektische Verarbeitung typisch. Sie kann ebenso wie auch bulimisches Verhalten ein Versuch sein, mit Diät, Fasten oder Fressen das innerpsychische Gleichgewicht wieder herzustellen und schuldhaft erlebte Bedürfnisse zu reduzieren.

Die Erscheinungsform, in der sich depressive Kinder am stärksten von depressiven Erwachsenen unterscheiden, scheint die aggressive Verarbeitung zu sein, die sich häufig gegen die Mütter richtet, die für die unerklärlichen Mißempfindungen verantwortlich gemacht werden. Die Kinder schwanken ihnen gegenüber zwischen Gefühlen hilfloser Anklammerung und ohnmächtiger Wut. So klagte z. B. die Mutter von Ulrike darüber, daß diese ständig heftige Auseinandersetzungen provozierte. Sie hätte nicht den Eindruck, daß es dabei um eine bestimmte Sache ginge, sondern sie habe eher das Gefühl, daß Ulrike an ihr herumzerren wolle.

4 Kasuistik

Anhand des einleitenden Beispiels soll anhand kasuistischen Materials aus der Lebensgeschichte und der Behandlung die Frage nach den psychogenen Aspekten einer Depression bei Kindern erörtert werden. Der Vater litt an einer schweren Depression, mußte teilweise stationär behandelt werden und suizidierte sich, als Ulrike 1/2 Jahre alt war. Auch die Großmutter war durch Suizid gestorben. Ulrikes Mutter reagierte auf den Tod des Vaters mit schwerer jahrelang andauernder Depression. In der Beziehung zur Mutter und zur zwei Jahre älteren Schwester schwankte Ulrike zwischen trotzig aggressivem Verhalten und hilfloser, kleinkindhafter Anklammerung. Die Beziehung der Mutter zu ihren beiden Töchtern war sehr unterschiedlich: die Schwester war in jeder Hinsicht vollkommen und wurde von der Mutter idealisiert, Ulrike war dagegen ein Problemkind und es schien, als projiziere die Mutter laufend negative Aspekte ihres eigenen Selbst auf die jüngere Tochter.

In den ersten Behandlungswochen war Ulrikes Verhalten immer gleich: sie setzte sich an einen bestimmten Platz, lächelte hilfesuchend, wirkte körperlich verspannt und sprach oder tat nichts. Es ging von ihr der heftige Anspruch aus, die Therapeutin solle etwas für sie tun. Allmählich wurde deutlich, was sie so reglos machte: "Du guckst mich immer so streng an und du würdest sagen, was machst du denn eigentlich da". Mittels der Abwehr der projektiven Identifikation verlegte sie ihr strenges Über-Ich in die Therapeutin. Nach und nach zeigten sich die hinter ihrer Hilflosigkeit verborgenen Größenvorstellungen, als sie nämlich mit einer Kuh-Handpuppe zu spielen begann, mit der sie sich über mehr als ein Jahr lang identifizierte. Die Kuh war die Größte, Schönste und Beste, sie war eigentlich eine Prinzessin, herrschte über alle anderen Tiere im Spielzimmer und ließ sich von mir bewundern. In der Übertragung war die Therapeutin eine doofe Kuh, eine Schweinekuh, zu nichts nütze, saudumm, und sie ließ Mord- und Folterphantasien an ihr aus. Sie berichtete von ängstigenden Phantasien, von Monstergestalten und Leichen unter ihrem Bett, die sie nachts starr und eiskalt werden ließen. Ein einigermaßen erträgliches inneres Gleichgewicht konnte sie erreichen, wenn sie alle Vorstellungen aus ihrem Kopf verbannte: "Dann ist alles schwarz in meinem Kopf und dann denke ich nur noch, schwarz, schwarz, schwarz."

Mit fortschreitender Behandlung erlebte es die Kuh als schmerzlich, in einer Familie zu leben, in der sie nicht beachtet wurde, in der es alle besser hatten als sie. Über längere Zeit spielte sie eine Familie, in der die Mutter eines ihrer beiden Kinder dem anderen vorzog. Sie sagte: "Ach die, um die braucht sich doch keiner zu kümmern. Die hab ich doch nur auf der Straße gefunden, die hat schon eine Hornhaut auf der Nase, so hab ich die geschlagen." Auf meine Frage, ob diese Spiele etwas mit ihrer Familiensituation zu tun haben könnten, erwiderte sie, daß sie manchmal dächte, ihre Schwester habe es besser als sie. Die Kuh, mit der sie sich seit Beginn der Therapie identifiziert hatte, war

inzwischen verändert: ihr war nämlich ein langer Zahn gewachsen, und sie sagte: "Wenn ich wirklich etwas will, dann beiße ich mich so richtig daran fest."

Wie ein roter Faden zog sich das Thema der oralen Fixierung durch ihre Phantasiespiele: Essen als Strafe, Essen als Quälerei, Essen als Belohnung. Unter starkem Schuldgefühlsdruck sprach sie schließlich von ihrer Süßigkeitensucht, die sie einmal sogar zum Automatenbruch getrieben hatte. Der innere Kampf um diese Sucht war so stark, daß sie mit einer schweren Stoffwechselstörung reagierte, die einen Klinikaufenthalt erforderlich machte. Von da ab konnte sie etwa ein halbes Jahr lang nichts Süßes mehr vertragen, ihr Körper reagierte darauf mit schweren Koliken - ein fühlbar strafendes grausames Über-Ich.

Die Patientin litt häufig an quälenden schauerlichen Träumen. Einmal sah sie sich im Traum in einem Garten stehen und sollte gezwungen werden, in einen Teich zu steigen, in dem sie Teile einer zerstückelten Leiche schwimmen sah. Das Wasser war vom Blut rot gefärbt.

Sie setzte sich anhand dieses Traumes mit dem Tod des Vaters auseinander und empfand Wut, von ihm allein gelassen worden zu sein. "Andere Kinder haben einen Vater, meine Schwester hat ihn viel länger gehabt als ich, die kann sich noch an ihn erinnern." Sie brachte Bilder von ihm mit in die Therapiestunde und erlebte ihre Sehnsucht und Trauer. Die Mutter hatte ihr bisher nicht die näheren Umstände seines Todes mitgeteilt aus Angst, sie damit zu erschrecken. Die Wiederbelebung des Traumas in der Therapie, die Trauer über den Verlust und die Aufklärung der wirklichen Umstände des Todes bewirkten das Ende dieser quälenden Träume.

Nach ungefähr zwei Jahren Therapiedauer hatte Ulrike folgenden Traum: die Mutter sagte zu ihr: "Ich brauche zwei Pariser". Damit nahm die Therapie eine Wende zur Bearbeitung des eigentlichen Traumas des Objektverlustes, in dem die Depression ihre Ursache hatte. Auf dem Weg über Träume und Assoziationen arbeitete sie sich an das traumatische Erlebnis heran, das sie mit 4 1/2 Jahren hatte: sie wacht nachts auf, hat Angst und will zu ihrer Mutter. Sie sieht diese nackt mit ihrem Freund beim Coitus auf dem Sofa liegen. Dieses Erlebnis hielt sie selbst seit der Wiederentdeckung in der Therapie für die Ursache ihrer Krankheit. Auf der Suche nach der Mutter fand sie diese in den Armen eines Mannes. Ihre Verlassenheitsangst koppelte sich mit sexuellen Phantasien, ihre Eifersucht löste sie in Zukunft mit verstärkter Anklammerung. Die durch dieses Erlebnis ausgelöste Wut kanalisierte ihr Ich durch die Zwangsvorstellung, die Mutter mit dem Messer oder einem Skistock zu erstechen. Erst als sie die in dieser Zwangsvorstellung gebundene Wut in dem Kindheitserlebnis festmachen konnte, wurde diese dem Erleben zugänglich, und die Zwangsvorstellungen hörten auf.

Auch die vielfältigen sexuellen Phantasien fielen - ebenso wie die orale Lust - unter das Verdikt des Über-Ich, das den Körper strafte, diesmal mit juckenden Scheidenentzündungen. Sie erlebte das Über-Ich personifiziert als Teufelsfratze in ihrem Kopf wohnend, das ihr Bot-

schaften in die Gehirnwände einritzte. Bei der Bearbeitung ihres traumatischen Erlebnisses setzte sie sich mit ihrem Idealbild einer Jungfräulichen Mutter auseinander, die frei von sexuellen Impulsen und Wünschen sein sollte. Allmählich löste sie sich damit aus ihren symbiotischen Bindungen, erlebte Trauer und Zorn darüber, den eigenen sexuellen Impulsen ausgeliefert zu sein. Auf dem Wege der Bearbeitung des ödipalen Konflikts ging ihr Weg in Richtung Individuation aus der Symbiose hin zu einer eigenen Identität.

Diese Behandlung hat insgesamt drei Jahre gedauert und 150 Stunden umfaßt. Ihr Ende war schwierig, weil es die Patientin aufs Neue mit dem traumatischen Erleben des Objektverlustes konfrontierte. Aber sie hatte neue Möglichkeiten des Umgangs damit gewonnen: sie hat lange getrauert und konnte sich schließlich in dem Gefühl lösen, etwas von dieser Beziehung und von der Therapeutin in sich zu haben. Sie sagte: "Und wenn es mir ganz schlecht geht, dann denke ich an die Therapie und daran, was du jetzt wohl sagen würdest."

5 Psychogene Aspekte der Depression

Anhand dieses kasuistischen Materials soll der Frage nachgegangen werden, welche psychischen Aspekte dazu beigetragen haben, bei Ulrike das beschriebene Krankheitsbild zu konstellieren. Es geht jetzt also im engeren Sinne um die verschiedenen psychogenen Aspekte bei der Entstehung einer Depression.

Verlust

Mit 1 1/2 Jahren verlor Ulrike ihren Vater. Für ihre psychische Entwicklung hatte dieser Verlust gravierende Konsequenzen: er kam, als das Kleinkind den Vater gebraucht hätte, damit er in die dyadische Mutter-Kind-Beziehung hätte treten und dem Kind die Loslösung aus dieser Beziehung hätte erleichtern können. Der Vater fiel als triangulierender Partner aus, der eine Entwicklung der Beziehungsfähigkeit in Richtung Mehrpersonenbeziehung in Gang gesetzt hätte. Ulrike hatte noch einen weiteren Verlust zu verarbeiten, nämlich den des idealen Mutterobjektes. Ihre Mutter hatte auf den Suizid des Mannes mit schwerer Depression reagiert, sie war also trotz ihrer physischen Präsenz emotional nicht anwesend, wodurch Ulrikes Bedürfnisse nach Nähe und Zuwendung unbeantwortet und unbefriedigt blieben. Ihre Sehnsucht nach der guten Mutter, die ihr Aufmerksamkeit, Bewunderung und Aufwertung hätte geben sollen, wurde immer neu enttäuscht und auch dadurch verstärkt, daß sie täglich sah, wie die ältere Schwester von der Mutter bevorzugt wurde. Der Aspekt des Verlustes wurde bereits von Freud und Abraham als auslösend für eine depressive Erkrankung angesehen. Dieser Faktor wird in allen Arbeiten als der wesentliche Faktor der Psychogenese gesehen.

Orale Fixierung

Ulrike litt an einer Naschsucht, obgleich sie sonst eher unlustig und mäkelig aß. Sie brauchte ständig einen Vorrat an Schokolade und Bonbons, hatte das Gefühl, von der Mutter nie genug zu bekommen und gab ihr ganzes Taschengeld dafür aus. Die Sucht war so stark, daß es in dem Zusammenhang sogar, wie kurz angedeutet, zu Ansätzen dissozialen Verhaltens kam. Offenbar linderte die orale Befriedigung innere unerträgliche Spannungszustände und half, im Sinne autoerotischer Betätigung, sich zu spüren und zu versorgen. Bleibt dieser Befriedigungsmodus beim Menschen aus Gründen übermäßiger Befriedigung oder unerträglicher Frustration bestehen, dann wird dadurch eine Erweiterung der Lustquellen über die Analität zum Phallischen und zur reifen Genitalität verhindert. Augenfällig ist die orale Fixierung bei Suchterkrankungen aller Art, vor allem bei der Adipositas oder der Magersucht.

Narzißtische Verwundung

Ulrike hat in ihrer Säuglingszeit von ihrer Mutter nicht uneingeschränkte liebevolle Zuwendung erlebt, die D. Winnicott unübertroffen in dem Bild vom "Glanz im Auge der Mutter" ausdrückt. So konnte sie nur mangelhaft ein gutes mütterliches Objekt internalisieren, was zu einem guten Selbstgefühl und zu Selbstsicherheit hätte führen können. Stattdessen war ihr Selbstgefühl schwach, sie blieb angewiesen auf Bestätigung von außen, und jeder neue Verlust, auch der Verlust von Zuwendung und Bestätigung setzte Selbstentwertung in Gang und bestärkte ihr Gefühl, der ersehnten Zuwendung nicht wert zu sein. Dieser Aspekt der narzißtischen Verwundung ist verknüpft mit unrealistisch überhöhten Größenvorstellungen, die besonders bei depressiven Kindern, wie es scheint, sorgsam verborgen werden müssen. Bei Ulrike deutet ihre Phantasie von der Kuh, die eigentlich eine Prinzessin war, auf solche tief verborgenen Größenphantasien hin. Vielleicht wird gerade bei diesem Aspekt der narzißtischen Verwundung deutlich, welche enormen inneren Spannungen ein depressives Kind aushalten muß, wenn es zwischen Selbstentwertung und Größenphantasien hin- und hergerissen ist.

Aggressivität

Bereits beim Erstkontakt mit Ulrike fiel eine merkwürdige Diskrepanz zwischen ihrem absolut aggressionslosen Auftreten und dem mörderisch aggressiven Inhalt ihrer quälenden Zwangsvorstellungen auf. Sie erlebte diese Vorstellung als ich-fremd und nicht zu sich gehörig. Ihr war eine angemessene Äußerung ihrer Wut als Reaktion auf den erlittenen Schmerz durch die ständigen Zurückweisungen nicht möglich, das hätte nämlich Trennung von dem Objekt bedeutet, das sie doch so nötig brauchte. Eine andere depressive Patientin, die an einer Adipositas leidet, reagiert auf Kränkungen mit Wutausbrüchen, die dann mit Haßtiraden und Zerstörungen enden. Häufig richtet diese Patientin ihren Haß gegen sich selbst, bis hin zu dem Gedanken, sich selber umzubringen.

Symbiotische Objektbeziehungen

Ulrike hatte eine merkwürdig enge Beziehung zu ihrer Mutter: sie konnte nicht ohne die Mutter sein, wurde z. B. krank vor Heimweih, konnte es aber auch nicht mit der Mutter zusammen aushalten, weil sie sofort Streit mit ihr bekam. Sie verfolgte alle Freunde und Freundinnen der Mutter mit Neid und Eifersucht. In der Therapie auf der Übertragungsebene zeigte sich dieser Beziehungsmodus z. B. darin, daß sie erwartete, die Therapeutin könne ihre Gedanken wissen und daß sie Trennungen schwer ertragen konnte. Am unmittelbarsten hat einmal ein 7-jähriger Patient dieses Phänomen der Symbiose ausgedrückt. Die Therapeutin sollte ihm, als er in der Therapiestunde einen selbstgerührten Brei aß, sagen, ob er satt sei, darauf erwiderte sie: "Du meinst, ich könnte wissen, wann du satt bist?" Darauf er: "Ja, du bist doch mir".

Das Kind erlebt in diesem Entwicklungsstadium die Mutter gleichsam als Teil seines Selbst und es lebt und entwickelt sich innerhalb dieser Dyade, die auch für die Mutter befriedigend ist. In einer gesunden Kinderentwicklung wird eine, wie D. Winnicott formuliert hat, "ausreichend gute Mutter" ihrem Kind durch den Wechsel von Befriedigung und altersentsprechender Frustration ermöglichen, die Mutter allmählich als getrennt von sich zu erleben und als eine Person, die gut und böse zugleich ist. Es wird das Bild des guten mütterlichen Objekts verinnerlichen und den Weg in Richtung Loslösung aus der symbiotischen Beziehung in Richtung Individuation beschreiten können. Wäre die Mutter *nur* gut und immer da, brauchte das Kind nicht ein inneres Bild von ihr zu entwickeln und wäre an ständige Befriedigung fixiert. Depressive Kinder konnten diesen Entwicklungsschritt nicht tun.

Diese fünf Aspekte, der Objektverlust, die orale Fixierung, die narzißtische Verwundung, die Aggressivität und die symbiotische Objektbeziehung scheinen konstituierende Elemente auf der psychischen Seite der Entstehung einer Depression zu sein.

6 Ergebnisse der Untersuchung

Wie kommt es nun aber bei allgemeiner Übereinstimmung dieser fünf Aspekte bei allen Depressionen zu so unterschiedlichen klinischen Bildern mit den vielfältigen Erscheinungsformen, wie sie anfangs dargestellt wurden?

Das klinische Bild einer Depression im Kindesalter wird durch zweierlei geprägt, nämlich zum einen durch das Ausmaß der Ichstörung, das darüber entscheidet, auf welchem Entwicklungsniveau die Depression angesiedelt ist. Zum anderen ist es geprägt durch die Formation der Triebkonflikte, die z. B. zu einem zwangsneurotischen oder phobischen Erscheinungsbild oder zu einer Störung mit phallischem Agieren führt.

In Anlehnung an S. J. Blatt (1974) sollen zwei Arten von Depressionen unterschieden werden, die anaklitische und die introjektive Depression. Damit ist sowohl die Ätiologie der Erkrankung berücksichtigt als auch die Möglichkeit gegeben, Aussagen über das Ausmaß der zugrundeliegenden Ich-Störung zu machen. Das Syndrom der *anaklitischen Depression* hat Spitz für Säuglinge geprägt, die nach zunächst unauffälliger Entwicklung von ihren Müttern länger als drei Monate getrennt worden waren. Er beschreibt die anaklitische Depression als eine Folge

des Abbruchs der sicherheitsspendenden Mutter-Kind-Bindung. Bei diesem Typ von Depression dominieren Verlassenheits-, Vernichtungs- und Verarmungsängste. Abraham hat auf die orale Fixierung dieser Patienten hingewiesen. Es handelt sich bei der anaklitischen Depression um eine frühe Störung der basalen Mutter-Kind-Beziehung.

Bei der *introjektiven Depression* sind die Objektrepräsentanzen weiter entwickelt, sie haben ambivalente Züge: feindlich, aggressiv und überidealisiert. Ein strenges Über-Ich erzeugt Schuldgefühle sowie Gefühle von Minderwertigkeit im Selbst, die Ansprüche des Ich-Ideals sind unerreichbar hoch. Diese Diskrepanz zwischen einem unrealistischen überhöhten Ich-Ideal und einem archaisch strengen Über-Ich macht narzißtisch verwundbar. Der Verlust des Idealzustandes, der durch den alleinigen Besitz der Mutter gewährleistet ist, löst die depressive Reaktion aus, die durch ein Gefühl von Hilflosigkeit und passiver Resignation gekennzeichnet ist. Die eigentlich zu erwartende Reaktion auf den erlittenen Schmerz, nämlich Aggression, die in gesunden Entwicklungsverläufen zur Veränderung der schmerzlichen Situation führt, darf aus inneren oder äußeren Gründen nicht angemessen gezeigt werden. Statt dessen besteht ein großes Bedürfnis nach ständig erneuter Introjektion des guten Objekts, von dem narzißtische Zufuhr erwartet wird und das nicht als Matrix eines sekundären Narzißmus verinnerlicht ist. Eine solche introjektive Form der Depression lag bei Ulrike vor.

Der Typus anaklitische Depression soll anhand der Kasuistik eines anderen Patienten verdeutlicht werden:

Jochen war sieben Jahre alt, als er in psychoanalytische Behandlung kam. Seine Pflegeeltern machten sich Sorgen, weil er sich bei kleinsten Kränkungen total zurückzog, oft über Tage hin nichts mehr sagte und keine Gefühle oder Wünsche zeigte. Sein Verhalten war von starren Stereotypen geprägt, er hatte ein versteinertes Gesicht und eine eckige, verspannte Motorik. Er zeigte auffälliges Eßverhalten: er aß grundsätzlich alles, was ihm vorgelegt wurde, ob das ein kleines Häppchen Brot oder ein ganzer Kuchen war. Er litt weiter an einer ausgeprägten Orientierungs- und Wahrnehmungsstörung, an aggressiven Durchbrochen und bis zum 5. Lebensjahr an einer Enuresis nocturnus. Aus seiner Genese war bekannt, daß er seit seiner Geburt wegen mangelhafter Pflege und ständiger Unterernährung unter Aufsicht des Jugendamtes stand. In den ersten vier Lebensmonaten wurde er zwischen der jugendlichen Mutter, den Eltern des inhaftierten Vaters und der Großmutter herumgereicht.

Mit vier Monaten mußte er wegen Darmverschlusses operiert werden. Da die Wunde nicht heilte, dauerte der anschließende Krankenhausaufenthalt ein Jahr. Mit etwa 1 1/2 Jahren wurde er in ein Säuglingsheim verlegt. Die Mutter hatte sich kurz nach seiner Operation suizidiert. Der Vater soll ihn einige Male aus dem Gefängnis besucht haben. Mit 3 1/2 Jahren kam er aus dem Säuglingsheim in seine Pflegefamilie.

Bei Jochen lagen die typischen Bedingungen für eine anaklitische Depression vor, die entsteht, wenn die basale Mutter-Kind-Beziehung gestört ist, die Frustrationen oraler Bedürfnisse überwiegen und eine befriedigende symbiotische Beziehung

nicht erlebt wird. Unter solchen Bedingungen gelingt die Internalisierung guter Objektrepräsentanzen nicht, und es kommt zu einer unvollkommenen Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen. Bei sehr früher Traumatisierung ist u. a. die Entwicklung autonomer Ich-Funktionen erheblich in Mitleidenschaft gezogen, und Objekt Konstanz ist nicht erreicht. Es kann hier nur angedeutet werden, an anderer Stelle ist ausführlicher darüber berichtet (B. Diepold, 1980), wie sich im Rahmen der Übertragungsbeziehung eine Nachreifung autonomer Ich-Funktionen vollzog und wie der Kampf um die orale Fixierung der Motor der Behandlung war. Ein erster Behandlungsabschnitt war erreicht, als Jochen Trennungen, z. B. am Stundenende oder bei Ferien, ertragen konnte, ohne mit Panik und archaischer Wut zu reagieren. Auf der Grundlage der neu erreichten Objekt Konstanz setzte er sich dann mit dem erlittenen Mangel auseinander, zunächst auf der Übertragungsebene: Die Therapeutin gab ihm nicht genug zu essen, nicht genug Zeit, nicht genug Aufmerksamkeit. Schritt für Schritt kam es zu Rekonstruktionen seiner Geschichte und in einer langen Phase der Therapie setzte er sich anhand von Märchen mit Stiefmüttern und dem Schicksal von Stiefkindern auseinander. Am Ende dieser Phase, in der Traurigkeit die Grundstimmung war, konnte er endlich die Symbolebene bei der Bearbeitung seiner Probleme verlassen, indem er sagte: "Weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist? Traurig, nicht?"

Jochen bietet das typische Erscheinungsbild einer sog. frühen Beziehungsstörung, Ulrike dagegen zeigt das klinische Bild einer Übertragungsneurose, und zwar in der Form einer Phobie. Bei beiden liegt eine Depression zugrunde, bei Jochen ist sie auf eine Störung in den ersten Lebensmonaten zurückzuführen, bei Ulrike ist die Störung zu einem späteren Zeitpunkt und damit auf einem reiferen Niveau der Ich-Entwicklung erfolgt.

7 Überlegungen zur Therapie

Es erscheint sinnvoll, beim Nachdenken über psychotherapeutische Möglichkeiten der Behandlung die herausgearbeiteten psychogenen Faktoren zu berücksichtigen.

1. Das kindliche Ich entwickelt sich innerhalb eines familiären Beziehungsgefüges. Bei gestörter Ich-Entwicklung ist die therapeutische Beziehung gleichsam als ein Instrument zu gebrauchen, um Defizite in der Entwicklung zu beheben. Dabei ist vom Therapeuten Empathie, Zuverlässigkeit und die Fähigkeit, einfühlsame Frustrationen zu setzen und Aggressionen zu ertragen, nötig.

2. Da das Kind noch in realer Abhängigkeit von seinen Eltern lebt, muß eine Psychotherapie dies mit berücksichtigen. Anders als der erwachsene depressive Patient lebt das Kind noch mit seinem Symbioseobjekt, in der Regel die Mutter, zusammen. Auch für die Mutter ist die Symbiose ein befriedigender Zustand. Daher sind auch mit ihr, bzw. mit beiden Eltern, die unbewußten Zusammenhänge aufzudecken, die bisher die Individuation des Kindes verhindert haben. Das ist ein oft langwieriger und mühsamer Prozeß, ohne den jedoch ein Kind nicht in die Selbständigkeit entlassen werden kann.

3. Der Therapeut muß die Verschränkung von Trieberleben und narzißtischem Erleben sehen. Beides ist miteinander verwoben wie zwei Stränge, die in einer Kordel zusammengedreht sind, d. h.: Sowohl die orale Fixierung als auch die Selbstwertstörung sind zu behandeln. Indem der Therapeut in der Übertragung als ideales

Primärobjekt benutzt wird, kommt es auf dem Wege des oralen Modus der Einverleibung zu einem stabilisierenden Ich-Ideal. Auf dieser Grundlage kann die Diskrepanz zwischen strengem Über-Ich und überhöhtem Ich-Ideal bearbeitet werden. Behandlungen depressiver Kinder treten in die Schlußphase ein, wenn phallisch ödipales bzw. beim Jugendlichen genitales Erleben zugelassen werden kann.

4. Die Heilung einer depressiven Erkrankung hängt m. E. letztlich davon ab, ob aus der Depression Trauer werden kann, Trauer über das verlorene Objekt, und ob aus der Trauer heraus sich die stagnierende Individuation fortsetzen kann. A. Miller (1979) sagt in ihrer Arbeit *Depression und Grandiosität*, daß die Depression in der Nähe der Wunde, aber erst die Trauer über das Vermißte, das in der entscheidenden Zeit Vermißte zur wirklichen Vernarbung führen kann. Es soll keinem therapeutischen Optimismus das Wort geredet werden: auch die erfolgreich behandelten Kinder behalten Narben, die sich zwar geschlossen haben und nicht mehr bluten, die aber doch ein Leben lang sichtbar und fühlbar bleiben.

Abschließend sei noch einmal betont, daß die vorliegende Arbeit lediglich einen Teilaspekt aus dem Gesamtbedingungsgefüge einer Depression im Kindesalter abdeckt, nämlich die psychischen Faktoren bei der Entstehung dieser Krankheit.

Literatur

- [1] Abraham, K. (1912): Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. In: Abraham, K., *Psychoanalytische Studien*, Bd. II, 146-162. Frankfurt (S. Fischer) 1971
- [2] Abraham, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Abraham, K., *Psychoanalytische Studien*, Bd. I, 113-183. Frankfurt (S. Fischer) 1969
- [3] Arajärvi, T. / Huttunen, M. (1971): Encopresis and Enuresis as Symptoms of Depression. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Proc. 4th U.E.P. Congr. Stockholm 1971, 212-217
- [4] Asch, St. S. (1966): Depression: Three Clinical Variations. *Psa. Study Child* 21, 150-171
- [5] Balint, M. (1951): Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom. In: Balint, M.: *Die Urformen der Liebe*. Bern und Stuttgart (Huber/Klett) 1966
- [6] Bauersfeld, K. H. (1971): Diagnose und Behandlung depressiver Krankheitszustände in einer schulpsychiatrischen Beratungsstelle. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Proc. 4th U. E. P. Congr. Stockholm, 281-285
- [7] Bibring, E. (1952/53): Das Problem der Depression. *Psyche* 6, 81 -101
- [8] Blatt, S. J. (1974): Anaclitic and Introjective Depression. *Psa. Study Child*, 29, 107-157
- [9] Bodtker, J. S. (1971): Psychotherapy of Anaclitic Depression with Severe Autistic Withdrawal (Report from a Longterm Psychotherapy). In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Proc. 4th U. E. P. Congr. Stockholm, 405-411
- [10] Cohen D. J. (1980): Constructive and Reconstructive Activities in the Analysis of a Depressed Child. *Psa. Study Child* 35, 237-266

- [11] Diepold, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. *Materialien Psychoanalyse* 6, 77- 89
- [12] Diepold, B. / Zauner, J. (1982): Zum Problem von Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von sogenannten Frühstörungen. In: H. Sanders (Hrsg.): *Das gestörte Selbst*. Fellbach-Oeffingen (Bonz)
- [13] Diepold, B. (1984): Depression bei Kindern - Psychoanalytische Betrachtung. In: *Prax. Kinderpsychol.* 33, 55-61
- [14] Eggers, C. (1980/81): Die kindliche Depression unter entwicklungspsychologischen Aspekten. *Acta paedopsychiat.* 46, 263 - 273
- [15] Eicke-Spengler, M. (1977): Zur Entwicklung der Theorie der Depression. *Psyche* 31, 1079-1125
- [16] Fenichel, O. (1945): *Psychoanalytische Neurosenlehre*, Bd. II. Ölten und Freiburg (Walter) 1975
- [17] French, A. / Berlin J. (1979): *Depression in Children and Adolescents*, New York
- [18] Freud, S. (1917): *Trauer und Melancholie*. GW X
- [19] Freud, S. (1920): *Jenseits des Lustprinzips*. GW XIII
- [20] Freud, S. (1923): *Das Ich und das Es*. GW XIII
- [21] Gerö, G. (1936): The Construction of Depression. *Int. J. Psycho-Anal.* 17, 423-461
- [22] Grunberger, B. (1971): Studie über die Depression. In: *Vom Narzismus zum Objekt*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1976
- [23] Henseler, H. (1974): *Narzißtische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt)
- [24] Jacobson, E. (1971): *Depression*. Frankfurt (Suhrkamp) 1977
- [25] Joffe, W. / Sandler, J. (1965a): Notes on Childhood Depression. *Int. J. Psycho- Anal.* 46, 88-96
- [26] Joffe, W. / Sandler, J. (1965b): Notes on Pain, Depression and Individuation. *Psychoanal. Study Child* 20, 394-424
- [27] Kielholz, P. (1971): Aetiologische Faktoren bei Depressionen. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Proc. 4th U. E.P. Congr. Stockholm, 1971, 63-74
- [28] Klein, M. (1960/61): Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. *Psyche* 14, 256-283
- [29] Klein, M. (1962): Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen. In: *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart (Klett)
- [30] König, K. (1981): *Angst und Persönlichkeit*. Göttingen (Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht)
- [31] Levin, S. (1965): Einige Vorschläge zur Behandlung depressiver Patienten. *Psyche* 21, 393-418
- [32] Loch, W. (1967): Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv-psychotischer Zustandsbilder. *Psyche* 21, 758-779

- [33] Mahler, M. (1968): *Symbiose und Individuation*. Stuttgart (Klett) 1972
- [34] Meierhofer, M. (1971): Depressive Verstimmungen im frühen Kindesalter. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Proc. 4th U. E. P Congr. Stockholm, 159-162
- [35] Miller, A. (1979): Depression und Grandiosität als wesensverwandte Formen der narzisstischen Störung. *Psyche* 33, 132-156
- [36] Nissen, G. (1971): *Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg (Springer)
- [37] Nissen, G. (1980/81): Zur Klassifikation der Depression im Kindesalter. *Acta paedopsychiatr.* 46, 275-284
- [38] Pohlmeier, H. (1976): Die psychoanalytische Theorie der Depression. In: *Psychologie des 20. Jahrh., Tiefenpsychologie Bd. I*, Weinheim/Basel 1982, 669-706
- [39] Quint H (1984): Wege des psychotherapeutischen Zugangs zum depressiven Patienten. In: *Psyche* 10, 715-728
- [40] Specht F (1982): Psychopathologische Probleme im Schulalter. In: Berndt, J. / Busch, D. W. / Schönwälder, H.-G. (Hrsg.): *Schul-Arbeit. Belastung und Beanspruchung von Schülern*. Braunschweig (Westermann).
- [41] Sperling, M. (1960): Depressive Äquivalente bei Kindern. *Prax. Kinderpsychol.* 9, 7-11
- [42] Spitz R A. (1945): Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanal. Study Child* 1, 53.-74
- [43] Spitz, R. A. (1946): Anaclitic Depression. *Psychoanal. Study Child* 2, 313-342
- [44] Städeli, H. (Hrsg.) (1978): *Die chronische Depression beim Kind und Jugendlichen*. Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- [45] Tellenbach, H. (1976): *Melancholie*. Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- [46] Toolan, J. M. (1978): Depression in Children and Adolescents. *Amer. J. Orthopsychiat* 32, 404-415
- [47] Winnicott, D (1954): The Depressive Position in Normal Emotional Development. In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London (Hogart Press)
- [48] Winnicott, D. (1960): Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. *Psyche*. 14, 23
- [49] Wolfenstein, M. (1966): How is Mourning Possible? *Psychoanal. Study Child* 21, 93-123
- [50] Zetzel, E. (1960): Zum Krankheitsbild der Depression. *Psyche* 14, 641-650
- [51] Zetzel, E. (1965): On the Incapacity to Bear Depression. In: *The Capacity for Emotional Growth*, (Hogart Press) 1970. Dt.: *Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum*. Stuttgart (Klett) 1974