

# Depression bei Kindern - Psychoanalytische Betrachtung<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Diagnostik und Therapie der Depression bei Kindern sind problematisch, da sich das Erscheinungsbild von dem der Depression erwachsener Patienten wesentlich unterscheidet. Nach einem kurzen Abriss der psychoanalytischen Depressionforschung werden die Phänomene der Depression bei Kindern aufgezeigt und eine Definition entwickelt. Anhand von kasuistischem Material werden abschließend behandlungstechnische Probleme diskutiert.

Depression in Children. Psychoanalytic Considerations. There are inherent differences in symptoms of depression with children and with adults, making diagnosis and therapy of childhood depression somewhat difficult. After a short overview of psychoanalytic research in depression, the phenomena of childhood depression are shown and a definition developed. On the basis of case material, technical problems of therapy are discussed.

## 1 Zur Depressionsforschung

Zum Thema "Kindliche Depression" findet sich wenig Literatur aus psychoanalytischer Sicht. Im Bereich der Kinderpsychiatrie allerdings liegen seit etwa 15 Jahren einige Arbeiten vor, die insofern für Psychoanalytiker interessant sind, als sie vor allem zur Phänomenologie, zur Erforschung erblicher Zusammenhänge und zu Problemen der Pharmakobehandlung wichtige Beiträge geliefert haben. Die kindliche Depression wird als ein multifaktorielles Krankheitsbild beschrieben, und Nissen spricht in seiner 1971 erschienen Monographie von depressiven Syndromen. Er konstatiert, daß im Kindesalter die psychogenen und somatogenen depressiven Syndrome eine dominierende Rolle spielen, daß demgegenüber die endogenphasischen Depressionen des manisch-depressiven Formenkreises - die affektiven Psychosen also - im Kindesalter selten seien. C. Eggers hat in einer Überblicksarbeit die Entstehungszusammenhänge der kindlichen Depression herausgearbeitet. Eine ausführliche Zusammenstellung der Phänomene kindlicher Depression gab F. Specht 1982 in seiner Arbeit "Psychopathologische Probleme im Schulalter". Ein breites Spektrum aller kinderpsychiatrischer Fragestellungen bietet der umfangreiche Kongressbericht der europäischen Pädopsychiater von 1971.

Die psychoanalytische Forschung hat sich fast von Anfang an mit dem Phänomen Melancholie befaßt. Was sind die wesentlichen Ergebnisse psychoanalytischer Depressionsforschung? Die klassische Theorie mit den Arbeiten von Abraham, Freud, Rado und Fenichel ist ein Triebkonzept, das mit Regression und Fixierung die Phänomene der Depression zu erklären versucht: Eine Fixierung auf der oralen Stufe der Libidoentwicklung prädisponiert zur Depression. Die auslösende Situation

---

<sup>1</sup>Veröffentlicht in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984), 55-62

besteht darin, das Liebesobjekt zu verlieren oder von ihm enttäuscht zu werden. Das ursprünglich geliebte, jetzt aber gehasste Objekt wird ausgestoßen und wieder introjiziert. Eine strenge Gewissensinstanz straft das als wertlos empfundene, depressive Ich und meint doch eigentlich das ehemals geliebte, introjizierte Objekt. Im Zusammenhang mit der Frage nach der Depression bei Kindern erscheint mir wichtig, daß Abraham bei Depressiven eine vorwiegend zwangsneurotische Charakterstruktur vorfand.

Die Ich-psychologischen Ansätze von Bibring, Jacobson u.a. sind eine Weiterführung und Differenzierung dieser klassischen Theorie. Sie halten die Depression für einen affektiven Zustand des Ich, analog der Angst, und versuchen, die Veränderungen in der Struktur und in der Funktion des Ichs und des Über-Ichs zu bestimmen. Für den Kern der depressiven Reaktion halten sie das herabgesetzte Selbstwertgefühl, das seine Ursache in einem aggressiven Konflikt hat.

Wichtige Anstöße für die theoretische Durchdringung des Problems sind von Seiten der Forscher gekommen, die sich mit den entwicklungsbedingten Voraussetzungen im Menschen befassen, überhaupt depressiv reagieren zu können. Sie gehen wie M. Klein und Winnicott von Kinderbehandlungen oder wie M. Mahler oder R. Spitz von Kinderbeobachtungen aus. M. Klein und später Winnicott haben 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, auf der sich das Kind seiner Ambivalenz dem Objekt gegenüber bewußt wird, erwirbt es die Fähigkeit zu "concern" (Rücksichtnahme, Sorge), bei ungünstigem Ausgang jedoch die Prädisposition zur Depression.

Nach den Ergebnissen von 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 einzustellen.

Einen Brückenschlag zwischen der klassischen und Ichpsychologischen Theorie der Depression haben Joffe und Sandler (1956a) in ihrer Arbeit versucht, die sich speziell mit der Depression im Kindesalter befaßt. Sie stellen die depressive Reaktion, die sie als eine affektive Grundreaktion beschreiben, in den Rahmen sämtlicher narzißtischer Störungen und weisen darauf hin und hier ist der Brückenschlag gelungen, daß ein Kind um so stärker nach der Erreichung eines Idealzustandes von infantiler Befriedigung streben wird, je ausgeprägter seine prägenitale Fixierung ist.

## **2 Zur Phänomenologie kindlicher Depression**

In dieser Arbeit konstatierten Joffe und Sandler das Fehlen anerkannter Kriterien für diagnostische Kategorien in bezug auf Verhalten, Deskription oder Psychodynamik von Depressionen im Kindesalter. Sie weisen darauf hin, daß häufig Anzeichen einer Depression beschrieben werden, die sie nach einer Formulierung von Toolan (1962) Depressions-Äquivalente nennen.

Inzwischen liegen aus dem Bereich kinderpsychiatrischer Literatur Ergebnisse vor, die diese Lücke geschlossen haben. So hat Specht in seiner o. a. Arbeit die spezifischen Erscheinungsformen der Depression bei Kindern zusammengestellt.

Ich möchte im folgenden versuchen, auf dieser Grundlage die kindlichen Ausprägungen im Gegenüber zu den bekannten erwachsenen Erscheinungsformen zu charakterisieren und damit einen Beitrag zu der von Pohlmeier aufgeworfenen Frage der Vergleichbarkeit der Erkrankung bei Kindern und Erwachsenen liefern (1976, 704).

Das Erscheinungsbild beim Kind hat meist wenig mit dem ursprünglichen Sinn des lateinischen Wortes *depremere* = 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. Auch die kindliche Unfähigkeit, Innenbefindlichkeit wahrzunehmen und zu verbalisieren, muß 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, 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. 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 scheint mir die phobische Verarbeitung zu sein. Ängstigende Situationen werden vermieden, und die Kinder klammern sich verstärkt an ihre Bezugspersonen an. Ebenso typisch ist die zwangsneurotische Verarbeitung, was die Abgrenzung zu übertragungsneurotischer Entwicklung schwierig macht.

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 wiederherzustellen 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.

Wie kommt es zu diesen verschiedenen klinischen Bildern mit so vielfältigen Erscheinungsformen bei einer gleichen zugrundeliegenden affektiven Grundreaktion? Ich meine, daß das klinische Bild durch zweierlei geprägt ist, nämlich zum einen durch das Ausmaß der Ich-Störung, das darüber entscheidet, auf welchem Entwicklungsniveau die Depression angesiedelt ist. Zum anderen ist es geprägt durch die Formation der Triebkonflikte, die dann entweder zu einem zwangsneu-

rotischen oder phobischen Erscheinungsbild oder zu einer Störung mit phallischem Agieren führt.

F. J. Blatt hat in seiner Arbeit "Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression" vorgeschlagen, zwischen der anaklitischen und der introjektiven Depression zu unterscheiden. Er berücksichtigt sowohl Ätiologie als auch Objektbeziehungstheorie und gibt damit eine Möglichkeit, Aussagen über das Ausmaß der zugrunde liegenden 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 anaklytischen Depression um eine frühe Störung der basalen Mutter-Kind-Beziehung.

Bei der introjektiven Form der Depression sind die Objektrepräsentanzen weiter entwickelt, sie haben ambivalente Züge: feindlich, aggressiv und über-idealisiert. Ein strenges Über-Ich erzeugt Schuldgefühle sowie Gefühle von Minderwertigkeit im Selbst, und die Ansprüche des Ich-Ideals sind unerreichbar hoch. Diese Diskrepanz zwischen einem unrealistisch 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 gezeigt werden. Statt dessen besteht ein großes Bedürfnis nach ständig erneuerter Introjektion des guten Objekts, von dem narzißtische Zufuhr erwartet wird und das nicht als Matrix eines sekundären Narzißmus verinnerlicht ist. Hier kann eine phobische Entwicklung ihren Anfang nehmen, bei der die Realpräsenz des Objekts ständig gebraucht wird, weil das steuernde Objekt (König) nicht verinnerlicht worden ist.

### 3 Kasuistische Beispiele

Auf dem Entwicklungsniveau einer anaklitischen Depression befand sich Jochen, als er mit sieben Jahren in meine Behandlung kam. Seine Pflegeeltern hatten sich Sorgen gemacht, weil er sich bei kleinsten Kränkungen ganz 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 Durchbrüchen und bis zum fünften Lebensjahr an einer Enuresis nocturna. 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 eines Darmverschlusses operiert werden. Da die Wunde nicht heilte, dauerte der anschließende Krankenhausaufenthalt ein Jahr. Mit etwa eineinhalb 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 dreieinhalb 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 Frustration oraler Bedürfnisse überwiegt 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.

Ich habe an anderer Stelle (Diepold 1980) darüber berichtet, wie sich im Rahmen der Übertragungsbeziehung eine Nachreifung autonomer Ich-Funktionen vollzog und wie der Kampf um die orale Versorgung entsprechend der oralen 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: Ich gab ihm nicht genug zu essen, nicht genug Zeit, nicht genug Aufmerksamkeit. Schritt für Schritt kam es zur Rekonstruktion 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?"

Es mag deutlich geworden sein, wie bei Jochen die schwere und sehr frühe Deprivation das Zustandsbild der anaklitischen Depression erzeugt hat. Die Objektbeziehung innerhalb der therapeutischen Dyade gab ihm die Möglichkeit der Nachreifung, der Bearbeitung seiner oralen Fixierung und Raum zur Trauer über sein Schicksal. Er fand so den Anschluß an den altersentsprechenden Entwicklungsverlauf.

Bei Jürgen, der zu Beginn seiner analytischen Behandlung 13 Jahre alt war, führte die schwere zwangsneurotische Symptomatik zunächst zum Klinikaufenthalt. Er litt an schweren Gesichtstics, hatte einen Händewaschzwang, pustete ständig Luft aus dem Mund und

roch am Stuhl, bevor er sich hinsetzte. Trotz guter intellektueller Ausstattung war er ein Schulversager, hatte keine Kontakte zu Gleichaltrigen, wirkte in seiner Motorik bizarr und verspannt und zeigte eine absolute Gefühlsisolierung. Heftige aggressive Durchbrüche gefährdeten ihn und seine Umgebung. Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven affektiven Grundreaktion gab es zunächst nicht: Er selbst hielt zwar den plötzlichen Tod seines Vaters mit acht Jahren für die Ursache seiner Erkrankung und sein Blick war traurig und leer. Aber in seinem Verhalten und seiner Symptomatik zeigte er zunächst das klinische Bild einer Zwangsneurose. Während seines ersten Lebensjahres hatte er zwar eine ausreichende Befriedigung seiner intentionalen und oralen Bedürfnisse erlebt. Aber Schritte in Richtung Selbständigkeit und aggressive Lebensäußerungen im ursprünglichen Sinn des *aggredi* = auf etwas zugehen, bei dem ihm die Mutter bei der Wiederannäherung zur Verfügung gestanden hätte, waren nicht möglich, denn seine Mutter war einengend und überbehütend. Sein Vater hatte als triangulierendes Objekt versagt, da er wegen seiner Pedanterie und seiner Jähzornsanfälle von der Mutter verachtet wurde. Das hatte zur Folge, daß sich Jürgen aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter nicht lösen konnte. Hier wurzelt seine depressive Grundreaktion, die er entsprechend seiner analen Fixierung mit Hilfe zwangsneurotischer Symptomatik abwehrte. Der plötzliche Tod des Vaters hatte die Überich-Identifizierung bei Jürgen verstärkt und heftige Schuldgefühle bei ihm hervorgerufen. In seiner Phantasie hatte er durch sein Bösessein den plötzlichen Tod verursacht. So steht ein sadistisches, grausames Über-Ich einem überhöhten Ich-Ideal gegenüber.

Erst nach langer Analyse der zwangsneurotischen Abwehr konnte die narzißtische Kränkbarkeit und der depressive Affekt im Erleben zugelassen werden. Das Gefühl eigener Wertlosigkeit hatte ihn immer gehindert, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzunehmen. Mit der Bearbeitung von Rivalität und genitaler Thematik trat die Behandlung in die Schlußphase ein.

Bei Ulrike, einem zu Beginn der Behandlung elfjährigen Mädchen, war das klinische Bild der Depression aufgrund der unterschiedlichen triebdynamischen Verarbeitung anders. Sie wirkte gehemmt und verlegen, wich dem Blickkontakt aus, hatte eine verspannte, manchmal bizarre Motorik. Ihre Mimik war ernst, fast starr, und wenn sie angesprochen wurde, legte sich ein hilfloses Lächeln auf ihr Gesicht. Sie sprach kaum und mit einem seltsamen Singsang in der Stimme. Von Beginn des Lebens an zeigte sie auffälliges Verhalten: *Pavor nocturnus* mit Ein- und Durchschlafstörungen, *Enuresis nocturna*, Nachtwandeln, schwere Kontaktstörung, Lern- und Arbeitsstörung, Nägelknabbern, und sie hatte Zwangsbefürchtungen, die Mutter mit dem Messer oder mit einem Skistock zu erstechen. Sie mußte daher die Küche meiden und konnte nicht mehr Ski laufen.

Der psychoanalytischen Behandlung waren mehrere therapeutische Aktivitäten vorausgegangen: als Zweijährige verbrachte sie mehrere Wochen auf der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik wegen des *Pavor nocturnus*. Sie bekam wegen ihrer schweren Rechen-

schwäche eine Trainingsbehandlung und verbrachte zwei Jahre in einem sozial pädagogisch-sozialtherapeutischen Tagesheim; außerdem fand eine Familientherapie statt. Aus ihrer Genese ist zu erwähnen, daß ihr Vater sich suizidierte, als sie eineinhalb Jahre alt war, daß auch die Großmutter durch Suizid starb und daß ihre Mutter auf den Tod des Vaters mit schwerer, jahrelanger Depression reagierte. Ulrike hat einen zwei Jahre älteren Bruder.

Der erste Behandlungsabschnitt war von folgendem Verhalten bestimmt: Ulrike setzte sich immer an einen bestimmten Platz, lächelte hilfeschend, wirkte körperlich verspannt, sprach und tat nichts. Es ging von ihr der heftige Anspruch aus, ich 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 eigentlich da". Mittels der Abwehr der projektiven Identifikation verlegte sie ihr strenges Über-Ich in mich. Nach und nach zeigten sich die hinter ihrer Hilflosigkeit verborgenen Größenvorstellungen, als sie mit einer Kuh-Handpuppe zu spielen begann, mit der sie sich über mehr als ein Jahr 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 ich eine doofe Kuh, eine Schweinekuh, zu nichts nütze, saudumm, und sie ließ Mord- und Folterphantasien an mir aus. Sie berichtete von ängstigen Phantasien, Monstergestalten und Leichen unter ihrem Bett, die sie nachts starr und eiskalt werden ließen. Ein einigermaßen erträgliches Gleichgewicht konnte sie erreichen, wenn sie alle Vorstellungen aus ihrem Kopf verbannte: "Dann ist alles schwarz in meinem Kopf und dann denk 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 und 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 Deutung, ob diese Spiele etwas mit ihrer Familiensituation zu tun haben könnten, erwiderte sie, daß sie manchmal dachte, ihr Bruder habe es besser als sie. Die Kuh, mit der sie sich seit Beginn der Therapie identifiziert hatte, war inzwischen verändert, ihr war 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 trieb. 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 mit schweren Koliken - ein fühlbar strafendes, grausames Über-Ich.

Nach dieser Episode hatte sie einen 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 viereinhalb Jahren hatte: Sie wacht nachts auf, hat Angst und will zu ihrer Mutter. Sie sieht sie nackt mit ihrem Freund beim Koitus 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 anderen Mannes. Ihre Verlassenheitsangst koppelte sich mit sexuellen Phantasien, ihre Eifersucht löste sie in Zukunft mit verstärkter Anklammerung. Nur auf der oralen Stufe konnte sie die Mutter besitzen, sexuell war diese ihr versagt. Die durch dieses Erlebnis ausgelöste Wut kanalisierte ihr Ich durch die Zwangsvorstellungen, die Mutter mit dem Messer oder einem Skistock zu erstechen. Erst als die in dieser Zwangsvorstellung gebundene Wut in dem Kindheitserlebnis festgemacht werden konnte, wurde sie 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 Scheidenentzündungen. Sie erlebte das Über-Ich personifiziert als Teufelsfratze in ihrem Kopf wohnend, ihr Botschaften in die Gehirnwände einritzend. 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, die immer auch mit Trauer über den Verlust des idealen Vaters vermengt war. Auf dem Wege der Bearbeitung des ödipalen Konflikts ging ihr Weg in Richtung Individuation aus der Symbiose hin zu einer eigenen sexuellen Identität.

**Zusammenfassend** läßt sich über die drei Fälle folgendes sagen: Jochen bietet das typische Erscheinungsbild einer sogenannten frühen Beziehungsstörung. Ulrike und Jürgen dagegen zeigen das klinische Bild einer Übertragungsneurose und zwar in Form einer Zwangsneurose bzw. einer Phobie. Bei Jochen handelt es sich um eine anaklitische Depression, die auf eine Störung in den ersten Lebensmonaten zurückzuführen ist. Bei Ulrike und Jürgen dagegen, den beiden Fällen introjektiver Depression, ist die Störung zu einem späteren Zeitpunkt und damit auf einem reiferen Niveau der Ich-Entwicklung erfolgt.

Erste Hinweise darauf, daß bei allen drei Patienten eine depressive affektive Grundreaktion vorliegt, bietet die Genese: alle drei Patienten haben den Verlust einer wichtigen Bezugsperson durch Tod erlebt, Jochen und Ulrike in sehr frühem Alter und durch Suizid.

Alle drei Patienten haben keine angemessene Befriedigung oraler oder analer Bedürfnisse erlebt. Bei Jürgen und Ulrike stand die Mutter während der Trennungs- und Individuationsphase emotional nicht zur Verfügung.

Die Diagnose erhärtete sich bei diesen beiden Fällen introjektiver Depression erst im Laufe der psychoanalytischen Behandlung. Durch die Analyse der Abwehr kam es zu Rekonstruktionen, und allmählich wurde das Ich stark genug, den depressiven Affekt im Erleben zuzulassen.

## 4 Ergebnis

Metapsychologisch möchte ich die Depression bei Kindern so beschreiben:

Die Depression im Kindesalter hat ihre Ätiologie in der Persönlichkeitsstruktur. Die Wurzeln der Bereitschaft, mit pathologischer Depression auf ein äußeres Ereignis zu reagieren, liegen im frühen Objektverlust zu einer Zeit, die auf der psychosexuellen Ebene der Entwicklung vom oralen Modus passiven Versorgtwerdens bestimmt ist. Das Ich ist noch schwach und weder zur Trauer noch zur Auflösung der Ambivalenz und der narzißtischen Verwundung fähig. Die durch solchen Verlust ausgelöste Aggression führt nicht zu einer allmählichen Anpassung im Sinne einer fortschreitenden Individuation, sondern zu verstärkter Hilflosigkeit und Resignation, mit der die kindliche Persönlichkeit dann auf je entwicklungsspezifische Weise umgeht.

Mit einigen Anmerkungen zur Behandlung depressiver Kinder möchte ich abschließen. Wenn ich die Depression bei Kindern als eine affektive Grundreaktion definiert habe, dann ist es nicht ganz korrekt, von der Behandlung der Depression zu sprechen, denn Affekte als solche wie z.B. auch Angst oder Freude sind nicht behandelbar. Zu behandeln ist vielmehr das Ich, das den depressiven Affekt erlebt oder aber wie häufiger bei Kindern ihn auf persönlichkeitspezifische Weise abwehrt.

Da sich das kindliche Ich innerhalb eines Beziehungsgefüges entwickelt, wird man diesen Beziehungsaspekt bei Kindern mit Störungen in ihrer Ich-Entwicklung zu einem wichtigen Faktor machen. Ich habe an anderer Stelle (Diepold 1980, 1982) ausgeführt, wie die therapeutische Beziehung als Instrument zu gebrauchen ist, um Defizite in der Entwicklung zu beheben. Die empathische Beziehung als Basis von Übertragung und Gegenübertragung gibt genug Sicherheit, damit der depressive Affekt wiederbelebt und bearbeitet werden kann.

Der Motor für die Ich-Entwicklung ist die Kraft der Triebe, und dieser Bereich sollte nicht unterschätzt werden in einer Zeit, in der sich der Blick für narzißtische Störungen ungemein geschärft hat. Das Trieberleben und das Erleben narzißtischen Gleichgewichts sind miteinander verwoben etwa wie zwei Stränge einer ineinandergedrehten Kordel und muß in dieser Verwobenheit auch in der Behandlung gesehen werden. So ist der klassisch-analytische Umgang mit der oralen Fixierung und der damit verbundenen Aggression in der Regel die Grundlage der Behandlung. In der Übertragung wird der Therapeut als ideales Primärobjekt benutzt, und es kommt auf dem Wege des oralen Modus zu einem stabilisierenden Ich-Ideal. Die Diskrepanz zwischen Über-Ich und Ich-Ideal kann bearbeitet werden. In meiner Erfahrung tritt die Behandlung in die Schlußphase ein, wenn phallisch-ödipales bzw. genitales Erleben zugelassen werden kann. Ich stimme hier mit Gero überein, der in seiner 1936 erschienenen Arbeit "The Construction of Depression" gerade auf diese Zusammenhänge bei der Behandlung erwachsener depressiver Patienten hingewiesen hat: "Die Lösung der oralen Fixierung ist erreicht,

wenn jemand Erfolg hat, den Patienten die zurückgehaltenen oralen Impulse erleben zu lassen, weil dieses Erleben nicht die oralen Bedürfnisse beendet, sondern die genitale Objektbeziehung der ödipalen Situation aktiviert" (459f., eigene Übersetzung).

Ich meine, daß letztlich die Heilung einer depressiven Erkrankung davon abhängt, ob aus der Depression Trauer über das verlorene Objekt werden kann und ob aus der Trauer heraus sich die stagnierende Individuation fortsetzen kann. A. Miller sagt in ihrer Arbeit "Depression und Grandiosität", daß die Depression in die Nähe der Wunde, aber erst die Trauer über das Vermißte, das in der entscheidenden Zeit Vermißte, zur wirklichen Vernarbung führe (Miller 1979, 142).

Es ist die Frage, ob ein solcher Trauerprozeß überhaupt bei Kindern möglich ist. Martha Wolfenstein, die sich in ihrer Arbeit "How is Mourning Possible?" mit dieser Frage auseinandergesetzt hat, verneint dies und meint, daß erst die Adoleszenz die notwendigen Voraussetzungen der Entwicklung für die Fähigkeit zu trauern bietet.

Ich bin der Ansicht, daß ein Kind durch die Bearbeitung der oralen Fixierung, der damit zusammenhängenden Aggression in der Übertragung und der in diesem Zusammenhang sich verändernden Selbst- und Objektrepräsentanzen seine Bindung an frühe Idealzustände des Selbst lösen kann. Mit dem Erleben von mehr Funktionslust und mehr Aktivität kommt eine größere Übereinstimmung von realem und idealem Selbst zustande. Dieser Prozeß ist immer auch mit Trauer verbunden, die aber natürlich beim Kind ihr eigenes, dem Lebensalter entsprechendes Gesicht hat. In jedem Fall kann auf diesem Wege die stagnierende Individuation fortgesetzt werden.

## 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, 2, 12-217
- [4] Asch, St. S. (1966): Depression: three clinical variations. In: Psa. Study Child 11, 150-171
- [5] Balint, M. (1951): Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom. In: Balint, M.: Die Urformen der Liebe. Bern: 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 1971, 281-285
- [7] Bibring, E. (1952/53): Das Problem der Depression. In: Psyche 6, 81-101

- [8] Blatt, S. J. (1974): Anaclitic and introjective depression. In: *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 1971*, 405-411
- [10] Cohen, D. J. (1980): Constructive and Reconstructive Activities in the Analysis of a Depressed Child. In: *Psa. Study Child* 35, 237-266
- [11] Diepold, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. In: *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] Eggers, C. (1980/81): Die endliche Depression unter entwicklungspsychologischen Aspekten. In: *Acta paedopsychiat.* 46, 263-273
- [14] Eicke-Spengler, M. (1977): Zur Entwicklung der Theorie der Depression. In: *Psyche* 31, 1079-125
- [15] Fenichel, O. (1945): *Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. II.* Ölten: Walter (1975)
- [16] Freud, S. (1917): *Trauer und Melancholie.* GW X
- [17] Freud, S. (1920): *Jenseits des Lustprinzips.* GW XIII
- [18] Freud, S. (1923): *Das Ich und das Es.* GW XIII
- [19] Gerö, G. (1936): The Construction of Depression. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 17, 423-461
- [20] Grunberger, B. (1971): Studie über die Depression. In: *Vom Narzißmus zum Objekt.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp (1976)
- [21] Henseler, H. (1974): *Narzißtische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbstmordes.* Reinbek: Rowohlt
- [22] Jacobson, E. (1971): *Depression.* Frankfurt: Suhrkamp (1977)
- [23] Joffe, V., Sandler, J. (1965a): Notes on Childhood Depression. In: *Int. J. Psycho-Anal.* 46, 88-96
- [24] Joffe, W., Sandler, J. (1965b): Notes on Pain, Depression and Individuation. In: *Psychoanal. Study Child* 20, 394-424
- [25] Kielholz, P. (1971): Aetiologische Faktoren bei Depressionen. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen. Proc. 4th U.E.P. Congr. Stockholm 1971*, 63-74
- [26] Klein, I. (1960/61): Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: *Psyche* 14, 256-283
- [27] Klein, M. (1962): Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen. In: *Das Seelenleben des Kleinkindes.* Stuttgart: Klett
- [28] König, K. (1981): *Angst und Persönlichkeit.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- [29] Levin, S. (1965): Einige Vorschläge zur Behandlung depressiver Patienten. In: *Psyche* 21, 393-418

- [30] Loch, W. (1967): Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv-psychotischer Zustandsbilder. In: *Psyche* 21 758-779
- [31] Mahler, M. (1968): *Symbiose und Individuation*. Stuttgart: Klett (1972)
- [32] Meierhofer, M. (1971): Depressive Verstimmungen im frühen Kindesalter. In: *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen. Proc. 4th U.E.P. Congr. Stockholm 1971*, 159-162
- [33] Miller, A. (1979): Depression und Grandiosität als wesensverwandte Formen der narzißtischen Störung. In: *Psyche* 33, 132 156
- [34] Nissen, G. (1971): *Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer
- [35] Nissen, H. (1980/81): Zur Klassifikation der Depression im Kindesalter. In: *Acta paedopsychiatr.* 46, 275-284
- [36] Pohlmeier, H. (1976): Die psychoanalytische Theorie der Depression. In: *Psychologie des 20. Jahrh., Tiefenpsychologie Bd. I*, Weinheim: Beltz (1982), 669-706
- [37] Rado, S. (1927): Das Problem der Melancholie. In: *Int. Z. f. Psa.*, 13
- [38] 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
- [39] Sperling, M. (1960): Depressive Äquivalente bei Kindern. In: *Prax. Kinderpsychol.* 9, 7-11
- [40] Spitz, R.A. (1945): Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In: *Psychoanal. Study Child* 1, 53
- [41] Spitz, R.A. (1946): Anaclitic depression. In: *Psychoanal. Study Child* 2, 313 342
- [42] Städteli, H. (1978) (Hrsg.): *Die chronische Depression beim Kind und Jugendlichen*. Bern: Huber
- [43] Tellenbach, H. (1978): *Melancholie*. Berlin: Springer, 3. Aufl.
- [44] Toolan, J.M. (1962): Depression in children and adolescents. In: *Amer. J. Orthopsychiat.* 32, 404-415
- [45] Winnicott, D. (1954): The Depressive position in normal emotional development. In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Hogart Press (1975)
- [46] Winnicott, D. (1960): Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. In: *Psyche* 14, 25
- [47] Wolfenstein, M. (1966): How is mourning possible? In: *Psychoanal. Study Child* 21, 93-123
- [48] Zetzel, E. (1960): Zum Krankheitsbild der Depression. In: *Psyche* 13, 641 650
- [49] Zetzel, E. (1965): On the incapacity to bear depression: In: *The Capacity for Emotional Growth*. Dt.: *Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum*. Stuttgart: Klett (1974).