

Das Diagnose-Profil des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie Frankfurt a. M.²⁷

1. Vorbemerkung

Es war einmal ein Bildhauer, der sich über einen riesigen Granitblock beugte. Jeden Tag hieb und hackte er an dem formlosen Stein herum, und eines Tages besuchte ihn ein kleiner Junge. »Was suchst du denn?« fragte der Junge. »Abwarten«, sagte der Bildhauer. Nach einigen Tagen kam der Junge wieder, und nun hatte der Bildhauer ein schönes Pferd aus dem Granitblock herausgemeißelt. Der Junge startete das Pferd sprachlos an. Dann drehte er sich zum Bildhauer um und fragte: »Woher hast du denn gewußt, daß das darin steckt?« (Gaarder, *Soßes Welt*, S. 132)

Diese Geschichte könnte ein grundlegendes Problem psychoanalytischer Diagnosefindung gut illustrieren. Denn steht nicht häufig das analytische Material eines Patienten vor uns wie ein Granitblock, in dem wir nichts sehen können? Und erliegen wir nicht oft der Verführung, wie der Bildhauer vorzugehen, und präsentieren dann dem Patienten eine diagnostische Gestalt in der Annahme, es läge nur an uns, sie herauszuhaben?

²⁷ Diese Arbeit ist im Zusammenhang mit einer Arbeitsgruppe im Jahr 1992 entstanden. An dieser Arbeitsgruppe nahmen außer den Autoren teil: Otto Goldschmidt, Ulrike Jongbloed-Schurig, Angela Köhler-Weisker, Gertrud Reink und Jörg Scharff. Elisabeth Müller-Brünn hat die Arbeit engagiert und kritisch begleitet und mit wichtigen Anregungen bereichert. Der Text wurde für diese Veröffentlichung überarbeitet.

2. Entstehungsgeschichte

Als wir vor Jahren für das Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Frankfurt einen Computer anschafften, wuchsen die Phantasien, was alles wir nun damit bewerkstelligen könnten, ins schier Unermeßliche. Endlich, so dachten wir, würden wir das reichlich anfallende (und seit über 20 Jahren angesammelte) Fallmaterial der am Institut durchgeführten und dokumentierten Erstinterviews auswerten können. Endlich würden wir die in kollegialen Arbeitszusammenhängen kursierenden, häufig spontan entstehenden und durchaus interessanten Hypothesen – z.B. die über eine Zunahme von Überlich-Störungen – belegen oder auch falsifizieren können, statt uns immer nur die Köpfe heiß zu debattieren, viel dabei zu lernen, aber doch zu keinem vorzeigbaren Ergebnis zu kommen. Nicht zuletzt waren wir auch unter berufspolitischen Gesichtspunkten von dem überall ertönenden Ruf nach Psychotherapieforschung beeindruckt.

Nun ist das am Institut archivierte Fallmaterial in der Tat ein reicher Schatz. Allerdings ist es in der vorliegenden Form schwer zu verwerten: Bis auf wenige ausgewählte statistische Angaben und eine ausführliche Fragebogenerhebung von anamnестischen Daten besteht es nämlich in seinen spezifisch psychoanalytischen Teilen aus frei erstellten Protokollen der Erstinterviews mit Eltern, Kindern und Jugendlichen. Diese Protokolle stammen zumeist von Ausbildungskandidaten, und häufig – wenn auch keineswegs systematisch – sind ihnen psychodynamische oder diagnostische Überlegungen beigelegt. Diese Überlegungen folgen in der Regel dem Stil freier theoretischer Assoziation – ein Verfahren, das gut geeignet sein mag, psychoanalytische Vorgehensweise zu üben und sich vor vor schnellen Kategorisierungen zu hüten. Gleichwohl haftet ihm natürlich – auch formal – eine weitgehende Beliebigkeit an, die es als diagnostische Auswertung der Interview-Protokolle für weitere, z.B. vergleichende, Forschungszwecke zunächst ungeeignet macht.

Wir verabschiedeten uns ziemlich bald von der Idee, das Archivmaterial auszuwerten; wir dachten auch längst nicht mehr an den Computer und seine Möglichkeiten oder auch Zwänge. Wir wandten uns vielmehr der Frage zu, ob es überhaupt eine Möglichkeit gäbe, wenigstens die zukünftigen Interviewfälle jeweils am Ende der Erstuntersuchung vom jeweiligen Interviewer nach einem bestimmten Raster auszuwerten

zu lassen. Zu diesem Zweck bildete sich eine Arbeitsgruppe, die in folgendem gedanklichen Spannungsfeld diskutierte: Einerseits erschien es spontan einleuchtend, Kriterien zu erarbeiten, anhand derer die unbewußte Dynamik eines Falles einigermaßen geordnet und verdichtet erfaßt werden kann; es erschien sogar sinnvoll, mit einem verbindlichen Kriterienkatalog eine gewisse Konzeptualisierung zu erzwingen. Dies müßte ja den grundsätzlich geltenden Charakter der Vorläufigkeit keineswegs außer Kraft setzen. Andererseits aber wurde auch die Gefahr gesehen, das Verständnis des jeweils einzigartigen Falls in ein Schema zu zwingen, welches das kreative psychoanalytische Denken des Interviewers einengen, schlimmstenfalls sogar seine »gleichschwebende Aufmerksamkeit« während des Erstinterviews stören könnte.

Übrigens spiegelt dieses Spannungsfeld die dialektische Spannung oder auch chaotische Ordnung in der Technik des Erstinterviews selbst wieder, so wie wir es in Frankfurt handhaben: Zum einen versuchen wir, einen strukturalen Raum zu schaffen, in dem die unbewußte Trieb- und Beziehungsdynamik eines Patienten gemäß dem Wiederholungszwang sich möglichst frei und in einer zunächst durchaus chaotisch erscheinenden Szene entfalten wird; zum anderen wollen wir gemeinsam mit dem Patienten ein analytisches Sinnverständnis dieser Szene erarbeiten und greifen mit Interventionen, Deutungsversuchen oder auch Fragen durchaus strukturierend in den Prozeß ein. In der Sprache psychoanalytischer Technik könnte man idealtypisch sagen: Wir fügen der gleichschwebenden Aufmerksamkeit eine Stufe psychoanalytischen Denkens hinzu, in das die theoretischen Konzepte der Psychoanalyse eingegangen sind, und das gleichwohl eng angelehnt an die aktuell erlebte innere Welt des jeweiligen Patienten ist.

Es ist eine knifflige Angelegenheit mit dem psychoanalytischen Denken: Die eine Gefahr besteht – grob gesagt – darin, daß man in der Dynamik des Interviews sozusagen steckenbleibt, vom Material über-schwennt wird und die innere Welt des Patienten zu wenig begrifflich erfaßt, also nicht deuten kann; die andere besteht darin, daß Theorie übergestülpt, der Patient nicht wirklich verstanden wird – man also letztlich auch nicht deuten kann.

Diese Schwierigkeit ist allen Klinikern wohl vertraut; sie ist nicht etwa den Kandidaten während ihrer Ausbildung vorbehalten. In der Ausbildung muß ihr daher ein zentraler Stellenwert zugewiesen werden. So ergab sich für die Arbeitsgruppe, die sich mit dem Diagnose-Profil-Projekt befaßte, zwangsläufig der Leitgedanke, daß das Diagno-

se-Profil den Lernprozeß psychoanalytischen Denkens in der Ausbildung bereichern und intensivieren solle; und vermutlich würde es ja auch hauptsächlich im Rahmen der Ausbildung angewendet.

Der Gesichtspunkt der Ausbildung bekräftigte nun wiederum die Notwendigkeit der alltäglichen Handhabbarkeit des Profils, er brachte aber auch die Gefahren von Vereinfachungen und Verkürzungen verstärkt ins Blickfeld. Auch unsere Auseinandersetzung mit dem Hampstead-Profil stand durchaus unter der Prämisse der Vereinfachung bzw. besseren Handhabbarkeit. Seit vielen Jahren wurde bereits im Rahmen der Ausbildung regelmäßig ein Seminar zum Hampstead-Profil angeboten und dieses Profil auch probeweise angewendet. Das Seminar stieß meist nicht auf besonders große Gegenliebe bei den Kandidaten, und das nicht nur, weil das Hampstead-Profil zu erstellen sehr aufwendig ist. Ein gewichtigerer Kritikpunkt war der, daß die Arbeit mit dem Hampstead-Profil in der Tendenz trocken objektivistisch wirkte, weil der subjektive Faktor in unserer Art des szenischen Verstehens der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik, der unser Fallverständnis lebendig macht, weitgehend entfällt, vielleicht sogar in London als Spekulationen befördernd betrachtet würde. Und in der Tat haben wir in der Frankfurter Tradition des psychoanalytischen Erstinterviews wohl gute Fähigkeiten im phantasievollen freien Assoziieren zu einem Fall entwickelt. Ursächliche Zusammenhänge begündet festzuhalten und von Spekulationen zu trennen, kurz: ein diagnostisches Profil zu entwerfen fällt uns dagegen eher schwer.

Wir haben es dennoch nicht aufgegeben und legen mit dieser Arbeit die vorläufig jüngste von mehreren verworfenen bzw. geänderten und ergänzten Fassungen des Diagnose-Profiles vor. Bei der bisherigen haben wir die Erfahrung gemacht, daß seine Erstellung Mühe kostet, weil es auf differenzierte Erfassung ausgerichtet ist, daß diese Mühe aber durchaus lohnend ist, weil sie das Verständnis der Psychodynamik vertieft und genauer formulieren hilft.

Daß dabei spannende theoretische Fragen aufkommen (wie z.B. in einem Fall die nach dem genetischen Zusammenhang bzw. der Unterscheidung der Abwehrmechanismen der projektiven Identifizierung und der Identifikation mit dem Aggressor), kann uns bisher lediglich als »Abfallprodukt« erscheinen, aus dem rasch viele weitere Forschungsfelder und Projekte entstehen können. Und ähnlich wie das Hampstead-Profil kann auch unseres ein gutes Instrument zur Evaluierung von Behandlungsverläufen werden, wenn es zu Beginn, in der Mit-

te und am Ende einer Psychotherapie erstellt wird und die Ergebnisse miteinander verglichen werden.

3. Literaturübersicht und theoretische Überlegungen

Die Frage, wie ein psychischer Vorgang, psychische Konflikte und deren Ursachen bzw. Motive beschrieben werden können, und welche Gesichtspunkte dabei von Bedeutung sind, beschäftigt bis heute die Psychoanalyse, insbesondere dann, wenn es um die Formulierung einer Diagnose geht. So schlägt Sigmund Freud z. B. in seiner Arbeit *Das Unbewußte* vor, eine solche Beschreibung eine »metapsychologische Darstellung« zu nennen, »wenn es uns gelingt, einen psychischen Vorgang nach seinen dynamischen, topischen und ökonomischen Beziehungen zu beschreiben« (Freud, GW X, S. 281).

Mit den Begriffen »Ergänzungsreihe« oder »ätiologische Reihen« versucht Freud ebenfalls, den vielfältigen inneren und äußeren Einflüssen, einschließlich der konstitutionellen Faktoren bei der Entstehung psychischer Konflikte und Symptome, Rechnung zu tragen (Freud, GW XI, S. 360 u. 376f.).

Es hat also schon sehr früh Versuche gegeben, klinisch-psychoanalytisches Material in eine metapsychologische Form, wie Freud es nennen würde, zu gießen, um zu einem systematischen, möglichst vollständigen Bild unbewußter seelischer Konflikte und Phänomene zu kommen.

Freud, so sei noch angemerkt, wies darüber hinaus in den zitierten Überlegungen bereits auf die immensen Schwierigkeiten hin, eine möglichst vollständige Beschreibung psychischer Vorgänge bei seinen erwachsenen Patienten überhaupt zustande zu bringen.

Betrachtet man sich die Entwicklung der Kinderanalyse, so fällt in diesem Zusammenhang auf, daß erst relativ spät Versuche gemacht wurden, sich mit diagnostischen Überlegungen und Beschreibungen systematisch zu beschäftigen.

Anna Freud hat sich als erste in ihrem Werk ausführlich mit Fragen der Entwicklung, der Symptomentstehung und der Diagnose beim Kind beschäftigt. In ihrer Arbeit *Wege und Irrwege der Kinderentwicklung* beschreibt sie ihr Konzept der Entwicklungslinien in der kindlichen Entwicklung und versucht, einen systematischen Überblick pathologi-

scher Abweichungen in der Kinderentwicklung zu geben (A. Freud, Bd. 111, 1965/1980). In diesem Kontext entwickelt sie ein metapsychologisches Entwicklungsbild, das als erster Versuch gelten kann, Maßstäbe und Bewertungen pathologischer Entwicklungen beim Kind aufzustellen (A. Freud, ebd., S. 2254ff.).

Aus diesem Entwicklungsbild entstand das bereits genannte diagnostische Profil des heutigen Anna Freud Centres (London), das sogenannte Hampstead-Profil, unter dem Leitgedanken einer Klassifizierung der Persönlichkeit in ein diagnostisches Schema und einer ausführlichen Untersuchung des »inneren Bildes des Kindes, das Informationen über die Struktur seiner Persönlichkeit, die dynamischen Vorgänge innerhalb der Struktur, einige ökonomische Faktoren über die Triebaktivität und die relative Stärke der Es- und Ich-Kräfte, seine Regulationsanpassung und einige genetische Voraussetzungen enthält« (Nagera/Bolland, 1969, S. 534). Die Anlehnung an Freuds Forderungen für eine metapsychologische Darstellung ist deutlich erkennbar.²⁸

Die enorme Erfassungsbreite des Hampstead-Profiles sowie sein Anspruch, auch Forschungszwecken zu genügen, machen eine Fülle zu klassifizierenden Materials über einen Patienten notwendig, so daß die Handhabbarkeit leidet und die klinisch-diagnostische Anwendbarkeit erschwert wird. Daß die Ausrichtung des Profils zu Lasten der Erfassung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens im Interviewprozeß geht, soll nur noch einmal erwähnt werden.

S. I. Greenspan legt in seinem Konzept des »Clinical Interview of the Child« ebenfalls einen Versuch vor, Beobachtung und Diagnostik zu systematisieren. Rein ichpsychologisch orientiert untersucht er die Entwicklung des Kindes fast ausschließlich nach Gesichtspunkten wie Ichfunktionen, -niveaus und -fähigkeiten, ohne die Beziehungsaspekte im Interview einzubeziehen (vgl. Greenspan, 1981).

In seiner Bemühung, die Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen genauer zu erfassen und zu untersuchen, stellt Dieter Bürgin wiederum die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in den Mittelpunkt seiner einflussreichen Bemerkungen und formuliert dann 20 Gesichtspunkte für die Diagnose, die sich auf die Bandbreite der psychischen Entwicklung (Triebentwicklung, Ob-

²⁸ Die weitere systematische Arbeit am Profil und fortlaufende Modifizierungen (vgl. z. B. A. Freud, M. Kris et al., 1977) führten letztlich zum Aufbau des »Hampstead Index«, mit dem klinische und theoretische psychoanalytische Forschung ermöglicht werden sollte.

jektbeziehungen, Abwehrmechanismen etc.) beziehen (Bürgin, 1992). Unklar bleibt aber, welche Rolle die reklamierte Beziehung Patient-Therapeut für die Diagnose und Indikation wirklich spielt, legt Bürgin doch nachfolgend vor allem Wert auf die Erfassung der Funktionsfähigkeit oder Dysfunktionalität des Ichs des Patienten (vgl. Bürgin, 1992, S. 27ff.). Bürgin bleibt somit hinter dem formulierten Anspruch und zieht sich, pointiert gesagt, wiederum auf das relativ sichere Terrain der Ichentwicklung zurück.

Bei allen guten und brauchbaren Überlegungen für eine systematische diagnostische Beurteilung und Formulierung scheint immer wieder die Schwierigkeit zu bestehen, neben den verschiedenen Entwicklungs- und Persönlichkeitsaspekten die zentralen Faktoren des dynamischen Prozesses im Interview, nämlich Übertragung, Gegenübertragung und szenische Elemente, zu integrieren, obwohl deren Bedeutung für Diagnose und Indikation häufig festgestellt wird.

A. Limentani wies kürzlich noch einmal auf das Problem hin, zu einer relevanten Diagnose zu kommen (Limentani, 1993). Er spricht von der grundsätzlichen Skepsis vieler Psychoanalytiker Diagnosen gegenüber und relativiert deren Bedeutung, wenn er auf die Tendenz hinweist, Biographie und Symptomatik in den Vordergrund zu rücken, mit der Folge, daß Diagnosen psychiatrischen Charakter behalten oder regelrechte »Minianalysen« werden (Limentani, a.a.O., S. 74). Treffend stellt er fest: »Zu viele Schlußfolgerungen auf der Basis dieser Erkenntnisse können außerordentlich irreführend sein, weil keines der beobachteten Phänomene zur Übertragungsneurose, die noch auftreten wird, gehören muß.« (a.a.O., S. 74)

Trotzdem unterstreicht er die Bedeutung der »Gesamtreaktion« des Interviewers nach dem Erstgespräch. Dieser Reaktion, die er in Abgrenzung zur Gegenübertragung auch Intuition nennt, weist er – bei »altem wissenschaftlichen Streben« – einen hohen Stellenwert für die Diagnose und für die Beurteilung der Analysierbarkeit zu (a.a.O., S. 81ff.).

Argelander betonte in seinem Ansatz bereits 1970 die Bedeutung szenischer und situativer Informationen für den Interviewprozeß – er meint damit das Erleben und die Gestaltung der Situation unter Einbeziehung aller Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufe –, die er als gleichrangig neben objektiven und subjektiven Informationen ansieht (Argelander, 1970, S. 14).

Für die Diagnostik bei Jugendlichen stellt Salzberger-Wittenberg das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen in den Mittelpunkt ihrer

Überlegungen und versucht, dieses als Grundparameter der psychoanalytischen Situation nutzbar zu machen. Dabei stellt sie ihr Interesse an der im Interview aktualisierten inneren Gefühlssituation des Patienten über alles, versucht, seine Ängste, Aggressionen, seinen Schmerz u.a. in sich aufzunehmen und zu sehen, ob und wie sie diese »verdauen und verbalisieren« kann, um dann zu beobachten, welche Folgen sich im Interviewprozeß einstellen (Salzberger-Wittenberg, 1994, S. 71f.). Dies läßt dann im weiteren Aussagen zur Aufnahmefähigkeit des Patienten, seiner Fähigkeit, Angst und Schmerz auszuhalten, sowie über sein Interesse an psychoanalytischer Arbeit zu (a.a.O.).

Wie aus den bisherigen Überlegungen ersichtlich, mußten bei der Formulierung unseres diagnostischen Profils erhebliche Probleme und Schwierigkeiten entstehen, sollte das Kriterium der Handhabbarkeit mit dem Anspruch der Vollständigkeit in der theoretischen Erfassung und der Auswertung der Dynamik des Interviewprozesses integriert werden.

Mit dem nun folgenden »Diagnose-Profil des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Frankfurt a. M.« haben wir versucht, diese Prämissen zu erfüllen. Daß dahinter unsere Überzeugung steht, daß psychoanalytisches Denken immer um die unbewußte Konfliktodynamik und deren Verarbeitungen kreist und daß diese Besonderheit eine psychoanalytische Diagnostik prägen muß, wird am Text erkennbar sein.

4. Das Diagnose-Profil des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Frankfurt a. M.*

4.1 Symptome/Gründe des Kommens

Bei der Angabe der Symptome ist – evtl. in einer Klammer – anzumerken, von wem (Eltern, Ärzte, Lehrer oder vom Patienten selbst) sie beschrieben wurden.

Zu vermerken sind auch Zeitpunkt bzw. Anlaß des Auftretens der

* Für diese Veröffentlichung haben wir die neueste, im Jahr 2002 gültige Version des Profils eingesetzt.

Symptome (wann? phasenweise? situationsbedingt?) und ihre Charakteristik (z.B. ob Ichsynton oder -dyston; wer leidet?)

Die Symptome könnten den folgenden Orientierungskriterien zugeordnet werden:

- Ängste und Phobien
- Zwänge, Besessenheiten, Rituale, Zeremonien
- Affektstörungen
- Am Körper auftretende Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens (Kontakte etc.)
- Störungen des Sexualverhaltens
- Störungen der Ichfunktionen
 - a. Spiel- und Arbeitsverhalten (z.B. Konzentrationsstörungen)
 - b. Realitätsprüfung
 - c. Regressives Verhalten
- Anderes

4.2 Wichtige Angaben zur Anamnese

- a) familiäre Bedingungen; aktuelle Lebenssituation
- b) bedeutsame Informationen aus der Lebens- und Krankheitsgeschichte

4.3 Szenischer Befund im Interview

Hier sollen der szenische Auftakt und wichtige Szenen, die den Verlauf des Interview prägend gestaltet haben, kurz skizziert und kommentiert werden.

Dabei soll auch der Kontakt zum Patienten beschrieben werden, ferner sein Umgang mit Affekten und Gefühlen wie Angst, Neid, Eifersucht, Scham, Schuld, Freude oder Haß, und es soll eine Aussage über seine affektive Flexibilität, Modulierbarkeit oder Labilität gemacht werden.

Auffallende Merkmale im Verhalten oder der Motorik (z.B. »wirkt debil« o. ä.) können hier festgehalten werden.

4.4 Übertragung/Gegenübertragung

Unter Einbeziehung der vorherigen Punkte sollen zum spontanen Übertragungsgeschehen Hypothesen gebildet werden: Inwieweit sind in Spielsequenzen, in Szenen, Bemerkungen und Dialogen Übertragungen enthalten und ggfs. Gegenübertragungsreaktionen wahrzunehmen?

Dabei ist auf die Situationsangemessenheit bzw. -unangemessenheit der Reaktionen des Patienten zu achten.

Schließlich ist die Fähigkeit des Patienten, eine Übertragungsbeziehung eingehen zu können, einzuschätzen.

Die Besonderheiten der Übertragungssituation mit Kindern müssen hier berücksichtigt werden; d.h. zu unterscheiden ist ggfs.:

- die Übertragung von vorwiegend üblichen Beziehungsweisen (z. B. die Tendenz zu sadomasochistischen Interaktionen.); diese können später zu Übertragungen im engeren Sinn werden;
- die Übertragung gegenwärtiger Beziehungen und Konflikte (gegenwärtige, wirklichkeitsbezogene Konflikte durch Geburt eines Geschwisters o. ä.);
- die Übertragung von früheren Erlebnissen, wobei es im Erstinterview schwierig ist, diese von der Übertragung gegenwärtiger Probleme zu unterscheiden.

4.5 Abwehrmechanismen

Es geht darum, die Hauptabwehrmechanismen, die dem Ich zur Verfügung stehen, zu beschreiben und ihr entwicklungspsychologisches Niveau zu reflektieren. Auch auffallende, sich wiederholende Abwehrmaßnahmen (Dauerspielen u.ä.) sollten genannt werden.

Ferner sollte kurz eine Einschätzung gegeben werden, gegen welche spezifische Angst, Schuld, Scham oder andere schmerzliche Gefühle und Affekte (z.B. Depression) bzw. Triebwünsche sich die Abwehr richtet. Zudem sollte überlegt werden, inwiefern die Abwehraktivitäten ggfs. zu Ich-Einschränkungen beitragen.

4.6 Umgang mit Angst/Realitätsprüfung

In diesem Punkt sollte kurz beschrieben werden, wie der Patient Angst erlebt bzw. zeigt und wie sein Ich darauf reagiert (Einschätzung von Angsttoleranz und Realitätsprüfung).

Die Qualität der Angst sollte genauer bestimmt werden (Überichs-Angst, Kastrationsangst, Angst vor Liebesverlust, Trennungsangst, archaische Ängste), möglichst mit Beispielen für Angstinhalte.

Hier sollte auch angeführt werden, ob traumatische Faktoren eine Rolle spielen (Tod eines Elternteils, Mißbrauch, Unfälle u. ä.).

4.7 Objektbeziehungen

Die Reife der Objektbeziehungen soll zunächst durch die Art der Objektbesetzung (z.B. narzißisch, anaklitisch, analsadistisch, ödipal verführend etc.) charakterisiert werden.

Daraus ergibt sich die Aussage über erreichte/nicht erreichte Objekt Konstanz und eine Einschätzung, ob die Objektbeziehungen der Entwicklungsphase gerecht werden.

An dieser Stelle sollten wichtige Objekte für den Patienten kurz beschrieben werden.

4.8 Entwicklungsniveau

Mit Entwicklungsniveau ist vor allem die Frage nach dem Erreichen der »Phasendominanz« bzw. nach gravierenden Abweichungen von der altersgemäßen Entwicklungsphase gemeint.

Dies spiegelt sich auch in der Ichfähigkeit des Patienten wider, die Interviewsituation für sich zu nutzen (altersgemäß zu spielen, zu sprechen, Beziehung aufzunehmen und die Realität des Interviewers und der Situation wahrzunehmen) und auf Klärungen, Konfrontationen und Interpretationen des Therapeuten zu reagieren. Auch die Symbolisierungs- und Phantasiefähigkeit bzw. gravierende Defizite und Störungen in diesem Bereich sollten vermerkt werden.

Ferner gehört zu diesem Punkt eine Einschätzung, ob das Kind/der Jugendliche über ein annehmbares, dem Alter und der Entwicklung entsprechendes Selbstkonzept (Selbstwertgefühl, Selbsteinschätzung

u.ä.) verfügt. Dabei kann auch die Erwartung des Interviewers ein Gradmesser sein (wenn z.B. das, was der Patient anbietet, von dieser erheblich abweicht).

Die Qualität libidinöser und aggressiver Manifestationen (z.B. narzißische/objektgerichtete Wut, Destruktivität, Haß u. ä.) sollte, wenn möglich, kurz beschrieben werden.

Schließlich: Wie ausgewogen erscheint die Überichsentwicklung, welche Qualität (strafend, wohlwollend, sadistisch etc.) hat das Überich und – natürlich immer auf die Entwicklungsphase bezogen – wie ist der Grad der Internalisierung und die Reife des Überichs (z.B. primitiv-rigid, differenziert, primitive Idealisierung u.ä.)?

4.9 Dynamische und strukturelle Einschätzung der Konflikte

Hier sollte nun eine genaue Eingrenzung und Einschätzung der hauptsächlichsten Konflikte und der Art der Störung – also Neurose, Entwicklungsstörung, frühe Störung (narzißische, Borderline, psychotische) – vorgenommen werden. Dabei ist die Einschätzung, ob sie intrapsychisch oder interpersonell-familiar, vom äußeren Kontext abhängig oder verinnerlicht sind, von zentraler Bedeutung.

Auch die Frage der Triangulierung spielt hier eine Rolle: Sind die Konflikte eher dyadisch oder haben sie triangulären Charakter und sind eher ödipal?

Für *Jugendliche* ist hier noch eine separate Einschätzung vorzunehmen:

- Inwieweit ist eine Entwicklungskrise eingetreten?
- Wie gefährdet ist der Jugendliche? Wie weit muß er seine Abwehr in den Dienst der Bewältigung der Angst im Gefolge seines »breakdowns« stellen?
- Wie ist die Gefährdung am Ende der Adoleszenz einzuschätzen, wenn die endgültige Sexualorganisation festliegt?

- Steht die Entwicklung unter dem Vorzeichen der Abwehr, hat sie einen Stillstand erreicht oder ist eine Entwicklungssperre eingetreten?

Dies ist wichtig für die Einschätzung, ob eine Störung aufgrund einer Identitätskrise vorliegt oder ob infolge von Identitätsdiffusion die Störung auf einem tieferliegenden Strukturproblem beruht.

4.10 Progressive vs. regressive Entwicklungskräfte/Ressourcen

Dieser kurze Punkt ist besonders hinsichtlich der Indikation und einer Behandlungsprognose von Bedeutung. Neben der Frage nach der Quantität des »Vorwärtstranges« stehen Fragen, ob ein Kind oder Jugendlicher auf Trost und/oder Sicherheit spendende, reale Beziehungen und auf entsprechende internalisierte Erfahrungen zurückgreifen kann, welche kreativen und Sublimierungsfähigkeiten vorhanden sind und welches Grundvertrauen zu sich selbst, dem eigenen Körper und der Außenwelt aufgebaut werden konnte.

4.11 Eltern/Bezugspersonen

Kurze Beschreibung der:

- Paarbeziehung
 - Beziehung zum Kind (unter Einbeziehung von Geschwistern)
 - evtl.: charakteristische Abwehr/»Familienstil«
- Kurze psychodynamische Einschätzung der neurotischen Konflikte/ Störung der Eltern hinsichtlich der Behandlungsprognose.

4.12 Diagnose

Die Diagnose stellt eine Zusammenfassung aller bisher gewonnenen Erkenntnisse dar. Es sollte sowohl eine Symptombiographie (z.B. Anorexia nervosa), als auch, wenn möglich, eine Strukturdiagnose gestellt werden.

4.13 Indikation

Die Indikation leitet sich vor allem aus den Punkten 3, 6, 9 und 10 her und sollte bei Kindern einen Bezug zu Punkt 11 enthalten.

4.14 Nichtverstandenes

Hier geht es um die Frage, was der Interviewer nicht verstanden hat und – wenn möglich – welche Gründe ihm dafür wichtig erscheinen.

5. Kommentar

Das Profil ist auf das diagnostische Vorgehen bezogen, wie es am Frankfurter Institut im Laufe seines Bestehens auf der Basis des szenischen Interviews (Argelander, 1970) entwickelt wurde. Diese Vorgehensweise bei der diagnostischen Untersuchung von Kindern beinhaltet in der Regel ein Elterngespräch, dem ein oder mehrere Kinderinterviews folgen, und abschließend ein oder zwei Abschlussgespräche wiederum mit den Eltern. Im Zentrum der Untersuchung steht dabei das dynamische Geschehen zwischen Therapeut, Eltern und Kind, während ein Fragebogen zur Entwicklung des Patienten separat an die Eltern ausgegeben wird, um notwendige Daten zu erhalten. Bei Jugendlichen ist das Verfahren ähnlich, mit dem Unterschied, daß, je nach Alter, das vorgeschaltete Elterngespräch entfällt und sich die Gespräche mit Eltern mehr auf die Informationsebene beschränken.

Ziel des psychoanalytischen Vorgehens im Interview ist – wie im Kapitel 3 bereits dargelegt –, daß sich das szenische und Übertragungsgeschehen möglichst frei und ungestört entfalten und die Aufmerksamkeit auf die unbewußten Inszenierungen und Übertragungsgealtungen des Patienten gerichtet werden kann. Das diagnostische Profil, das nun im Einzelnen erläutert werden soll, dient dazu, diesen offenen Prozeß zu reflektieren, zu ordnen und seine Struktur, die er im Interviewverlauf annimmt, zu formulieren.

Der erste Punkt des Profils soll der Ordnung der sichtbaren, manifesten Symptome dienen, die im Laufe der Interviews genannt werden.

Anna Freud unterscheidet in ihrer Arbeit über die Klassifizierung der kindlichen Symptomatik zwischen »eigentlichen Symptomen und anderen Störungen«, wobei es ihr darum geht, »Symptome im engeren Sinn von all den sonstigen Gründen zu trennen, aus denen ein Kind zu Diagnose und Behandlung (...) verwiesen wird« (A. Freud, Bd. IX, S. 2515). Eine auf den ersten Blick einfache, aber doch sehr schwierige Einschätzung, wobei die Schwierigkeit auch ein Indikator sein kann für das Niveau der Störung (also neurotisch oder nicht u.ä.).

Zur besseren Orientierung können die genannten sieben Orientierungskriterien Verwendung finden, die aus dem Hampstead-Index stammen und die eine qualitative Einordnung und Überprüfung ermöglichen sollen, ohne daß sie auf jeden Patienten gleichermaßen zutreffen müssen (vgl. Bolland/Sandler, 1977).

In diesem ersten Punkt geht es also um eine erste Würdigung der Symptome, die oft für sich gesehen wenig aussagen und erst im Verlauf der diagnostischen Untersuchung ihren Stellenwert erhalten.

Als ein Beispiel kann das »Einnässen« gelten, das für sich genommen als Symptom noch wenig aussagt. Erst die Klärung von Fragen wie: ob der Patient schon einmal die Kontrolle besaß oder nicht; vor allem aber, welche Phantasien, Vorstellungen und Objektbezüge er mit dem Einnässen verbindet, geben Hinweise auf das Erkrankungs niveau.

Der dritte Punkt trägt der Bedeutung der »szenischen Informationen« Rechnung (vgl. Argelander, 1970). Dieter Bütgin beschreibt mit Begriffen wie Kontakt und Emotionalität weitere Aspekte szenischen Verstehens (Bütgin, 1993, S. 23). Es muß betont werden, daß es oftmals kleine und nebensächlich erscheinende Szenen bei der Anmeldung und der Begrüßung, beim ersten Blickkontakt, während der Sitzung oder an deren Ende sind, die auf das Übertragungsgeschehen und seine Dynamik sozusagen ein Blitzlicht werfen.

Dies führt zu dem vierten Punkt, der im Hinblick auf das eigentlich psychoanalytisch bedeutsame Geschehen einen zentralen Stellenwert hat, aber einige Schwierigkeiten aufweist. Die Beschreibung von Gegenübertragungsreaktionen ist gerade bei Kindern oftmals kompliziert und erschwert. Ist es heute unbestritten, daß die Gegenübertragung ein wichtiges Mittel für den Analytiker darstellt, seinen Patienten, dessen Reaktionen und Verhalten verstehen zu können (Sandler/Dare/Holder, 1973, S. 57 ff.), so kann sie im Prozeß mit dem kindlichen Patienten mannigfaltigen Störungen unterliegen, so daß sie nicht mehr eindeutig als Gegenübertragung zu verifizieren ist. Morton Chethik beschreibt eindrucksvoll, wie die Verwirrung des Therapeuten über ein agierendes Kind, dessen Not und Widerborstigkeit ihn zum Mitagieren verleiten und zur Preisgabe der analytischen Haltung bringen kann (Chethik, 1989, S. 23ff.).

Ein Beispiel

Der 4jährige Sven berrät den Therapieraum und warf sämtliche Sachen vom Spielregal, verstreute alles auf dem Boden und ließ dem Therapeuten kaum Zeit, irgendetwas zu denken. Dem Impuls zu folgen, ihn sofort zurechtzuweisen, hätte durchaus nahegelegen, jedoch gelang es dem Therapeuten, sich zusammenzunehmen, so daß sich der destruktive Haß und die Hilflosigkeit des Patienten voll entfalten konnten, denn Spielen war ja nun in dem Chaos nicht mehr möglich. Erst das Aufräumen vor dem Ende der Sitzung und Svens Erleichterung darüber machten einerseits

den durchgebrochenen Haß auf die Mutter deutlich, mit der er über seine Neurodermitis so eng und quälend verbunden war, aber auch den intensiven Gegenübertragungswunsch des Therapeuten, ihm eine bessere, abgegrenzte Beziehung anzubieten, also die guten Anteile der Mutter zu repräsentieren und zu verstärken.

So kann der Therapeut – allein durch den Altersunterschied und seine Erfahrung bedingt – schnell in die Position der »besseren Eltern« geraten und damit zu einer Rollenübernahme »verführt« werden, die ihn von der analytischen Haltung entfernt. Chethik unterscheidet deshalb ausdrücklich Gegenübertragungsreaktionen von den sonstigen Reaktionen auf das Kind (counterreaction), die etwas mit dem Kindertherapeuten selbst und z.B. seinem Erwachsensein zu tun haben (Chethik, 1989, S. 26). Insofern kann die Reflexion der Gegenübertragung als permanentes Ringen um die analytische Haltung verstanden werden.

Schwierigkeiten können sich auch bei der Beurteilung der Übertragung ergeben, weshalb nochmals auf die Bedeutung der Unterscheidung der Übertragungsformen hingewiesen wird: die Übertragung von gewohnten üblichen Beziehungsweisen, die Übertragung gegenwärtiger Konflikte, zu der auch das »Überlaufen« aktueller Konflikte von zu Hause in die analytische Interviewsituation zu rechnen ist sowie die im psychoanalytischen Verständnis eigentliche Übertragung früherer Erfahrungen, zu der naturgemäß nur Hypothesen aufgestellt werden können (vgl. Sandler/Kennedy/Tyson, 1982, S. 101-133).

Ein Beispiel

Der 7jährige Lukas, der mit seiner alleinerziehenden Mutter, die immer wieder von ihren Männern verlassen wurde, lebt, baut während des Interviews eine Schlafzimmerszene im Puppenhaus und kommentiert: »Ich gehöre ins Bett der Mutter!« Er lacht und will dann alles Mögliche über den Therapeuten wissen, worauf dieser die Antworten verweigert. Darüber wird er wütend und meint: »Dann beantworte ich Dir auch nichts.« Der Therapeut hatte sofort die Idee eines ödipalen Konfliktes: Lukas will die Mutter haben und denkt, er besitzt sie auch. Nach längerem Nachdenken gelangte er aber eher zu der Überzeugung, daß dies eine theoretisch zwar richtige, dennoch aber aktuell nicht ganz zutreffende Einschätzung war. Mutter und Sohn lagen nämlich zu der Zeit im Kampf mit dem neuen Freund der Mutter, und es mußte erst einmal davon ausgegangen werden, daß der Patient diesen aktuellen Konflikt in die Szene trug, damit zunächst etwas von seinem gewohnten realen Umgang mit

solchen Konflikten ausdrücke und erst in zweiter Linie eine Übertragung früherer Erfahrungen einbrachte. Dies mag manchem unwesentlich erscheinen. Aber auch geringfügige Fehleinschätzungen bestimmen oftmals die Interventionslinie; diese ist aber für das Verstehen des aktuellen Konflikts des Patienten und für das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses mit ihm bzw. für sein Gefühl, sich angenommen und verstanden zu fühlen, von konstitutiver Bedeutung.

Eng an diesen Punkt angelehnt ist der fünfte. Die Wahrnehmung von Abwehrtätigkeiten und Abwehrmaßnahmen gehört mehr oder weniger ins Übertragungsgeschehen und stellt zugleich einen zentralen Zugang zu diesem dar. So können Ängste, Haß oder innere Konflikte und vor allem ihre Stärke und Intensität oftmals nur über Abwehrtätigkeiten wahrgenommen und erschlossen werden.

Zudem kann erst, wenn in einer Spielsequenz oder Aktion deren Abwehrcharakter zu spüren ist, in einem zweiten Schritt die Überlegung erfolgen, welche Abwehrmethode oder welcher Abwehrmechanismus dieser zugrunde liegt (Sandler/A. Freud, 1989, S. 81ff.).

Man kann also sagen: Das Erkennen von Abwehrmaßnahmen stellt die Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität der Abwehrmechanismen und der Abwehr überhaupt dar (vgl. dazu bei schweren Persönlichkeitsstörungen: Kernberg, 1988, S. 32ff.).

Den Umgang mit der Angst im sechsten Punkt zu beurteilen, korrespondiert häufig mit der Frage der Einschätzung, welche Gefühle der Patient abwehren muß (vgl. A. Freud, 1977, S. 2523).

Auch der innere Zugang des Patienten zu seiner Angst ist für die Beobachtung von Bedeutung.

Ein Beispiel

So war bei zwei gleichaltrigen vorpubertären Jungen mit Angstsymptomatik festzustellen, daß der eine die Interviewsituation so erlebte wie seine nächtliche Angst, die ihn veranlaßte, nicht mehr in seinem Zimmer schlafen zu können: Er war wie gelähmt, konnte nichts sagen und war sichtlich von der Angst absorbiert. Der andere hingegen gelangte trotz der enormen inneren Bedrohung zu der Aussage, er habe vor allem vor seinen Vorstellungen, die er mit bestimmten Situationen verbinde, Angst und erreichte damit ein wesentlich höheres Toleranzniveau, die Angst im Gespräch zu ertragen.

Der Umgang mit der Angst bestimmt nicht nur die Abwehr des Patienten, sondern auch – womit wir beim siebten Punkt wären – seinen Um-

gang mit den Objekten und gibt insofern Auskunft über die Qualität oder Brüchigkeit seiner inneren Objektbeziehungen, so daß die drei letzten Punkte – Abwehr, Angst, Objektbeziehungen – in einem engen Zusammenhang zu sehen sind und sich oft überschneiden und ergänzen werden.

Der achte Punkt – das Entwicklungsniveau – stellt nun für die diagnostische Beurteilung einen ersten Kristallisationspunkt dar, in dem Ichentwicklung, narzißtische, Trieb- und Überichentwicklung die Hauptbeurteilungskriterien darstellen, soweit sie aus dem bisher gewonnenen Material beschrieben werden können (vgl. insbesondere zum Selbstkonzept: Bolland/Sandler, 1977, S. 125-132; A. Freud, 1965/1980, S. 2175ff.; zur Beurteilung der selbstheilenden Kräfte bzw. wie ein Kind sich psychisch reorganisieren kann: Greenspan, 1981).

Die Einschätzung des Entwicklungsniveaus ist Voraussetzung für den nächsten, den neunten Punkt, bei dem es um die Beurteilung geht, welche Qualität die Konflikte eines Patienten haben. Anna Freud führte dazu die Begriffe des äußeren, des internalisierten und des inneren Konflikts ein (vgl. A. Freud, 1965/1980, S. 2260).

Diese Unterscheidungen helfen, das Niveau zu erfassen, auf dem sich die Störung des Patienten abspielt, ob es eher neurotisch ist oder ob es sich um eine Entwicklungsstörung handelt.

Hier scheidet sich auch der Weg der diagnostischen Beurteilung von jugendlichen Patienten, deren Störung differentialdiagnostisch noch einmal mit Hilfe des Lauferschen Begriffs der »Entwicklungskrise« (Developmental Breakdown) untersucht werden soll, was insbesondere für die Behandlungsprognose und die innere Flexibilität, d.h. vor allem den Umgang mit der Abwehr, von Wert ist (Lauter/Lauter, 1989). Auch Kernbergs Begriff der Identitätsdiffusion kann hilfreich sein, Störungen in der Adoleszenz, insbesondere im Hinblick auf eine Psychosegefährdung, ab- und einzugrenzen (vgl. Kernberg, 1988, Kap. 3).

Die Beschreibung der Punkte zehn, zwölf und dreizehn wird nun kaum noch Schwierigkeiten machen. Je nach Art des Falles, des Intervieverlaufes und der vorgefundenen innerpsychischen Möglichkeiten des Patienten wird eine differenzierte Strukturdiagnose oder auch nur eine Symptomdiagnose möglich sein.

Der elfte Punkt – die Beurteilung der Eltern und Bezugspersonen – birgt in sich noch einmal einige Schwierigkeiten, insbesondere deshalb, weil es oft kaum möglich ist, eine genügend differenzierte und verlässliche Aussage zu einer fraglichen Pathologie der Eltern zu machen.

Trotzdem ist es angebracht, das Material über die Eltern, das im Untersuchungsverlauf aufgetaucht ist, auf seine psychodynamische Bedeutung für den Entwicklungsstand und die mögliche therapeutische Arbeit mit dem Kind hin zu überprüfen, um wenigstens zu einer Hypothese über mögliche Abbruchstendenzen oder die Elastizität des Arbeitsbündnisses zu kommen.

Ein Beispiel

Die Mutter, eine kurz nach der Geburt der farbigen Tochter aus Amerika zurückgekehrte Deutsche, kommt mit dem 7jährigen Mädchen immer gemeinsam zum Interview, da sich die Tochter nicht von ihr trennen kann. Es wird eine schwere Separationsproblematik sichtbar mit massiven Aggressionen auf Seiten der Patientin und einer sehr mangelhaften inneren Verankerung der triangulären Situation. Die Mutter selbst ist mit vier Brüdern aufgewachsen, und es werden in den Interviews ihre unterschiedlichen Haltungen, Rivalitäts- und Neidgefühle spürbar. Trotzdem kann man mit ihr arbeiten, und sie scheint eine genügend gute Motivation für eine Behandlung zu haben. Die vereinbarte Therapie scheitert dann daran, daß die Mutter sich erst auf einen Brief des Therapeuten hin sehr lange nach den Ferien meldet und Anlaß gibt, die Behandlungssage zu überprüfen, nachdem sie sich wie nie im Interview zuvor am Telefon empört: »Schuld ist das deutsche Schulsystem!« Die Beratungen, die ihr in einem folgenden Gespräch dann erst einmal angeboten werden, lehnt sie enttäuscht mit einem Schwall von Entwertungen ab, sie entschließt sich zu anderen Maßnahmen wie Ernährungsumstellung u.ä. Erst durch ihr Agieren konnte in diesem Fall die Macht der Ambivalenz der Mutter deutlich werden, die ihr völlig unbewußt blieb und die sie projektiv an der inszenierten Infragestellung der Behandlungssage als Ambivalenz des Therapeuten erlebte, bei dem sie ihren Haß und den Neid auf die Brüder unterbrachte.

Der letzte Punkt »Nichtverständenes« betont zum einen die Begrenztheit der Erkenntnismöglichkeit und die Wichtigkeit des Zweifels. Insofern ist er für den Psychoanalytiker von großem Wert. Er soll anregen, offene Fragen und Besonderheiten festzuhalten, die für die weitere Arbeit mit dem Patienten erhebliche Bedeutung haben können.

Es ist hoffentlich nach all diesen Ausführungen deutlich geworden, daß das vorliegende diagnostische Profil im Sinne eines Kontinuums verstanden wird. D. h., aus jedem der einzelnen Punkte ergeben sich die

folgenden, und mit jedem der Punkte wurde der Versuch unternommen, das analytische Material immer neuen Einzelpfahrungen zu unterziehen, die sich im Verlauf einer diagnostischen Untersuchung in Form von Fragen des Analytikers ergeben und die er einmal mehr oder weniger genau und ausführlich beantworten kann oder auch nicht. Insofern gibt das Profil etwas von dem dynamischen Prozeß und der begleitenden Reflexion des Therapeuten während der diagnostischen Phase wieder. Um es noch einmal mit Anna Freud zu sagen: »Es ist Aufgabe des untersuchenden Analytikers, das ihm vorliegende Material in einen organischen Zusammenhang einzuordnen, d.h. unter die metapsychologischen Gesichtspunkte zu bringen (dynamisch, genetisch, ökonomisch, strukturell).« (A. Freud 1965/1980, S. 2255) Es soll hinzugefügt werden: Soweit es das analytische Material zuläßt.

6. Literatur

- Argelander, H.: *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt 1970
- Bolland, J./Sandler, J.: *Die Hampsteadmethode*. München 1977
- Bürgin, D.: »Zur Indikation psychoanalytischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen.« In: *Kindervierteljahrsschrift*, 1. Jg. 1993, Heft 0, S. 22-45
- Chethik, M.: *Techniques of Child Therapy*. New York/London 1989
- Freud, A./Kris, M. et al.: »Psychoanalytic Assessment: The Diagnostic Profile.« In: *An Anthology of the Psychoanalytic Study of the Child*, London 1977
- Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. I, S. 193-333, München 1980
- dies. (1970): Die kindliche Symptomatik. Ein vorläufiger Ansatz zu ihrer Klassifizierung. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. IX, München 1980, S. 2509-2537
- dies. (1974): Diagnose und Bewertung von Störungen in der Kindheit. In: Bd. X, München 1980, S. 2657-2677
- dies. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. In: Bd. VIII, München 1980
- Freud, S.: *Das Unbewußte*, GW Bd. X
- dies.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 22. und 23. Vorlesung, GW, Bd. XI
- Gaarder, J.: *Sofies Welt*. München/Wien 1993
- Greenspan, S. I.: *The clinical Interview of the Child*. Washington, London 1981

- Kernberg, O. F.: *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart 1988, Teil 1
- Lauffer, M./Lauffer, M. E.: *Adoleszenz und Entwicklungskrise*. Stuttgart 1989
- Limentani, A.: »Die Einschätzung der Analyzierbarkeit. Ein Kardinalproblem bei der Indikationsstellung.« In: *Zwischen Anna Freud und Melanie Klein*. Stuttgart 1993, S. 66-89
- Müller-Pozzi, H.: *Psychoanalytisches Denken*. Bern/Stuttgart/Toronto 1991
- Nagera, H./Bolland, J.: »Das Entwicklungsprofil in seiner heutigen Form.« In: *Psyche – Z. Psychoanal* 7, 1968, S. 534ff.
- Salzberger-Wittenberg, I.: »Psychodiagnostik anhand von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Eine Darstellung an Erstinterviews mit Jugendlichen.« In: *Arbeitskreis DGPT-VAKJP*, Heft 6/1994, S. 6-28
- Sandler/Kennedy/Tyson: *Kinderranalyse*. Gespräche mit Anna Freud. Frankfurt 1982
- Sandler mit A. Freud: *Die Analyse der Abwehr*. Stuttgart 1989
- Sandler/Dare/Holder: *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart 1973
- The Hampstead Child-Therapy Clinic: *Leitfaden für das Diagnostische Profil*. Unveröffentlichtes Manuskript