

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen -

Hans-Adolf Hildebrandt

1. Einleitende Gedanken

Über die Auswirkungen der seit zwei Jahren andauernden COVID-19-Pandemie auf die therapeutische Praxis zu schreiben erscheint nicht einfach, weil sich in dieser Zeit die äußeren Bedingungen immer wieder verändert haben und sie schwer auf einige Fixpunkte abgrenzbar sind. Die erste Auswirkung der Pandemie war ein drastischer Eingriff in das therapeutische Setting durch die sogenannten Aha-Regeln, ein Eingriff, der nicht auf der Grundlage von analytisch begründeten Überlegungen beruhte, sondern auf den zu diesem Zeitpunkt bekannten virologischen und epidemiologischen vorläufigen Erkenntnissen. Ein zweiter Eingriff stand in meiner Praxis mit dem Umstand in Zusammenhang, daß ich vor allem im Setting der Gruppentherapie behandle. Die erforderlichen Veränderungen und Anpassungen wurden durch das Fehlen jeglicher Vorerfahrungen und fachlicher Informationen erschwert. Die technische Unterstützung beispielsweise durch die Möglichkeit von Videosprechstunde läßt sich nicht auf die Gruppensituation übertragen, vor allem aber nicht auf die Behandlung von jüngeren Kindern. Fachliche, bzw. wissenschaftlich fundierte Informationen mußten zwangsläufig durch eigene praktische Erfahrungen im Sinne des learning-by-doing ersetzt werden. Entspannter wurde die Situation mit der virologischen Erkenntnis, daß sich das Virus vorwiegend durch Aerosole verbreitet und der Verfügbarkeit von Luftdesinfektionsgeräten. Eine weitere Entspannung trat mit der Verfügbarkeit von Impfstoffen ein. Jedoch bedeutet diese Entspannung bis heute nicht die Beseitigung des Infektionsrisikos, zumal sich bereits die sechste Infektionswelle ankündigt.

Die Überlegungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und auf die Elternarbeit beruhen auf meinen unsystematischen Beobachtungen in der Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Dargestellt und reflektiert werden

- konzeptionelle Veränderungen im äußeren Setting, die im ersten Halbjahr 2020, also in der Sommerzeit, notwendig waren. Dieser Status dauert bis jetzt im Frühjahr 2022 an.

- Reflektiert werden diese Veränderungen im Hinblick auf ihre psychodynamischen Auswirkungen (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand). Daraus ergibt sich die Frage,

- ob eine Rückkehr zur Normalität im Sinne des gewohnten Settings vor der Pandemie wünschenswert ist oder kritisch betrachtet werden sollte.

2. Eingriff in die therapeutische Beziehung durch hygienebedingte Kontaktbeschränkungen

Die ersten hygienebedingten Kontakteinschränkungen (sog. Aha-Regeln) waren zeitlich aufwendig wegen fehlender Schutzmasken, Händedesinfektionsmittel und unzureichenden Informationen zum Infektionsschutz. Die Gruppentherapien konnten bei sommerlichen Temperaturen auf die Terrasse vor der Praxis verlegt werden. Mit jüngeren Kindern wurden die Gruppen als erlebnisorientierter Spaziergang durchgeführt mit einer anschließenden Reflexionsphase. Mit Beginn des Herbstes und der dritten Welle standen Luftreinigungsgeräte zur Verfügung und die Gruppen konnten wie gewohnt wieder im Innenraum stattfinden. Eine Beeinträchtigung der direkten Begegnung von Angesicht zu Angesicht durch einen Mund-Nasen-Schutz konnte so vermieden werden. Die Gruppen mit jüngeren Kindern entfielen jedoch und wurden durch Elterngespräche, bzw. gemeinsame Sitzung mit Eltern und Patienten ersetzt.

Seit Beginn der Pandemie sind die per Videotechnik erbrachten Psychotherapiestunden in Niedersachsen nach Angaben der Techniker Krankenkasse um das Neunfache gestiegen. Eine virtuelle Patient-Therapeut-Begegnung wurde jedoch gar nicht erst in Erwägung gezogen, denn sie begrenzt die Möglichkeit des Analytikers, eine Behandlungssituation zu schaffen, in der der Patient ein neues Muster der Einstellung und des Verhaltens zu sich selbst und zu anderen entwickeln kann (Fürstenau 1979).

Wir begegnen den Patienten üblicherweise mit einer offenen Haltung, in dem wir ihnen zunächst die Initiative überlassen, damit sich daraus eine Szene entwickeln kann, aus der wir diagnostische Informationen gewinnen und indem wir versuchen, die Sprache der Patienten zu verstehen, um an dieser Sprachgestalt die spezifische Persönlichkeit des Patienten zu rekonstruieren (Argelander 1987). Diese Praxis wird durch die Notwendigkeit der Einhaltung der Hygieneregeln konterkariert. Die erste Begegnung zwischen Analytiker und Patienten im Erstgespräch ist in der jetzigen Situation die Aushändigung eines schriftlichen Hygienekonzeptes und die Konfrontation mit der

Verpflichtung zur Einhaltung, ab der dritten Welle ergänzt durch eine regelmäßige Abfrage des Impfstatus.

Diese Schutzmaßnahmen wirken sich unmittelbar und nachdrücklich auf die spontane Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung aus. Entfällt der Händedruck als freundliche und annehmende Geste und wird durch das Ritual der „AHA-Regel“ ersetzt, so wird die Eröffnungsszene stereotypisiert, ihr diagnostischer Wert ist eingeschränkt ebenso wie der erste Eindruck über die Befindlichkeit des Patienten. Für Kinder ist die erste Begegnung besonders bedeutsam, weil sie mit dazu beitragen kann, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß sie sich mitteilen und ihre Persönlichkeitsstörung preisgeben (Argelander 1987).

Im Praxisalltag befinden sich regelmäßig mehr als zwei Personen in einem Raum. Bei jüngeren Patienten kommen Eltern hinzu, bei Gruppentherapien sind es jeweils bis zu fünf Teilnehmer. Daher erfordert der Praxisalltag ein hohes Maß an Strukturierung, die es über mehrere Monate je nach neuestem Erkenntnisstand der Virologie und Epidemiologie zu aktualisieren galt.

Unter organisatorischen Aspekten zur Kontaktnachverfolgung in das Hygienekonzept der Praxis aufgenommen wurde die Verpflichtung, sich 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mit einer Meldung zur Symptomfreiheit zu melden. Daraus entwickelte sich schon nach kurzer Zeit ein reger Austausch in dem oft die in der persönlichen Begegnung angestoßenen Reflexionen fortgesetzt wurden. Von Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern wurde diese Kontaktmöglichkeit genutzt, um sich in Erziehungsfragen alltagsnahe beraten zu lassen. Jugendliche mit Angst- und depressiven Störungen und den für Adoleszenz charakteristischen Ambivalenzen ließen sich in Krisen auf diese Weise stabilisieren. Daher empfiehlt es sich diese konzeptionelle Neuerung beizubehalten.

theoretische Überlegungen

Die Neutralität und Zurückhaltung in der Begegnung mit Patienten beruht auf der Überlegung, daß der Analytiker sich als Projektionsfläche für die Übertragung anbietet und auf diese Weise mit den rationalen, irrationalen, offen zu Tage tretenden und verborgenen Strebungen und Wünschen der Patienten in Verbindung tritt um erste diagnostische Eindrücke zu gewinnen. Die Abstandsregeln schaffen nicht nur eine äußerliche Distanz (kein Händedruck, 1,50 m Abstand zwischen den einzelnen Personen) um vor einer Übertragung des Virus zu schützen. Der Virus tritt als potentielle Bedrohung

zwischen die sich begegnenden Personen und nährt vermutlich vorbewußte Phantasie, daß der Andere, wenn auch ungewollt, die eigene Gesundheit und das Leben bedroht.

Die vom Analytiker eingeforderten Hygienerituale und die Einhaltung der AHA-Regeln provozieren Szenen, die sich als Ausdruck einer aktualisierten Übertragungsbereitschaft interpretieren lassen und sich dadurch, daß sie forciert und präsent werden als Behandlungsfocus anbieten. „Hier werde ich wie ein kleines Kind behandelt.“ „Hier wird meine Gesundheit geschützt.“ „Hier wird erwartet, daß ich verantwortungsvoll handele.“ „Hier werde ich verpflichtet, Absprachen verbindlich einzuhalten.“ Sowohl der offene Protest gegen die Anweisung des Händewaschens vor der Gruppensitzung als auch das scheinbare Unvermögen, die einfachen Anweisungen zu verstehen und zu befolgen lassen sich als Hinweise auf eine auf den Analytiker verschobene konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung verstehen. Seltener lassen sich Trennungssängste beobachten im Zusammenhang mit der geforderten Ablösung von der elterlichen Begleitperson, um mit dem Analytiker das Waschbecken aufzusuchen. Werden Regeln als lästige Verpflichtung erlebt, ist auch die erste Begegnung durch Nachlässigkeit geprägt. Sind die Patienten, bzw. Bezugspersonen mit den Aha-Regeln identifiziert, bleiben sie zurückhaltend, die aktuelle Situation auf Regelkonformität prüfend. Wird der Analytiker als autoritäre Elternfigur erlebt, regt sich Widerstand, aber auch ungerichtete Unterwürfigkeit.

Der Verlust an diagnostischen Informationen durch die erzwungene distanzierte Begegnung von Patienten und Analytiker kann ausgeglichen werden durch eine konkordante Identifizierung mit dem inneren Erleben durch die erkennbare Wiederholung von vergangenen Beziehungserfahrung des Patienten in der Gegenwart.

Bei der durch die Notwendigkeit der Einhaltung der Hygieneregeln erzwungene Einmischung des Analytikers, man könnte dies auch als agierende Intervention bezeichnen, in einer als akute Krisensituation zu verstehende therapeutische Situation steht die Unterstützung des Patienten an erster Stelle. Ein solcher Support erfolgt nicht im Sinne der tiefenpsychologisch fundierten Behandlungstechnik einer Übernahme von Über-Ich- oder Hilfs-Ich-Funktionen, sondern eher im Sinne des Konzepts der korrigierenden emotionalen (Neu-)Erfahrung der Selbstfürsorge und der Fürsorge für den Anderen.

3. Das Thema Pandemie in den Gesprächen

Die Pandemie wird selten unmittelbar angesprochen, eher als lästiges, die Freiheiten einschränkendes Übel zu Kenntnis genommen. Die häufig im Vordergrund der Gespräche stehende fehlende oder mangelhafte Ausstattung mit digitalen Hilfsmitteln und die fehlende Unterstützung bei schulischen Aufgaben durch Homeschooling lassen sich als rationalisierende Darstellung der Auswirkungen der Pandemie auf den eigenen Lebensbereich verstehen. Auch die Angst vor Ansteckung wird auf der bewußten Ebene selten angesprochen. Die Sorge vor einer ernsthaften Erkrankung wird selbst bei einem positiven, sachlich zur Kenntnis genommenen Test kaum geäußert. Das Fehlen von Gruppenteilnehmern aufgrund eines Infektionsverdachts ist kein Anlaß, sich Sorgen um das Wohl des fehlenden Gruppenmitglieds oder die Gefährdung der eigenen Gesundheit zu machen.

Auf der unbewußten Ebene scheint hingegen eine von Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit geprägte Haltung vorzuherrschen, die auch darin zum Ausdruck kommt, daß auf gezielte Nachfragen, wie sich die Patienten, beziehungsweise die Bezugspersonen die nahe Zukunft vorstellen ausweichend geantwortet wird („es wird schon“, „weiß nicht“, „mal sehen“).

theoretische Überlegungen

In den Therapiesitzungen rauschen die Luftreiniger ununterbrochen um die Atemluft von Viren und Bakterien zu reinigen. Das Infektionsrisiko durch COVID-19 ist damit als potentiell Gesundheitsrisiko immer gegenwärtig. Angst wird jedoch nicht angesprochen bzw. verleugnet. Es kann angenommen werden, daß mit Hilfe der Verleugnung ein bedrohtes Selbstwertgefühl geschützt werden soll. Die Angst vor Ansteckung wird häufig rationalisierend abgewehrt durch Klagen über lästige Einschränkungen der gewohnten Freiheiten und der Alltagsroutine. Eigene Bedürfnisse werden selten ausgedrückt, bzw. werden als Wunsch nach Normalität formuliert ohne daß den Betreffenden selbst bewußt ist, was sie damit meinen. Die veränderte Alltagsstruktur verstärkt vermutlich eine bereits bestehende Tendenz zur Regression. Das spiegelt sich auch in einer geringen Initiative zur ausgleichenden aktiven Freizeitgestaltung wieder. Es dominiert der Eindruck, daß Anforderungen, Verantwortungen und Entwicklungsaufgaben versucht wird regressiv auszuweichen. Andererseits scheint das antivirale Hygienearrangement beruhigend zu wirken und in gewisser Weise auf die therapeutische Situation übertragen zu werden. So wie die Atemluft von Fremdstoffen gereinigt wird scheint auch die therapeutische Situation von

schädlichen Beta-Elementen (Bion 1971) gereinigt zu werden. Es entsteht eine symbiotische Atmosphäre, die sich in sterilen Interaktionen widerspiegelt (Analytiker: Worüber willst du heute mit mir sprechen? Patient: Weiß nicht. A.: Es wird einen Grund geben, warum du heute zu mir gekommen bist. P.: Weil wir einen Termin hatten. A.: Und warum haben wir uns verabredet? P.: Weil Sie das vorgeschlagen haben. A.: Wie kam das? P.: Weiß nicht.).

4. Die Rahmung der Gruppenanalyse

Zu den unmittelbaren Auswirkungen der durch die Pandemie bedingten Veränderungen gehören Unterbrechungen des Gruppenprozesses durch wechselnde Anwesenheit der Gruppenteilnehmer wegen Infektionen, bzw. des Verdachts einer Infektion eines Gruppenmitglieds oder eines Angehörigen. Dadurch kommt es immer wieder zur Stagnation der Gruppendynamik. Beeinträchtigt ist auch die Entwicklung der Gruppenkohäsion und die Motivation zur aktiven Mitarbeit durch regressives Schweigen.

Jugendliche kompensieren Abwesenheiten und Unterbrechungen eher dadurch, daß sie zwischen den Sitzungen Kontakt über SMS, Mail oder Facebook halten. Bei jüngeren Kindern ist es stattdessen notwendig, aktiv Kontakt zu den Bezugspersonen aufzunehmen, um eine Kontinuität im Kontakt aufrechtzuerhalten.

Sozial abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen können unter den Bedingungen eines antiviralen Hygienearrangement kaum geduldet werden. Dies beeinflusst die therapeutische Haltung insofern als die eine tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie prägenden Kernelemente Präsenz, Respekt und Akzeptanz deutliche Einschränkungen erfahren. Eine besondere Konnotation erfährt dabei die mit dem Aspekt des Respekts verbundene Transparenz der Arbeitsweise dem Patienten gegenüber. Sie umfaßt üblicherweise die Aufklärung des Patienten bezüglich des Settings und der therapeutische Arbeitsweise (Hartkamp 2006). In der aktuellen Situation der ersten und zweiten Welle der Pandemie steht hingegen an erster Stelle die Information der Patienten über die der Pandemie geschuldeten Abänderungen des Settings. Dies wird umgesetzt durch zunächst wöchentlich per Mail versandte Informationsbriefe.

In den Sommermonaten der ersten Pandemiewelle fanden die Gruppensitzungen mangels Luftdesinfektionsgeräte auf der Terrasse statt. Durch Witterungseinflüsse und Beschattung veränderten die Gruppenteilnehmer immer mal wieder ihre Sitzpositionen. Hierdurch wurden potentielle Rivalitätskonflikte deutlich, die bei starrer Sitzordnung im Raum eher verdeckt geblieben wären. Gemeinsame Spaziergänge mit

erlebnisaktivierenden und gruppendynamischen Übungen erleichterten die Integration neuer Gruppenmitglieder und trugen ebenfalls zu einer Verminderung der Regressionsbereitschaft bei.

theoretische Überlegungen

Zu unterscheiden ist in der Gruppenanalyse die deutende Funktion des Analytikers von der Funktion des „dynamischen Administrators“, die die Einrichtung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Situation und ihres Rahmens sicherstellt (August et al. 2020). Die für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie charakteristische Modifikation des technischen Prinzips der Neutralität und Abstinenz mit Schwerpunkt auf die Funktion des Ichs erfährt dadurch, daß die Aufmerksamkeit des Analytikers zwangsläufig während des Patient-Therapeut-Kontaktes auf die Einhaltung der pandemischen Hygieneregeln gerichtet ist eine merkliche Verstärkung psychoedukativer Impulse. Vom Patienten wird zumindest in Bezug auf die AHA-Regeln die einseitige Anpassung an vorgegebene Realitäten und eine reifere Norm- und Wertorientierung erwartet und - sofern er dies nicht gewährleisten kann erfordert die Unterstützung durch den Analytiker. Dieser nimmt vor allem zum Schutz der Gruppenteilnehmer auf der Ebene der normativen Verhaltensregulierung und manifesten Aktion verstärkt die Position des Normsetzers und Normrepräsentanten ein. Hierdurch bietet er sich vor allem für jüngere Gruppenteilnehmer als Identifikationsfigur mit erzieherischer Wirkung an, während bei jugendlichen Teilnehmer auch Ich-Schwäche und Angstspannung verstärkt werden können.

Im Folgenden werden konzeptionelle Veränderungen als Folge der Pandemie dargestellt. Unterschieden werden die verschiedenen Altersgruppe, die als halboffene , minimalstrukturierte Gruppen und methodisch als Aktivitätsgruppenpsychotherapie, bzw. Aktivitäts-Aussprache-Gruppenpsychotherapie (Slavson 1976) durchgeführt werden.

In **Spieltherapiegruppen mit jüngeren Kindern (3 - 6 Jahre)** werden Medien benutzt (Wolle, Handpuppen, Playmobilfiguren, Bälle, etc.) deren Desinfektion schwierig und mit einem zeitlichen Aufwand verbunden ist. Jüngere Kinder treten außerdem oft in engen Kontakt zueinander und der Kontakt ist häufig mit motorischem Ausagieren verbunden. Der Analytiker wird in diesen Austausch mehr oder weniger eng eingebunden. Die Einhaltung der Aha-Regeln wird erschwert oder ist nicht möglich ist. Als adäquater Ersatz für Spieltherapiegruppen mit jüngeren Kindern werden deshalb engmaschig geführte

Elterngespräche entweder mit den Eltern allein, oder mit Eltern und Kind geführt. Initial werden Interaktionsbeobachtungen in Anlehnung an die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM) (Franke, Schulte-Hötzel 2019) durchgeführt¹ und vom Analytiker kommentierend in die Gespräche eingeführt.

Ein Focus der therapeutischen Interventionen liegt auf dem Gleichgewicht von Integrität und Kooperation (Kolbe, Bergmann 2018). Mit Integrität ist die Fähigkeit des Kindes gemeint, im freien Spiel seinen Bedürfnissen zu folgen um sich selbst und die ihn umgebende Welt zu erkunden. Kooperation meint die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft zu entwickeln. Strukturierte Situationen, die Kooperation erfordern helfen Kindern, eine eigene innere Struktur zu entwickeln. Ein zweiter Focus liegt darauf, im gemeinsamen Spiel des Kindes mit den Eltern das kindliche mentalisierende Model des psychischen Erlebens und die elterliche Fähigkeit, das Gerüst der äußeren Realität aufrechtzuerhalten sowie ihre Fähigkeit, den mentalen Zustand des Kindes treffend zu repräsentieren zu fördern. Die Therapie beginnt zunächst mit Gesprächen mit den Eltern, an denen Kinder passiv und zuhörend teilnehmen können, aber auch je nach Thema und Situation spielerisch mit einbezogen werden. Dieses methodische Vorgehen kann eine angstfreie Atmosphäre und modellhaftes Lernen fördern. Hat sich ein belastbares Arbeitsbündnis entwickelt wird der Fokus der Gespräche sukzessive auf die Interaktion zwischen dem Kind und seinen Eltern verlegt. Dies trägt häufig zu einer Reduzierung der Symptombelastung bei.

Deutlich wird, daß die Vorgaben der Psychotherapierichtlinien den veränderten Anforderungen insofern nicht gerecht werden, als sie ein unflexibles Verhältnis von Sitzungen für Kinder und Eltern vorgeben.

Teilnehmer der **Gruppe mit jüngeren Schulkindern (7 - 12 Jahre)** weisen häufig Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulierung sowie in der Impulssteuerung auf, die eine angemessene Einhaltung der Hygieneregeln erschweren. Die Behandlung erfordert daher konzeptionelle Modifikationen, die die Kommunikations- und damit auch die Gruppenfähigkeit stärker in den Vordergrund rücken.

¹ Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode ist ein diagnostisches Verfahren, das es ermöglicht, die Interaktionen zwischen einem Kind und seiner erwachsenen Bezugsperson ohne großen Aufwand zu beobachten und zu analysieren. Dabei werden durch spezifische (Spiel-)Aufgaben diagnostisch relevante Verhaltensweisen evoziert. Diese erlauben dem Untersucher bzw. der Untersucherin, auf einzelne Verhaltensbereiche oder Erkenntnisinteressen zu fokussieren, und diese trotzdem situativ und sozial so einzubetten, dass für das Kind und seine Bezugsperson ein motivierendes, abwechslungsreiches, Spaß machendes Spielen möglich ist, Fehlverhaltensweisen nicht zum Problem werden, sondern (scheinbar) unauffällig bleiben, also Furcht und Scham ersparen.

Durch ein stringentes strukturiertes Therapieprogramm mit psychoedukativen Elementen, dessen Focus auf der Herstellung von Kommunikation liegt, soll dem Agieren der Teilnehmer mit eingeschränkter Impulssteuerung als auch dem regressiven Rückzugstendenzen der ängstlichen Teilnehmer entgegen gewirkt werden.

Das strukturierte Therapieprogramm erstreckt sich zunächst über 12 Gruppensitzungen und umfaßt angeleitete Übungen zur Gruppenphantasie, in denen die Teilnehmer mit bildnerischen Mitteln sich selbst, ihre Familie und Freunde vorstellen. Reflektiert werden die eigenen Therapieziele und die der Eltern im Sinne einer korrigierenden Rekapitulation der Beziehungen in der primären Familienkonstellation. Abgeschlossen wird die Phase der Gruppenbildung mit gemeinsamen kreativen Gruppenbildern mit unterschiedlichen Medien zur Förderung der Gruppenkohäsion.

Die sich anschließende Phase der Gruppendynamik erstreckt sich über weitere 12 Sitzungen und folgt der Intention, das interpersonelle Problemlösungsverhalten zu fördern.

Der Gruppenprozeß ist häufig durch eine Bahnhofsatmosphäre des wechselnden Kommens und Gehens beeinträchtigt, wodurch ein Anknüpfen an frühere Sitzungen beeinträchtigt wird. Diese störende Gruppendynamik läßt sich darauf zurück führen, daß die Einhaltung des auf die Pandemie abgestimmten Hygienekonzeptes der Praxis und die sich daraus ergebende Notwendigkeit von engmaschigen Absprachen von den Eltern eher nachlässig eingehalten wird. Aus dieser Einschätzung leitet sich die Notwendigkeit einer Intensivierung der Elternarbeit ab mit der Konsequenz engmaschiger Elterngespräche, bzw. einer der Therapie der Kinder vorausgehenden Elternarbeit.

Auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Teilnahme ihrer Kinder reagieren Eltern nicht selten mit Unverständnis. Dadurch droht das Programm immer wieder an fehlender Compliance der Eltern zu scheitern. Es zeigt sich, daß den Eltern ein Bewußtsein für Gruppenprozesse fehlt. Sie können ihr Kind selten als Teilnehmer einer Gruppe sehen, sondern behandeln es als „Einzelschicksal“ und erwarten dies auch vom Analytiker, der sich ausschließlich um ihr Kind kümmern soll. Es kann daher angenommen werden, daß Eltern unbewußt die eigene Gruppen- und Bindungsunfähigkeit wiederholen.

Versuche, das Bindungsverhalten der Eltern sowie ihre eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit zu thematisieren stoßen häufig auf geringe Resonanz. Es mangelt an der Bereitschaft bzw. der Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Bindungserfahrung. Die mangelnde Reflexionsfähigkeit wiederum verfestigt unsichere und desorganisierte kindliche Bindungsstile (Grieser, Müller. 2019).

Die Teilnehmer der **Gruppe der Pubertierenden (12 - 15 Jahre)** befinden sich in einer Entwicklungsphase der Vorbereitung auf die kulturell vorgegebene soziale Rolle als Erwachsener. In dieser Gruppe läßt sich eine Regressionsbereitschaft beobachten, erkennbar unter anderem am Gebrauch von Ein-Wort-Sätzen und einer Flucht aus der Realität durch sozialen Rückzug. In einer „auseinanderfallenden Welt“, in der die Rückkehr in die vermeintlich sichere Kindheit versperrt ist und die Eltern aufgrund ihrer eigenen Überforderung nur eingeschränkt zur Verfügung stehen scheinen die Gruppenteilnehmer die Gruppe unbewußt wie die versorgende Mutter der frühen Kindheit zu erleben. Im Unterschied zur Gruppe der jüngeren Teilnehmer läßt sich eine konstante Teilnahme und eine zuverlässige Einhaltung der Vereinbarungen bezüglich der Schutzmaßnahmen (24 Std.-Information, Abstand, Desinfektion, usw.) beobachten.

Der Focus des halbstrukturierten, psychoedukative Elemente umfassenden Therapieprogramms liegt auf einer beständigen mentalisierungsfördernden Kommunikation und umfaßt Aufgaben, die die Gruppe zu **Selbstöffnung und Reflexion** sowie zur **Erforschung der Interaktionen der Gruppenteilnehmer** und die **Entwicklung sozialer Kompetenz** anregen. Der Gruppenleiter ist um eine elastische Haltung bemüht, in der er sich sowohl als „sicherer Hafen“ der Gruppe anbietet, als auch mit seiner „väterlichen“ Qualität neue Aspekte durch seine klärenden und vermittelnden Interventionen anbietet. Das Therapieprogramm erstreckt sich über zweimal 12 Gruppensitzungen und umfaßt Informationen und gruppenspezifische Übungen zu den Themen Pubertät, Gruppentherapie (Pfeiffer, Jones 1977), Erforschung der Gruppe (Pfeiffer, Jones 1977), maladaptive Beziehungsmustern und expressives Schreiben (Schubert 2011). Es wird ergänzt durch das Element der Filmtherapie (Fellinger 2018). Die ausgewählten Filme beziehen sich sowohl auf krankheitsspezifische als auch auf entwicklungspsychologische auf den inneren Trennungsprozeß von den wesentlichen Bezugspersonen der Kindheit bezogene Themen. In der Nachbesprechung wird die Aufmerksamkeit der Gruppenteilnehmer auf die Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Hoffnungen und Überzeugungen der Protagonisten der Filme gelenkt. Anschließend werden die Gruppenteilnehmer ermutigt, die eigene Form der Beziehungsgestaltung zu reflektieren.

Elterngespräche werden lediglich in der Anfangsphase vereinbart, um eine Unterstützung durch die Eltern sicherzustellen. Durch diese zeitliche Begrenzung der Elterngespräche wird den Jugendlichen signalisiert, daß sie für sich selbst verantwortlich sind. Inhaltlich wird den Eltern vermittelt, die Eigenverantwortung der Jugendlichen auch bei abweichendem Verhalten zu respektieren.

theoretische Überlegungen

Die Teilnehmer zeigen sich interessiert an den vom Gruppentherapeuten eingeführten themenbezogenen Medien und es entsteht der Eindruck, daß sie durch die angeleitete introspektive Reflexion in der Gruppe die durch die Pandemie bedingte Sicherheit und Orientierung zurück gewinnen, um sich mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen. Schwerpunkt der Interventionen des Gruppentherapeuten ist die Förderung des Kennenlernen der Anderen durch nachfragendes Aufeinanderzugehens und Reflexion und Verbalisierung der eigenen inneren Welt. Hierdurch scheint die häufig nicht bewußt artikulierte Vereinsamung durch die Pandemie kompensiert werden zu können. Die durch den Gruppentherapeuten aktiv und strukturierend unterstützte interpersonelle Kommunikation fördert die Mentalisierungsfähigkeit und unterstützt vermutlich die durch die soziale Isolation gehemmt Expression Unsicherer Bindungsrepräsentanzen können „durch eine neuartige sichere, mentalisierende Beziehungserfahrung“ (Grieser, Müller 2019, S. 91) korrigiert werden. Eher beiläufig entwickelt sich ein Wir-Gefühl, erkennbar an den geäußerten Erinnerungen an Sequenzen zurückliegender Gruppensitzungen.

Für die Teilnehmer der **Gruppe mit Jugendlichen (16 - 20 Jahre)** haben die mit den Entwicklungsaufgaben des Jugendalters (erfolgreiche Beendigung der Schulkarriere, Berufswahl, ökonomische Unabhängigkeit, Aufbau stabiler Freundschaftsbeziehungen) verbundenen Aspekte Bindung, Trennung und Lösung eine besondere Bedeutung (Brisch 2015). Wurde die Auseinandersetzung mit diesen Themen bereits vor der Pandemie durch die gegenwärtige gesellschaftlich bedingte Zerstückelung und Diffusion des individuellen Selbstverständnisses und den großen Spielraums des kommerziell gesteuerten Freizeit- und Konsumbereichs erschwert, so treten durch die Pandemie als weitere Belastungen die eingeschränkte Beschulung durch ein digital schlecht geschultes Lehrpersonal und fehlende Unterstützung bei der beruflichen Orientierung hinzu. Versagensängste werden auch durch fehlende Orientierung an und Unterstützung durch Peers verstärkt. Dies spiegelt sich auch in der ambivalenten Einstellung zur Therapie wieder. Abrupte Wechsel zwischen dramatischen Krisensituationen und einer symptomlosen Verflachung der Interaktion prägen die therapeutische Beziehung. Dies trägt zu einer unregelmäßigen Teilnahme an der Gruppe zu Beginn der Therapie bei, die sich als Ausdruck des Widerstand (Vergesslichkeit), einer unsicheren Bindung (tagesaktuelle Ereignisse sind wichtiger), und psychischer Überlastung (regressiver

Rückzug) verstehen läßt. Eine regelmäßige Arbeit an der Beziehung zur Förderung der therapeutischen Allianz ist notwendig und erfolgt über einen zum Teil intensiv geführten SMS-Kontakt zwischen den Sitzungen auf Initiative des Analytikers, der von den Jugendlichen bereitwillig angenommen und gepflegt wird. Fahrgemeinschaft und WhatsApp-Kontakte der Teilnehmer untereinander fördern die Gruppenkohäsion und werden manchmal nach dem Ausscheiden eines Gruppenmitglieds weiter gepflegt.

Die für Adoleszente typischen starken Gefühlsschwankungen werden zum Anlaß genommen, den Teilnehmern das Führung eines Tagebuchs zu empfehlen, das sie zur Sitzung mitbringen und aus dem sie zu Beginn vorlesen. Dies geschieht mit der Intention interpersonales Lernen zu fördern.

Zur Stabilisierung der Gefühlsschwankungen wird der Gruppenprozeß aktiv und stringent durch den Analytiker in vier Phasen strukturiert, die sich insgesamt über jeweils 12 Sitzungen erstrecken. In der erste Phase wird die therapeutische Allianz durch Einzelgespräche neben der Gruppe unterstützt mit der Intention die eigene Position in der Gruppe zu reflektieren. In der zweite Phase sind die Interventionen vor allem auf Gemeinsamkeiten der Teilnehmer gerichtet zur Stärkung des Wir-Gefühls. In der dritte Phase sind die Interventionen auf die einfühlsame Anerkennung der Unterschiede zwischen den Gruppenteilnehmern gerichtet. In der vierte Phase liegt der Behandlungsfocus auf dem repetitiven dysfunktionalen Beziehungsmuster der Gruppenteilnehmer zur Illustration der wechselhaften Bezogenheit der Gruppenteilnehmer und zur Unterstützung des interpersonales Lernen (Yalom 1974).

Diese vier Phasen werden ergänzt durch das Element der Filmtherapie (Fellinger 2018) zu den Themen Bindung, Fürsorge, Selbstwert und Bindungsrepräsentationen. In den Nachbesprechungen wird reflektierend die Verbindung zwischen dem Gesehenen und dem eigenen Erleben sowie der eigenen Biografie hergestellt mit der Intention der Stabilisierung von Ich-Schwächen.

theoretische Überlegungen

Digitale Technik und elektronische Medien nähren die Illusion, die eigenen Fähigkeiten statt aus dem eigenen Vermögen durch technische Hilfsmittel um ein Vielfaches erhöhen und steigern zu können. Dieser Illusion wird durch die Macht der Pandemie Grenzen gesetzt. Gleichzeitig wird durch die Konfrontation mit den Auswirkungen der Pandemie , unzureichende Beschulung und Unterstützung, Ängste bezüglich der beruflichen Zukunft,

Gefühle von Schwäche, Verlorenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht verstärkt. Jugendliche an der Schwelle zur Ablösung und Eigenständigkeit werden ganz besonders mit der Begrenztheit ihrer eigenen geistigen-intellektuellen, psychischen und körperlichen Fähigkeiten konfrontiert. Vor diesem Hintergrund deuten lange Schweigephasen in den Gruppensitzungen und eine regressive Flucht in passiven Medienkonsum daraufhin, daß die reflexiv-interaktionelle Thematik regelmäßig in eine interpersonelle Situation regrediert, welche präöipale Situationen reaktiviert, in der Wünsche nach Geborgenheit, Sicherheit, Versorgt- und Geschätztwerden spürbar werden. In der Gegenübertragung spiegelt sich dies auch in Impulsen wieder, den Gruppenteilnehmern mit praktischen Ratschlägen helfen zu wollen, um das eigene Ohnmachtsgefühl loswerden zu wollen. Die für die Entwicklungsphase der Adoleszenz nicht ungewöhnlichen Identitätskrisen scheinen durch die Pandemiebedingungen verstärkt zu werden und Fluktuation und coronabedingte Abwesenheit lassen sich als unbewußter Appel an die Fürsorge des Gruppenleiters verstehen.

Ziel der Gruppentherapie ist es daher, die Abhängigkeitsbeziehungen und Trennungsängste zu artikulieren, also „das Protosymbol der narzißtischen Abhängigkeit zu symbolisieren und in ichstärkende Identifikationsprozesse zu überführen.“ (Ziehe 1975, S.239). Daher wird die diffuse Gruppensituation vom Gruppenleiter stärker als in einer minimal strukturierten analytischen Gruppentherapie üblich strukturiert, um die Teilnehmer anzuregen, Verantwortung für den Gruppenprozeß zu übernehmen und einen angemessener Austausch im Umgang miteinander zu fördern.

5. Elternarbeit

Seit Beginn der Pandemie nehmen Abstimmungen zwischen Eltern und Analytiker bezüglich des Infektionsstatus der Familienmitglieder vermehrt Zeit in Anspruch weil Eltern von der Situation häufig überfordert sind und die Verhaltensauffälligkeit und Symptomatik, deretwegen sie eine Behandlung ihres Kindes wünschen als zusätzliche Belastung erleben. Eine eingeschränkte Analysierbarkeit der Eltern war bereits vor der Pandemie ein Hindernis in der Elternarbeit. So äußert ein Vater auf die Frage nach dem Anlaß der Kontaktaufnahme: „Geschäft wird öfters in die Hose gemacht, ignoriert einen, macht Sachen kaputt.“ Auch auf wiederholtes die Mentalisierung förderndes Nachfragen läßt sich kein zusammenhängendes Narrativ entwickeln. Die durch die Pandemie erhöhten Anforderungen an die Compliance geben Anlaß Eltern enger in die Behandlung einzubinden. Dies erfolgt in der Eingangsdiagnostik vor allem durch eine ausführliche und

vertiefte Interaktionsbeobachtung (H-MIM), einer diagnostischen Einschätzung der Empathiefähigkeit und der Fähigkeit zur Selbstregulation der Eltern.

Um die Behandlung von motorisch unruhigen und oppositionellen Kindern nicht von vornherein abzulehnen, werden statt Therapiesitzungen mit den Kindern zunächst vorwiegend Gespräche mit den Bezugspersonen geführt. Gemeinsame Therapiesitzungen mit dem Kind werden erst dann verabredet, wenn sich eine ausreichende Compliance entwickelt hat. Es zeigt sich, daß diese intensive Elternarbeit zu einer Verhaltensänderung des Kindes beiträgt und es kann angenommen werden, daß sich bei den Eltern durch die Gespräche eine veränderte Wahrnehmungseinstellung erreichen läßt, die wiederum die Beziehung zu ihrem Kind positiv beeinflußt. Die bei einem günstigen Behandlungsverlauf erreichte Verhaltensänderung des Kindes ermöglichte es wiederum, teilweise oder ganz zum üblichen Setting zurückzukehren. Es ist daher zu überlegen, diese Praxis auch in Zukunft unter „pandemiebereinigten“ Bedingungen beizubehalten.

Fallbeispiel Horst

Der siebenjährige Horst einer polytoxikomanen obdachlosen Mutter wurde zunächst in einem Kinderschutzhaus untergebracht und kam mit fünf Monaten zu einer Pflegefamilie. Die Wutausbrüche von Horst eskalieren seit seiner Einschulung und richten sich inzwischen auch gegen Außenstehende. Bei den geringsten Belastungen (zahnärztliche Kontrolluntersuchungen, Konflikt mit Busfahrer) schien er zu dekompensieren. Die Pflegeeltern sind inzwischen erschöpft von der „emotionalen Achterbahnfahrt.“

Im Kontakt mit mir zeigt sich Horst zwar interessiert, regrediert jedoch bereits nach dem ersten Kontakt kichernd und schweigend. Zunächst werden Gespräche mit den Eltern geführt mit der Intention, Verständnis dafür zu entwickeln, daß die Wutausbrüche ursächlich mit Ängste vor Zurückweisung und vor dem Verlassenwerden in Zusammenhang stehen. Die Eltern können in den ersten Monaten ein empathisches Verständnis für die Ängst ihres Sohnes entwickeln. Dies trägt dazu bei, daß ihre eigenen Versagensängste nachlassen und sich sowohl die familiäre Situation als auch die schulischen Konflikte entspannt. In der nun folgenden Therapiephase nimmt Horst zunächst beobachtend an den gemeinsamen Gesprächen teil, wird dabei im weiteren Verlauf zunehmend aktiver. Methodisch werden die Elterngespräche zunächst fortgesetzt, thematisch aber auf den anwesenden und noch passiv teilnehmenden Horst abgestimmt. Sukzessive wird der Focus auf Gespräche zwischen Analytiker und Horst verlagert, an denen nun die Eltern wiederum zunächst passiv teilnehmen. Gegen Ende der

Therapie entwickelt sich schließlich eine paritätische Zusammenarbeit. Die Gespräche mit den Eltern zeigen ihre Wirkung in der Beziehung zu Horst, der nun Verständnis anstatt Kritik von ihnen erfährt. Gleichzeitig entwickelt sich eine positive, idealisierende Übertragung von Horst auf den Analytiker die progressive Entwicklungsschritte möglich werden läßt. Ebenso zeigt die Interaktion mit Horst eine modellhafte Wirkung bei den Eltern, die ihren rigiden Erziehungsstil aufgeben können.

theoretische Überlegungen

Nicht ungewöhnlich in der therapeutischen Praxis sind Eltern, deren Erwartung an die Behandlung sich darin erschöpft, daß der Analytiker eine vermeintliche Funktionsfähigkeit des Kindes, („machen sie daß er wieder läuft“) wieder herstellt. Die Pandemie verstärkt diese mechanistische Sichtweise, in der eine beeinträchtigte Fähigkeit des Objekterlebens zum Ausdruck kommt, die dazu beiträgt, daß Objekte vorwiegend auf dem Hintergrund der eigenen Bedürfnisse wahrgenommen werden und nicht mit der Intention Beziehungsschwierigkeiten zu verstehen. Die hierfür erforderliche Wahrnehmungseinstellung, das Kind als interagierendes Mitglied einer Beziehungskonstellation, sei es in der Familie, der Peer-group oder der therapeutischen Gruppe, sehen zu können, fehlt jedoch. So erkundigen Eltern sich in den Elterngesprächen nach der individuellen Entwicklung, jedoch nicht nach der Integration in die Gruppe und die sich entwickelnde Gruppendynamik. Daraus entsteht der Eindruck, daß die Gruppe für sie den Charakter eines notwendigen Begleitphänomen hat, nicht aber die Bedeutung eines die Reifung fördernden Mediums. Die unausgesprochene Erwartung an den Analytiker ist darauf gerichtet, daß er das eigene Kind bevorzugt beachtet und behandelt.

Verständlich wird diese Beobachtung durch einen Widerstand von Eltern gegen die Asymmetrie der Objektbeziehung (Argelander 1972). Sie erwarten, daß der Analytiker ihnen zuarbeitet indem er sie mit Informationen über den Therapieprozeß versorgt ohne ihnen dafür Verantwortung abzuverlangen und beanspruchen damit eine narzißtische Exklusivität, vermutlich verstärkt durch die „Zurückstellungen“, die ihnen die Kontaktbeschränkungen der Pandemie abverlangen. Dieses „Nehmen ohne Gegenleistung“ spiegelt sich in der Gegenübertragung in einem Gefühl des sich benutzt föhlens bei. Die die Beziehung und Gruppenkompetenz aktiv fördernde Funktion des Analytikers erhält daher eine zentrale Bedeutung sowohl im Sinne der Förderung der

Mentalisierung (Schultz-Venrath, Felsberger 2016) als auch einer strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf 2004, S.147).

6. Wunsch nach Normalität

Zu den Auswirkungen der Pandemie gehört ein veränderter Blick auf verschiedene Facetten des therapeutischen Alltags. Unter dem Brennglas der Pandemie treten Konflikte und Defizite hervor, die in der Alltagsroutine überdeckt waren von einem Schleier der „Normalität“. Beispielhaft genannt wurden die Beziehungsaufnahme und -gestaltung, die Konfliktfähigkeit und -bereitschaft und die Motivation zur Veränderung. Die Nachlässigkeit bei als verbindlich gekennzeichneten Vereinbarungen, die Brüchigkeit, bzw. das Fehlen eines belastbaren Therapiebündnisses und die eingeschränkte Analysierbarkeit der Eltern spiegeln vermutlich die Auflockerung familiärer Strukturen in der postmodernen Gesellschaft wieder und lassen sich als diagnostische Marker verstehen, das heißt als diagnostische Signale für einen Verlust der Orientierung (Rudolf 2004). Nicht Konflikte und neurotische Widersprüchlichkeiten stehen im Vordergrund, sondern das Fehlen von „deutlich spürbaren Wünschen, Impulsen, Absichten, Tendenzen, Motivationen, Bedürfnissen, welche die Richtung zeigen können.“ (Rudolf 2004, S.77). Die hierin zum Ausdruck kommende psychische Problematik läßt sich als narzißtische Störung verstehen (Argelander 1971), für die es charakteristisch ist, daß Einschränkungen des eigenen Willens, Verzicht auf Wunscherfüllung und gesellschaftliche Regeln nicht akzeptiert werden. Daher werden die notwendigen Schutzmaßnahmen gegen eine Covid-19-Infektion, die vor allem eine Begrenzung bedeuten als Kränkung erlebt. Die ausgelöste Aggression wird ausagiert durch Regelverstöße („Ich kann nicht immer an alle anderen denken, ich muß auch mal an mich denken.“).

Das Interesse und die Nachfragen des Analytikers scheinen als Übertragungsauslöser zu wirken und frühkindliche Mangelserfahrungen zu aktualisieren, die durch ein regressives Verstummen, bzw. Ausweichen („es wird schon“, „weiß nicht“, „mal sehen“, „wird schon schiefgehen“) durch die szenische Funktion des Ich (Argelander 1963) in Szene gesetzt werden (Beck 1997). In der Gegenübertragung ist diese Inszenierung durch ein zunehmendes Gefühl der Erschöpfung spürbar, bzw. durch einen wachsenden Impuls zum Gegenübertragungsausagieren zur Abwehr des Desinteresses, beispielsweise mit dem Einfall mit den Gruppenteilnehmern Vorschläge zur Alltagsgestaltung unter Bedingungen der Pandemie zu erarbeiten.

Nach einem Jahr der Kontaktbeschränkungen („Lockdown“) des öffentlichen Lebens werden die Stimmen lauter, die eine Rückkehr zur Normalität fordern, auch um seelische Schäden von Kindern abzuwenden. Der Wunsch nach Gewohntem, sinnbildlich formuliert nach einer heilen Welt lässt sich auch als Ausdruck einer unbewussten Fantasie des frühkindlichen Versorgtwerdens, der symbiotischen Sorglosigkeit und zugleich als Ausdruck der Verleugnung der (Trennungs-)Realität, der Infektionsgefahr und damit als Schutzmaßnahme vor der feindlichen Welt verstehen, so wie sich Kleinkinder in die symbiotische Verschmelzung mit der Mutter zurück fantasieren. Diese Forderungen suggerieren, daß die frühere sogenannte Normalität etwas erstrebenswertes sei. Tatsächlich überdeckt der Wunsch „nach Normalität“ und „Rückkehr zur Normalität“ die Schwierigkeit eigene Fähigkeiten und Kräfte zu aktivieren, um unter den bestehenden Möglichkeiten Absonderung und Isolation zu überwinden.

Das Verhalten von Kindern, Jugendlichen und Begleitpersonen vermittelt den Eindruck von Orientierungslosigkeit und mangelnder Selbst- und Fremdfürsorge. Dies spiegelt sich in einer rudimentären Freizeitgestaltung wieder. Gemeinsame Spiele oder Unternehmungen mit der Familie sind dagegen seltene Ausnahmen. Auf Nachfragen nach Interessen und Hobbys ist oft ein wortloses Schulterzucken die einzige Antwort. Neben Schweigen ist „keine Ahnung“ eine Antwort auf den Versuch, über die Besonderheit des aktuellen Alltags ins Gespräch zu kommen. Diese häufig verwendete Sprachfloskel läßt sich als Indikator für strukturelle Defizite verstehen. „Keine Ahnung“ kann sich auch darauf beziehen, wer ich bin, was ich soll, was ich kann, wo es langgeht, was andere von mir wollen, wer mir raten kann.“(Rudolf 2004, S.204) Es kommt hinzu, daß in den Klagen über die Einschränkungen sozialer Kontakte nicht zum Ausdruck gebracht werden kann, was konkret vermißt wird. Es läßt sich daher annehmen, daß diese Sprachlosigkeit ein ubiquitäres Phänomen ist, das in der nicht durch die Pandemie belasteten Normalität leicht übersehen werden kann, weil es der Psychodynamik des postmodernen Menschen entspricht aber unbewußt bleibt oder mittels Verdrängung, Verleugnung oder Spaltung unbewußt gemacht werden muß.

Dieses Phänomen läßt sich aus Sicht der analytischen Sozialpsychologie mit dem Konzept des Gesellschafts-Charakters, also der Orientierung die Menschen ähnlich denken, fühlen und handeln läßt (Funk 2005) verstehen. Funk beschreibt den für den postmodernen Menschen zunehmend vorherrschenden Charakter als Ich-Orientierung. Die Ich-Orientierung wird von ihm als Produkt einer psychischen Entwicklung verstanden, in der der postmoderne Mensch die Wirklichkeit nicht mehr durch eigene Kräfte und

Fähigkeiten gestaltet, sondern durch digitale und mediale Möglichkeiten. In dieses Weltbild passen Tod und Krankheit nicht hinein. Das Bezogensein auf andere Menschen des ich-orientierten postmodernen Menschen ist ohne emotionale Bindung und entsprechende Gefühle (Funk 2005). Das würde verständlich machen, warum nicht beantwortet werden, was durch Kontaktbeschränkungen vermißt wird. Die dargestellten Beobachtungen im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen werden verständlich durch das spezifische Erleben des postmodernen Ich-Orientierten, der sich nicht selbst mit seinen ihm eigenen, körperlichen, seelischen und geistig-intellektuellen Eigenschaften wahrnimmt und daher auf Selbstversicherungsmöglichkeiten und sonstige sensorische Bestätigungen angewiesen ist, die ihm durch antivirale Hygienearrangements verwehrt sind.

Die rein statistische Feststellung einer Zunahme von Angstzuständen, Depressionen, Stresserkrankungen, Schlafstörungen und kognitiven Störungen als Folge der Covid-19-Pandemie würde der tatsächlichen Bedeutung der Psychodynamik des postmodernen Menschen nicht gerecht und eher dazu beitragen, die Verdrängung des nicht-produktiven Ich-Erlebens (Funk 2005) aufrechterhalten. Die Pandemie kann jedoch dazu anregen, ein „Zeitgeist-Phänomen“ aufzudecken, nämlich die Schwierigkeit des Einzelnen, einen Zugang zu seinen primären Wachstumsmöglichkeiten zu erlangen, die ihm mehr oder weniger durch weitgehend gesellschaftlich produzierte nicht-produktive Charakter-Orientierungen, vor allem durch die Ich-Orientierung, verstellt sind.

7. Literatur

- Argelander, Hermann (1987). Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt
- Fürstenau, P. (1979): Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Klett-Cotta Stuttgart
- Argelander, Hermann (1987). Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt
- Argelander, Hermann (1976). Gruppenprozesse - Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung, Hamburg
- ARGELANDER, H. (1963): Die Analyse psychischer Prozesse in der Gruppe. Psyche 17.Jg. Heft 7 und 9
- August, Klaus, et L. (2020) Der gruppenanalytische Alltag im Ausnahmezustand - Bericht über virtuelle Selbsterfahrungsgruppen, Gruppenpsychother. Gruppendynamik 56:292-302
- BECK, W. (1997): Szenisches Verstehen und Leiten von Gruppen. Jahrbuch für Gruppenanalyse Bd. 3
- BION, W.R. (1971): Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart
- Brisch, K.H. (2015). Bindungsstörungen, Stuttgart

Fellinger, B. (2018) Spielfilme in der Psychotherapie, München

Fürstenau, P. (1979): Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Klett-Cotta Stuttgart

Funk, Rainer (1978) Mut zum Menschen, Stuttgart

Franke, Ulrike, Schulte-Hötzel, Markus (2019) Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode, Oftersheim

Grieser, M.T.D., Müller, R. (2019) Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen, Stuttgart

Hartkamp, Norbert (2006) Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und ihr Anwendung; in: Hüller, Leibing, Leichsenring, Sulz: Lehrbuch der Psychotherapie, Bd.2; München

Kolbe, Britta, Bergmann, Wolfgang (2018) Entwicklung von Kita-Kindern unterstützen, Berlin

Meurs, P. (2021): Veränderte Praxis, veränderte Beziehungen?!; Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 190, 52.Jg., 2/2021

Pfeiffer, J.W., Jones, J.E. (1977) Arbeitsmaterial zur Gruppendynamik Bd.3, Kopenhagen

Rudolf, Gerd (2004). Strukturbezogene Psychotherapie, Stuttgart

Schubert, Christian (2011). Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie, Stuttgart

Slavson, S.R. u. Schiffer, M. (1976): Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Göttingen

Yalom, Irving D. (1974). Gruppenpsychotherapie, München

Ziehe, Thomas (1975). Pubertät und Narzißmus, Frankfurt a.M. - Köln